BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR

Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation

90130

90130

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1929

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT DEUXIÈME ANNÉE

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

90130

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1929

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de stomatologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Vilenski et Lattès.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — M. le docteur Castaigne est nommé directeur de l'Ecole pour une période de trois ans.

— Dijon. — M. le docteur de Girardier est nommé, pour une période de neuf ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Nantes. — M. le docteur Pichat est institué, pour une période de neuf ans, professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie.

— Marseille. — M. Guillot, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de physique générale et de biologie.

— Reims. — Un concours s'ouvrira le mercredi 26 juin 1929 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et cliniques médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ÉCOLE D'APPLICATION DES TROUPES COLONIALES. — A été nommé professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1929 :

Chaire de clinique médicale et pathologie exotique : M. le médecin lieutenant-colonel Blanchard, du 21e rég. d'infanterie coloniale,

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Fournereaux, Cochois, Grenier de Cardenal.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Heuls, Vuillemot, Dreyfuss, Bellot, Paloque, Donter.

Au grade de médecin commandant. — MM. Péju, Coiffiney, Sarrelabout, Giguet.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Vernhet, Cambescot, Guérin, Henry, Dravet, Carise, Rey, Gensoul, Couillard.

(Troupes coloniales.) *Au grade de médecin colonel.* — M. Dupuy.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Fournier, Jubin, Armstrong.

Au grade de médecin commandant. — MM. Colin, Barreau, Bouvier, Marsy, Guirriec, Maignon, Bacqué, Colibœuf.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Talec, Gourmelon, Lieurade, Alain, Dumas, Kervingant, Bigot, Le Tallec.

MARINE. — Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens affectés au corps de santé des troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1928 et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille :

Promotion 1924. — A. *Médecins.* — MM. Vernier, Raboisson, Maze, Cavalade, Montalieu, Beaudiment, Remion, Broch, Bernard, Lotte, Berny, Moustardier, Beautes, Perramond, Crenn, Boulnois, Duron, Camenen, Leger, Meyer, Brouste, Russaouen, Dias-Cavaroni, Bernard-Lapommeray, Escudier, Leitner, Castets, Raymond, Gauzy, Ceccaldi, Hostier, Morelet, Charot, Orly, Conjard.

B. *Pharmaciens.* — MM. Woltz, Dantec, Trenous, Feissolle, Le Querec, Coader, Deniel.

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

— Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon :

PROMOTION 1924. — A. *Médecins.* — MM. Parneix, Geniaux, Dayde, Lembrez, Deguilhem, Guyader, Audibert, Bayle, Carles, Lantheaume, Verre, Romez-Cuilliez, Le Guen, Tromeur.

B. *Pharmaciens.* — MM. Merrien, Larvor, Cariou, Serre, Istin.

Elève rattaché à la promotion de 1924 : M. Henry.

L'ORDRE DES MÉDECINS ET L'ORDRE DES PHARMACIENS. — M. Xavier Vallat, député de l'Ardèche, et plusieurs de ses collègues viennent de déposer sur le bureau de la Chambre deux propositions de lois tendant à réaliser l'ordre des médecins et l'ordre des pharmaciens qui seraient institués selon les règles analogues à celles qui régissent l'ordre des avocats.

Dans chaque arrondissement judiciaire les médecins formeraient un « ordre » soumis à une réglementation prévue dans le projet; chaque ordre serait administré par un conseil qui, à Paris, comprendrait 24 membres et en province de 6 à 15 membres.

Le conseil de l'ordre poursuivrait et réprimerait les infractions ou les fautes commises par les médecins et appliquerait des peines disciplinaires : avertissement, réprimande, interdiction temporaire, radiation.

L'appel serait porté devant un conseil médical régional établi pour chaque circonscription de Faculté ou d'Ecole de médecine.

L'administration du patrimoine de l'ordre, le contentieux, les élections, la procédure disciplinaire, les formes et les règles des recours seraient réglés par les dispositions du décret du 20 juin 1920 sur l'exercice de la profession d'avocat qui seraient déclarées communes à l'ordre des médecins.

Quant aux pharmaciens, il y aurait, par département, un ordre administré par un conseil départemental de 24 membres à Paris, de 6 à 15 membres en province.

SECRET MÉDICAL. — Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Lesesne et de MM. Truchaux et Mounié, vient d'émettre le vœu suivant :

« Que la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine soit complétée de manière que tout docteur, officier de santé ou sage-femme soit dans l'obligation de faire connaître à l'autorité publique le diagnostic de l'affection qui a motivé son action, toutes les fois que celle-ci entraîne un paiement d'honoraires sur le budget de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics. »

HOMMAGE AU PROFESSEUR CARLO COMBA. — Les élèves et les amis du professeur Carlo Comba (de Florence) s'apprêtent à fêter le 25e anniversaire de son enseignement magistral.

La Société de pédiatrie de Paris et les pédiatres français ont décidé, sur la proposition de M. le professeur Marfan, de s'associer à cette manifestation.

AUTOUR DU CONGRÈS DU CAIRE. — Les congressistes philatélistes ont eu l'heureuse surprise de trouver au Caire deux nouveaux timbres émis à l'occasion du Congrès médical. Un timbre de 5 millièmes représente la vieille statue d'Im Hotep, dieu de la médecine. Un timbre de 10 millièmes porte le portrait de feu Mehemet Ali Pacha, vice-roi d'Egypte et protecteur de notre compatriote le docteur Clot bey. Ces timbres ne sont valables que du 15 décembre 1928 au 15 mars 1929.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daniel Critzman, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Beaulieu. Le docteur Critzman fut un des premiers collaborateurs de la *Presse médicale*. Il dirigea aussi la publication, à la librairie Masson, de monographies d'actualité qui connurent un grand et légitime succès; Diarmid Noël Paton, l'éminent professeur de physiologie à l'Université de Glasgow, bien connu par ses travaux sur l'hématologie, le métabolisme, l'endocrinologie, le rachitisme et l'hygiène; Guiseppe Dagnini, le neurologiste de Bologne; le médecin en chef de 1re classe de la marine Nollet, à Brest; E. Sebilleau, médecin commandant des troupes coloniales; Boillet (de Lyon); M. François Michon, ex-interne provisoire des hôpitaux de Lyon; André Hameau (d'Arcachon), dernier représentant de la dynastie médicale illustre fondée par Jean Hameau; Christos Malandrinos, professeur de clinique infantile à l'Université d'Athènes; Buffier (de Belfort); Pierre Kouindjy (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Haruo Hayashi, doyen de la Faculté de médecine de l'Université impériale de Tokio, fera deux conférences en français les mardi 8 et jeudi 10 janvier 1929, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté.

Première conférence : « Les hormones génitales. »

Deuxième conférence : « L'action du phosphore sur les os. »

CHRONIQUE

UN JUBILÉ DANS LA PRESSE MÉDICALE ESPAGNOLE

El Siglo medico, la grande Revue clinique de Madrid, vient d'achever sa 75e année.

Ce journal médical, qui occupe une place de premier plan parmi les publications scientifiques, a eu pour fondateurs Delgras, Escolar, Méndez Alvaro, Nieto-Serrano y Serret.

Son directeur actuel est Don Carlos Maria Cortezo, journaliste éminent, savant illustre et homme d'Etat.

Il a succédé à Don Angel Pulido et réunit parmi ses collaborateurs un grand nombre de maîtres dont beaucoup sont la gloire de la médecine espagnole. Aux côtés de Santiago de Ramon y Cajal, de Amalco Gimeno, de José Francos Rodriguez, nous trouvons les noms du grand Marañon, de Bastos, Blanc y Fortacin, Cardenal, Codina Castellui, V. Cortezo, Elizagaray, Espina y Capo, Fidel Fernandez Martinez, A. Fernandez, A. Garcia Tapia, J. Goyanès, Hernandez Briz, Hernando, Huertas, Juarros, Luengo Arroto, Marin Amat, Mouriz Riesgo, Navarro Canovas, Pittaluga, Pulido Martin, Ratera, Rodriguez Lafora, Sarazia Pardo, Tello, Urrutya, Vallejo Nagero, de Villaverde, del Valle y Aldabalde.

A l'occasion de ce jubilé, *El Siglo medico* va publier un numéro extraordinaire qui sera digne de sa haute réputation, de son importance et de la belle tenue qui a toujours caractérisé le grand journal espagnol.

Très cordialement la *Gazette des hôpitaux* adresse à son illustre confrère et à son éminent directeur D. Carlos Maria Cortezo, président de l'Association de la Presse médicale espagnole et vice-président de la Fédération de la Presse médicale latine, l'expression de ses félicitations les plus vives.

F. L. S.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

ADOVERNE "ROCHE"

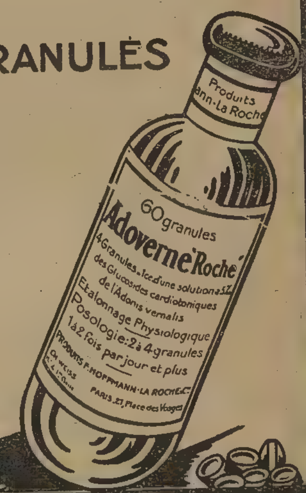
Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

GRANULÉS



Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique :
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

Contre les **MALADIES DE LA PEAU** et les **ENGELURES**

LIPOL

{ **liquide** à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES** :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES** :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

ÉNÉSOL

SALICYLARSINATE de MERCURE (38, 46 % de Hg. et 14,4 de As, dissimulés).

AVANTAGES DE L'ÉNÉSOL

FAIBLE TOXICITÉ, 70 fois moindre que HgI_2. Haute valeur analeptique. *Une dose de 0 gr. 10 par kilo d'animal et contenant 0 gr. 038 de mercure n'a pas incommodé le lapin, la mort n'est survenue qu'avec une dose triple, soit 0 gr. 114 de Hg.* (COIGNET).

INDOLENCE DE L'INJECTION, signalée par tous les auteurs.

DOUBLE ACTION STÉRILISANTE SPÉCIFIQUE :

1° L'ÉNÉSOL agit comme ***hydrargyrique.***

2° L'ÉNESOL est, vis-à-vis du spirochète, un ***agent arsenical*** majeur; introduit dans l'organisme par voie intramusculaire ou intraveineuse, il assure rapidement une stérilisation durable.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

TOUTES LES MANIFESTATIONS de la SYPHILIS.

L'ÉNÉSOL réunit toutes les indications réservées aux arsenicaux comme aux hydrargyriques. Il est le médicament de choix des syphilitiques réduits à l'état de misère physiologique. Il peut être administré à hautes doses et répond aux indications d'urgence de même qu'il permet la médication d'entretien. L'**ÉNÉSOL** réussit dans les affections nerveuses parasyphilitiques, là où les autres préparations échouent si souvent. (FREY, QUEYRAT, HUDOVERNIG).

L'ENÉSOL possède la propriété de faire disparaître la réaction de Wassermann dans la plupart des cas, résultat que l'on n'obtient que rarement avec l'arsenobenzol. L'action de l'**ÉNESOL** sur la réaction de Wassermann a été bien étudiée par FLECKSEDER (Clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne), par FREY, THOREL, FRAENKEL et KAHN, AGAMENNONE, GOLDSTEIN, etc.).

PHARMACOLOGIE ET DOSES.

Ampoules de 2 cc. et de 5 cc. d'une solution dosée à 0 gr. 0.3 cgr. par cc.

DOSE MOYENNE : 2 cc. correspondant à 6 cgr. d'ÉNÉSOL par jour.

DOSES MASSIVES ou de SATURATION : Injections intramusculaires de 4 à 6 cc. (soit 12 à 18 cgr. d'ÉNÉSOL), tous les 2 ou 3 jours. Injections intraveineuses de 2 à 10 cc. (soit 6 à 30 cgr. d'ÉNÉSOL), selon le sujet, l'urgence et la gravité, tous les 2 ou 3 jours.

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1372

R. C. 78.020, Seine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA RÉPARATION DES TENDONS FLÉCHISSEURS DES DOIGTS [1]

PAR

J.-C. BLOCH et A. TAILHEFER

Chirurgien des hôpitaux de Paris. — Chirurgien-adjoint de la Fondation Curie.

Les opérations de réparation de la main, surtout lorsqu'elles ont pour but la reconstruction des tendons fléchisseurs, sont infiniment complexes. Depuis quatre ans, nous avons entrepris l'étude de cette chirurgie si spéciale, sans nous décourager des échecs du début, et nous poursuivons actuellement nos expériences de laboratoire et nos observations cliniques. Le succès ne s'obtient que par des opérations réglées avec soin et il est certain que l'ignorance d'un seul détail, apparemment infime, entraîne l'insuccès complet, même si la technique a été satisfaisante dans son ensemble.

Nous ne voulons pas aujourd'hui faire une étude complète des procédés de réparation; nous rappellerons cependant quels sont les principes essentiels qui règlent la réparation des fléchisseurs sectionnés aux doigts pour lesquels jusqu'à présent l'opération de Sterling Bunnel qu'Iselin a décrite dans le *Journal de chirurgie* (novembre 1927) et Tailhefer dans sa thèse semble avoir donné les résultats les meilleurs. Sans entrer dans le détail de cette intervention, nous dirons qu'elle a pour but de substituer aux tendons sectionnés un greffon prélevé le plus souvent aux dépens du fléchisseur superficiel et qui réparera le seul tendon fléchisseur profond.

Cette technique respecte la totalité de la gaine et c'est là son but essentiel. Le greffon est suturé aux deux extrémités du tendon fléchisseur profond dont on resèque une portion égale à la greffe. Les sutures doivent être reportées aux deux extrémités du tunnel; c'est-à-dire, du côté distal à l'insertion même sur la phalangette, du côté proximal, en pleine paume de main, étant donné que le tunnel fibreux commence au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Ainsi conçu, ce procédé va exiger trois incisions : une première distale de découverte de la terminaison du fléchisseur profond; une deuxième, palmaire, de découverte du bout central du même fléchisseur; une troisième anti-brachiale basse, de découverte et d'extraction du fléchisseur superficiel destiné à être utilisé comme greffon.

Une exécution correcte de ces incisions est capitale; mal faite, elles compromettront gravement le résultat d'une opération cependant bien conduite. Il faut savoir qu'en prenant le bistouri, on est exposé à créer des lésions irréparables : détruire une poulie fibreuse d'un fléchisseur, couper des vaisseaux et des nerfs digitaux, déterminer des lambeaux qui vont se sphacéler; l'infection secondaire provoque alors l'élimination des fils de suture, la plaie opératoire devient atone et ne se cicatrise que très lentement en laissant des reliquats fibreux et des troubles trophiques qui gênent considérablement et interdisent parfois toute tentative raisonnable de réparation ultérieure.

Il faut donc que, d'une façon générale, les incisions, répondent aux conditions suivantes : respecter les organes essentiels, ne pas exposer une des lèvres au sphacèle, éviter les cicatrices prétendineuses. D'autre part, la façon d'isoler la cicatrice des plans profonds et de suturer la peau a également une grande importance.

Il n'est pas indifférent de sectionner une branche nerveuse, une branche artérielle, même une simple collatérale digitale : on altère ainsi l'intégrité anatomique d'une région correspondante, celle-ci est dès lors exposée à l'infection, au sphacèle, et aux troubles trophiques si fréquents et si rapides au niveau de la main et des doigts. La bande d'Esmarch permet seule d'inciser sans être aveuglé par le sang et de voir tous les détails anatomiques. Il ne faut pas non plus détruire les poulies fibreuses de la gaine ostéo-fibreuse des doigts qui nous semblent pratiquement irréparables; cette gaine se continue à la partie inférieure de la région palmaire, l'entrée du tunnel répond au pli palmaire inférieur et non au pli de flexion de la première phalange sur la main.

Au doigt, pour ne pas exposer une lèvre de l'incision au sphacèle, il faut penser que la vascularisation est relativement pauvre et se fait de haut en bas; une incision transversale sur la face palmaire d'une phalange laisse la lèvre inférieure avec une vascularisation insuffisante; si sur cette incision transversale, on branche une incision verticale latérale de façon à réaliser un L, la partie des téguments de la lèvre distale qui répond à l'angle droit est très exposée au sphacèle; il suffira qu'on ait là un point sphacélé pour infecter peu à peu toute la suture et les plans sous-jacents et c'est l'échec complet de l'opération. Une incision verticale latéro-palmaire tombe en plein paquet vasculo-nerveux, il faut toujours inciser verticalement en arrière du paquet, sur la face latérale du doigt entre le paquet collatéral-dorsal et le paquet collatéral-palmaire.

A la région palmaire, la question est beaucoup moins importante car la vascularisation est richement assurée, toutefois, il vaut mieux éviter les angles droits et il ne faut jamais couper un nerf digital.

En résumé, voici, quelles sont d'après nos recherches en cours les incisions qui nous semblent les meilleures :

1° *Au doigt.* — Iselin, dans la technique qu'il a décrite dans le *Journal de chirurgie* figure une incision en L, au niveau de la deuxième phalange. L'expérience nous a montré que cette incision doit être très modifiée; il faut avoir accès sur la terminaison du tendon elle-même, en incisant sur la

(1) Voir comme étude d'ensemble, *Les Techniques et résultats actuels de la réparation des tendons de la main et des doigts*, Thèse de A. Tailhefer, Paris 1928, Arnette, édit. L'article que nous publions aujourd'hui modifie certains détails de technique.

deuxième phalange, on détruit, de parti pris, le dernier pont fibreux de la gaine ostéo-fibreuse, c'est-à-dire, une des poulies de réflexion du tendon long fléchisseur profond, le rôle de ces poulies est capital, il est d'ailleurs connu depuis longtemps (Biesalski et Léo Mayer).

L'incision que nous utilisons est une incision curviligne qui suit le contour de la dernière phalange. Elle figure un angle droit arrondi qui longe



Fig. 1. — *Les mauvaises incisions* (en hachures : les points exposés au sphacèle).

le bord libre de l'ongle à 2 millimètres environ de celui-ci; puis le bord latéral de la phalangette d'un seul côté jusqu'à 2 à 3 millimètres au-dessus du pli de flexion des deux dernières phalanges. Cette incision taille un lambeau arrondi qui découvre le fléchisseur profond et permet très aisément d'extraire son bout périphérique. Elle a l'avantage de récliner toute la pulpe du doigt sans altérer sa vascularisation ni son inervation, les vaisseaux et nerfs palmaires étant situés dans le lambeau, enfin on évite pour plus tard une cicatrice pulpaire souvent douloureuse. L'incision saigne très peu et elle éloigne la suture cutanée de la suture terminale du greffon tendineux, elle se cicatrise sans aucun point de sphacèle.

2° *A la région palmaire.* — L'incision transversale ne donne pas un jour suffisant étant donné l'inextensibilité de la forte aponévrose palmaire moyenne, l'incision la plus logique est une incision arciforme à concavité interne ou externe, la partie inférieure doit répondre au tendon à rechercher, la partie supérieure doit s'éloigner de la ligne de projection des tendons (base de chaque doigt au milieu du poignet sauf pour le tendon du pouce qui contourne en dedans l'éminence thénar). L'incision doit intéresser en même temps la peau et l'aponévrose, on relève ainsi un lambeau dont la nutrition est mieux assurée et l'on évite une dissection sous-cutané inutile et nuisible parce qu'elle complique l'hémostase terminale et favorise les adhérences.

3° *Au niveau du poignet.* — L'incision transversale est excellente; on n'a pas à craindre le sphacèle,

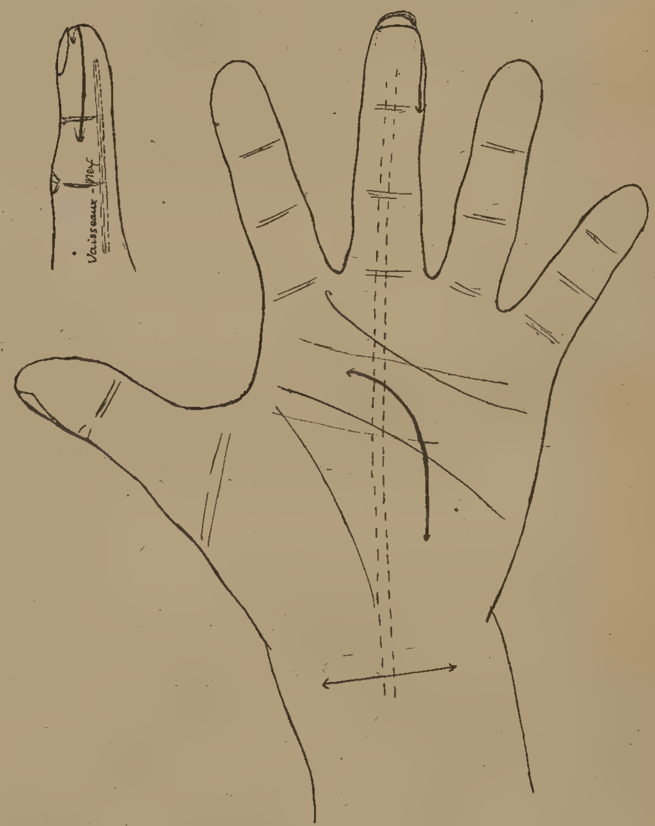


Fig. 2. — *Les bonnes incisions.*

ne faisant que croiser la direction des tendons elle donne une cicatrice prétendineuse aussi minime que possible.

Depuis que nous pratiquons ces incisions, il arrive souvent qu'après avoir enlevé la bande d'Esmarch, nous n'avons à faire aucune ligature, tant à la main qu'au doigt et c'est encore un avantage important.

En terminant, nous signalerons également l'intérêt de la correction des sutures cutanées; il faut d'abord les isoler des plans tendineux profonds par un plan cellulo-graisseux (surtout à la main), il faut ensuite les exécuter par points de fils de lin, très rapprochés des lèvres de l'incision et réaliser un affrontement parfait; seule l'aiguille enfilée demi-courbe permet de ne pas déchirer la peau et l'on termine ainsi une opération dont tous les temps doivent être d'une minutie extrême.

Les Principaux médicaments, par G. Faroy, médecin des hôpitaux de Paris. Préface de M. Loeper, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. « Thérapeutique digestive. » In-8 de 130 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1928)

L'immunité vaccinale dans les maladies typhoïdes. — M. ACHARD apporte les statistiques relevées dans son service depuis neuf ans. Sur l'ensemble des maladies typhoïdes de cette statistique, on note des paratyphoïdes dans la proportion de 30 p. 100, mais cette proportion varie suivant les époques. Il est à remarquer que, en 1928, il n'y a eu que des formes éberthiennes.

La mortalité pour paratyphoïde B est de 8,5 p. 100, alors qu'elle est de 15 p. 100 pour les maladies à Eberth.

M. Achard rappelle les constatations faites par M. Chauffard en 1921 sur l'immunité relative dont les hommes jouissent par rapport aux femmes depuis les vaccinations en masse de la guerre. Il dit à son tour les bienfaits de la vaccination préventive aux armées. Parmi ses malades, il a compté 41 hommes contre 123 femmes. De plus, 60 p. 100 des hommes avaient moins de vingt et un ans. Sur tous les malades très peu avaient été vaccinés : 1 depuis deux ans, 4 depuis quatre ans, 1 depuis sept ans, 1 depuis dix ans, 2 depuis onze ans, 1 depuis quatorze ans.

M. Achard, en terminant, affirme que la vaccination sous-cutanée est plus sûre que la vaccination par la voie buccale qui nécessiterait un contrôle délicat et une vérification par prises de sang répétées.

Discussion. — M. CHAUFFARD déclare que la seule prophylaxie efficace de la fièvre typhoïde consisterait dans les vaccinations répétées. Il serait d'avis d'imposer trois vaccinations à deux ans, à dix ans et à dix-sept ans, par exemple.

M. VAILLARD, après avoir apporté des exemples pris au Maroc, fait une déclaration analogue à celle de M. Chauffard.

M. MARCHOUX, tout en constatant l'efficacité absolue de la vaccination sous la peau, défend cependant l'utilité de la vaccination per os.

M. Louis MARTIN insiste avec force sur la nécessité des vaccinations en trois injections.

M. DOPTER estime qu'on ne sait rien encore sur la durée de l'immunité conférée par la vaccination. Il faut, en effet, lorsqu'on examine les statistiques, tenir compte de ce fait que certains soldats, pendant la guerre, n'ont été vaccinés qu'une fois, alors que d'autres ont reçu des injections en nombre fantastique, jusqu'à dix-huit et vingt...

M. H. VINCENT, sans apporter de précision absolue dans l'indication de la durée de l'immunité, estime que deux ou trois injections peuvent donner une immunité qui se prolonge très longtemps. Il reviendra d'ailleurs sur ce sujet dans une prochaine séance.

M. Jules RENAULT indique dans l'épidémie actuelle de la région lyonnaise on compte sur 100 typhiques 20 hommes et 80 femmes ou enfants. Cela vient à l'appui des chiffres indiqués par M. Chauffard en 1921 lorsqu'il trouvait 75 femmes ou enfants sur 100 typhiques.

Stations climatiques. — M. POUCHET donne lecture d'un rapport sur les demandes de reconnaissance de stations climatiques.

Fièvre typhoïde et coquillages. — MM. BOINET et TEISSONNIÈRES constatent que la fièvre typhoïde est endémique à Marseille. La cause en est très certainement due à la grande consommation de coquillages d'origine douteuse qui y est faite. Ils estiment qu'une surveillance spéciale devrait être organisée au sujet de la récolte et de la vente de ces coquillages.

Contribution à l'étude de la fièvre exanthématique. Ses rapports avec le typhus endémique bénin. — MM. PLAZY, MARCANDIER et MARCOU apportent de nouvelles observations. Ils estiment, comme MM. Olmer, que l'expérimentation établira seule d'une façon décisive la nature de la fièvre exanthématique. Ils pensent qu'en partant de la clinique et de la séro-réaction de Weil-Félix, on est déjà maintenant autorisé à faire entrer dans un groupement commun le typhus exanthématique, la maladie de Brill, le typhus tropical et la fièvre exanthématique de la région marseillaise.

Remarquons que d'après les expériences récentes de M. Et Burnet le typhus exanthématique et la fièvre de Marseille paraissent être deux maladies distinctes.

Note sur l'emploi du vaccin antituberculeux B. C. G. à la ménagerie du musée national d'histoire naturelle de Paris. — M. MOUQUET a employé le B. C. G. en ingestion chez 18 singes, 20 carnassiers et 35 herbivores. Il conclut à l'innocuité parfaite du B. C. G. chez ces animaux.

Les lésions hépatiques du barbiturisme. — MM. F. TRÉMOLIÈRES, André TARDIEU et A. CARTEAUD font connaître un nouvel exemple d'empoisonnement mortel par les dérivés de la malonylurée. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, très robuste, morte dans le coma profond avec anurie, une vingtaine d'heures après l'ingestion, dans un but de suicide, de 2g40 d'acide diallylbarbiturique. A l'autopsie, nulle lésion n'était évidente. Le foie, d'aspect légèrement graisseux, n'était ni cirrhotique, ni scléreux. L'analyse toxicologique, pratiquée sur les principaux organes (foie, rein, cœur, encéphale, sang, rate) a permis de caractériser 0g629 de diallylmalonylurée. Et l'on peut estimer à 1 gramme environ la quantité de toxique que contenait le cadavre.

Cette constatation, complétée par un examen histologique et par l'expérimentation, démontre que les dérivés de la malonylurée sont capables de provoquer des lésions hépatiques graves décelables microscopiquement. Elle explique la toxicité redoutable de cette série d'hypnagogues, même administrés à doses thérapeutiques, chez des sujets atteints déjà d'une altération hépatique fonctionnelle ou organique.

Et surtout elle justifie les mesures prophylactiques envisagées par l'Académie de médecine (classement des dérivés de la malonylurée dans le tableau A des substances vénéneuses) dans le but de prévenir l'extension de ce mode d'empoisonnement-suicide.

Prochaine séance. — La première séance de l'année 1929 aura lieu le mardi 8 janvier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1928)

Hernie épigastrique étranglée. — MM. GUILLEMIN (de Nancy) et CHAUVENET (de Thouars) [rapport de M. DENIKER] envoient deux cas de hernies épigastriques étranglées opérées.

Fractures du calcanéum. — M. DENIKER fait un rapport sur quatre observations dues à MM. SIMON et STULZ (de Strasbourg) de fractures du calcanéum traitées par la méthode sanglante avec bons résultats fonctionnels.

Perforation de la vésicule biliaire. — M. GRIMAULT (d'Algrange) [rapport de M. CAPETTE], dans un cas de perforation de la vésicule en péritoine libre, fit une cholécystostomie avec drainage de la vésicule et fermeture du péritoine sans drainage.

Kyste hydatique. — M. CAPETTE fait un rapport sur une observation de M. PHEULPIN (armée) de kyste hydatique du grand pectoral.

Diverticule de l'œsophage. — M. Leclerc (de Dijon) [rapport de M. Grégoire] a opéré un cas de diverticule de l'œsophage cervical; résection en un temps sous anesthésie locale et régionale.

Récidive de grossesse tubaire. — M. Grégoire rapporte une observation de M. Weiss (de Strasbourg); récidive de grossesse tubaire dans le moignon tubaire après une première intervention avec ablation de la trompe. Ces cas ne sont pas extrêmement rares.

Occlusion intestinale par calcul biliaire. — Deux cas de MM. Lamare et Larget (de Saint-Germain) [rapport de M. Robineau] d'occlusion par calcul biliaire; un cas fut suivi de guérison. Ces cas d'occlusion par calculs biliaires sont toujours extrêmement graves. Pour M. Robineau, il vaut mieux, si l'intestin se vide mal, le fistuliser.

M. Gosset recommande dans ces cas les injections de solution de chlorure de sodium hypertonique.

M. Monod, pour fistuliser dans ces cas l'intestin grêle, le ponctionne au trocart à travers un fil en bourse.

Cordotomies. — M. Leclerc (de Dijon) [rapport de M. Robineau] envoie deux observations de cordotomies, l'une pour un cas de métastase de cancer du sein, l'autre pour une syringomyélie. Le soulagement consécutif à l'opération n'a pas été durable.

Syncope cardiaque et adrénaline. — M. Dujarier rapporte une observation de MM. Paoli et Imbert (de Marseille) de syncope au cours d'une rachianesthésie; guérison après injection intracardiaque d'adrénaline.

Dilatation aiguë de l'estomac. — MM. Lamare et Larget (de Saint-Germain) envoient une observation de dilatation aiguë de l'estomac guérie par gastro-entérostomie au bouton.

Fermeture des fistules et anus coliques chirurgicaux. — M. Pierre Duval préfère à la fermeture intrapariétale des fistules et anus coliques la suture intrapéritonéale qui lui a toujours réussi; il expose les détails de sa technique.

M. Lenormant a presque toujours pu fermer les fistules cæcales par opération intrapariétale.

MM. Gosset et Roux-Berger préfèrent la voie intrapéritonéale.

(séance du 5 décembre 1927)

A propos des hématocolpos. — M. Cadenat présente un cas d'hématocolpos dû à un petit néoplasme du col derrière un diaphragme vaginal, avec un volumineux fibrome utérin chez une femme de soixante ans; guérison après hystérectomie.

A propos des anus coliques. — M. Cadenat emploie des techniques différentes suivant les cas; il fait la cure intrapéritonéale dans les cas d'anus bien limités, chez des malades valides; la cure extrapéritonéale chez des malades affaiblis; enfin il traite les anus présentant une difficulté particulière en deux temps, par dérivation d'abord, puis extirpation de la fistule.

A propos des fractures du calcanéum. — M. Lenormant, frappé par les résultats défectueux obtenus jusqu'à présent par le traitement de ces fractures, a essayé par réduction sanglante et s'est efforcé de combler par des greffes la cavité écrasée; les résultats sont encourageants, mais il est encore un peu tôt pour juger de la valeur du procédé.

Fractures des apophyses transverses lombaires. — M. Wiart fait un rapport sur un travail de M. Grimault (d'Algrange) qui a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des fractures isolées des apophyses transverses lombaires.

Infection puerpérale. — M. Proust fait un rapport sur un travail de MM. Ferrari, Houel et Jahier (d'Alger) qui, dans un cas d'infection puerpérale grave postpartum, ont pu, après échec de l'hystérectomie, guérir leur malade par la ligature sous-péritonéale des veines iliaques.

Néoplasmes de l'utérus. — M. Grimault (d'Algrange) [rapport de M. Proust] envoie des observations de néoplasmes de l'utérus traités avec succès par l'opération de Wertheim et l'application d'un Mickulicz.

Torsion du cordon spermatique. — Une observation de M. Princeteau (de Niort) de torsion du cordon chez un nourrisson; castration, guérison.

M. Cunéo a observé un cas chez un adulte; il pense que ces torsions sont dues à une disposition particulière de la vaginale.

Plaie du pancréas. — M. Mocquot rapporte une observation de MM. Armenjat et Arvizet, de plaie du pancréas; guérison après suture du pancréas, sans aucune complication.

L'importance du groupe de Sorgius dans les cancers du sein. — M. Fiolle (de Marseille) a observé dans certains cancers du sein la propagation néoplasique à un groupe ganglionnaire, décrit par Sorgius, situé au-dessous de l'aisselle, snr le bord externe du grand dorsal; l'auteur a observé une malade n'ayant cliniquement aucun ganglion axillaire et qui présentait une induration correspondant au groupe de Sorgius.

Lipome du cæcum. — M. Mocquot présente une observation de M. Matry (de Fontainebleau).

Drainage de la pleurésie purulente. — M. Grégoire fait une étude des procédés de traitement de la pleurésie purulente et préconise le drainage de ces pleurésies « en thorax fermé » avec, après large résection costale et assèchement de la cavité pleurale, application de lames de caoutchouc; l'auteur a pu ainsi traiter 31 cas (dont un de pleurésie purulente bilatérale) avec succès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 8 décembre 1928)

Sur le mécanisme de l'infection charbonneuse. — M. Boquet constate que la bactériémie consécutive à l'inoculation sous-cutanée de bactéridies charbonneuses précède l'infection des ganglions lymphatiques régionaux.

Il en infère que le rôle essentiel, dans l'absorption de ces germes et dans le développement initial du charbon, appartient aux capillaires sanguins.

Nouvelles recherches sur l'action vagotonisante de l'insuline. — Mlle Fuchs, MM. L. Garrelon, D. Santenoise et M. Vidacovitch avaient déjà signalé, il y a plusieurs années, l'action vagotonisante de l'insuline.

Ils pensaient que cette substance avait une double action : 1° sur la glycémie; 2° sur le tonus et l'excitabilité du vague.

Ils ont constaté depuis lors que les insulines très purifiées n'ont aucune action excitante sur le pneumogastrique, tandis que les produits des déchets de purification présentent un pouvoir nettement vagotonisant. Le pancréas paraît donc sécréter avec l'insuline purement hypoglycémiante une substance vagotonisante que les auteurs avec MM. Pennu et Simonnet cherchent à isoler.

Inhibition et extinction de l'exanthème scarlatineux par la toxine streptococcique. — M. Chr. Zoeller rappelle, à l'occasion d'une communication récente de MM. Bardach et Grossemann, le phénomène de toxi-extinction de l'exanthème scarlatineux qu'il a décrit en 1925 et qui consiste dans l'apparition d'une tache blanche en plein exanthème scarlatineux après l'injection intradermique d'une dose de toxine au début de la maladie. Ce phénomène ne se produit pas chez tous les scarlatineux, mais seulement dans certaines conditions.

Splénite mycosique spontanée et expérimentale. — M. NANTA. Les services vétérinaires américains viennent, semble-t-il, d'identifier une actinomycose primitive nodulaire de la rate, assez voisine, peut-être, de celle que Gibson a décrite chez l'homme en 1913. Cependant plusieurs champignons peuvent donner des corps actinomycétiques : en particulier dans la rate l'aspergillus fumigatus Lucet. Le sterigmatocystis Nantae (Pinoy, 1927) en donne également dans la peau, ainsi que des formes homogènes, réfringentes, et l'on peut faire un rapprochement entre la splénite mycosique spontanée du porc, la splénomégalie aspergillaire du cobaye et l'aspergillose splénique primitive humaine.

Enregistrement de courants électriques chez les végétaux. — M. Daniel AUGER (présenté par M. Lapicque) montre des graphiques obtenus au moyen du galvanomètre d'Einthoven sur des tiges de divers végétaux ordinaires dépourvues de mouvements visibles, notamment des cucurbitacées. Une excitation de nature quelconque, électricité, chaleur, section étant portée sur cette tige, on recueille à plusieurs centimètres de distance, jusqu'à 15 centimètres, un courant électrique entièrement comparable par sa forme au courant d'action bien connu du nerf et du muscle. Mais la durée est beaucoup plus longue, des secondes au lieu de millièmes de seconde. La vitesse de transmission est également beaucoup plus petite, quelques centimètres par seconde.

M. Lapicque ajoute que ces résultats très curieux par eux-mêmes apportent une confirmation frappante à la théorie vers laquelle convergent une série de travaux de ses collaborateurs, à savoir que le fonctionnement nerveux se ramène, sous réserve de la constante de temps en chronaxie, à des propriétés générales du protoplasma.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1928)

Traitement de l'angine de poitrine. — M. Sigismond BLOCH, insiste sur ce fait qu'il y a des *angines de poitrine* et par des observations cliniques judicieuses montre les grosses différences pouvant exister. Toutefois pour instituer un traitement rationnel, il faut soulager le malade en lui interdisant tout effort générateur de crises, prescrire le nitrite d'amyle, la trinitrine en dragées, ou en potion, du gardénal et même de la morphine. Mais l'on s'efforcera surtout de faire un diagnostic étiologique.

Etant donnée la grande fréquence de la syphilis, il faut toujours en cas d'incertitude, et si l'état des viscères le permet, pratiquer un traitement d'épreuve (préparations mercurielles ou bismuthiques).

En cas d'échec seulement, on est autorisé de recourir à la radiothérapie, au traitement chirurgical, à l'anesthésie des plexus prévertébraux.

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1928)

L'aérophagie dans l'angine de poitrine. — M. André TARDIEU, relate l'observation d'un homme de quarante-sept ans, qui fut pris en avril 1925, et en l'espace de dix jours, de quatre violentes crises d'angor, ayant duré d'une demi-heure à deux heures et demie. Toutes survinrent, sans effort, l'une d'elles, nocturne, se termina par des troubles digestifs (abondantes éructations). L'examen clinique, en dehors des crises ne révélait aucun symptôme de cardiopathie. La tension artérielle, mesurée à l'oscillomètre de Pachon, se chiffrait à 12,5-8. Cet angineux était manifestement un gastropathe-aérophage. Un traitement gastrique fut institué à l'exclusion de toute autre médication.

Et pendant plus de trois ans ne survint aucune crise douloureuse du type angineux. Mais en juin 1928, trois accès subintrants se produisirent en l'espace de trois heures. Au cours du troisième le sujet mourut rapidement.

Cet exemple qui concerne bien un cas clinique d'angor vrai, qu'il s'agisse d'une coronarite oblitérante ou d'une contraction spasmodique et transitoire des coronaires, suivie d'ischémie du myocarde, montre tout l'intérêt du traitement de l'aérophagie concomitante qui agit vraisemblablement en supprimant l'une des causes occasionnelles les plus importantes du déclanchement des accès, et favorise une rémission parfois très prolongée.

Problème de la guérison de la syphilis. — M. Paul CHEVALLIER, traite la question suivante : *La syphilis guérit-elle?* Or :

1° Si la syphilis est *une*, au point de vue bactériologique, elle ne l'est pas au point de vue évolutif;

2° Il existe une période latente où rien ne décèle plus l'infection, et l'on peut croire à la guérison de celle-ci, mais aucun des arguments cliniques sérologiques, et même la ponction lombaire ne peut donner une preuve absolue de la guérison;

3° De ceci découle les conséquences sociales et thérapeutiques :

a. *La question du mariage des syphilitiques.* — Certes ceux-ci peuvent se marier, mais il faut toujours penser à une transmission si légère soit-elle aux enfants, et il est bon de surveiller ces derniers.

b. Quant au traitement en dehors du traitement classique de quatre à cinq ans, et après vérifications sanguines, céphalo-rachidiennes, il est nécessaire de faire un traitement de consolidation, et l'auteur signale plus spécialement le traitement commode des injections d'huile grise.

Sur les pyréthrines. — MM. J. CHEVALIER et F. MERCIER déclarent que les doses des pyréthrines hémisynthétiques (chrysémine) indiquées comme vermicides sont parfois insuffisantes et qu'elles doivent être augmentées pour obtenir des résultats, surtout en ce qui concerne les tænias qui sont plus résistants. Pour les oxyures qui siègent à l'anus, il peut être avantageux d'utiliser de petits lavements ou des suppositoires.

Les doses peuvent être notablement augmentées, sans aucun inconvénient, les tracés produits montrent l'innocuité parfaite de ce corps pour les animaux à sang chaud.

L'action toxique paraît être générale pour les animaux à sang froid et d'autant plus active que ces animaux s'abaissent dans l'échelle des êtres. L'intensité de l'action est variable suivant les espèces et est en rapport avec l'absorption.

Contrairement aux autres médicaments utilisés comme vermifuges ou anthelminthiques, les pyréthrines sont *vermicides*; les vers intestinaux sont tués en tout ou partie digérés.

Les auteurs réclament la communication de nouvelles observations pour la fixation définitive des doses et formes, à employer surtout en ce qui concerne les tænias, les ankylostomes et éventuellement les bilharzia.

Quelques données pratiques au sujet de la conduite du traitement du rhumatisme par l'immunovaccin antirhumatismal (Formule du docteur BERTRADD (d'Anvers). — M. R. LAUTIER (de Nice), souligne les deux points essentiels qui dominent la vaccinothérapie antirhumatismale : la faiblesse des doses de vaccin injectées et le caractère de quelques réactions particulières à ce vaccin.

Les doses initiales de vaccin à injecter sont en effet de 5 à 25 millions de corps microbiens (bacille d'Achalme) suivant les cas cliniques à traiter, ce qui permet de penser à une action réellement spécifique de l'immunovaccin antirhumatismal, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir le choc peptonique pour expliquer les résultats obtenus.

L'apparition d'une nodosité ferme de la grosseur d'un pois

à une noisette, persistante, au niveau de l'injection, d'une exacerbation prolongée des douleurs, d'un retour des phénomènes d'éréthisme ou d'insuffisance cardiaque dans le cas de myocardite rhumatismale est le trépied symptomatique d'une exagération des doses injectées, et commande le retour à des doses inférieures.

En règle générale, tout rhumatisme articulaire aigu franc, sans complications viscérales, doit être traité en commençant par injecter la dose de 25 millions, alors qu'il faut toujours injecter seulement 5 millions au début du traitement du rhumatisme aigu avec complications viscérales, du rhumatisme myoarticulaire subaigu ou chronique, de la myocardite rhumatismale, du syndrome angine de poitrine rhumatismale, de la thyroïdite rhumatismale, du basedow rhumatismal et des manifestations de l'arthritisme.

L'échec de l'immunovaccin antirhumatismal, dans tout cas d'endomyocardite, d'origine douteuse, permet de porter le diagnostic d'endocardite lente.

L'auteur insiste à nouveau sur l'efficacité remarquable de l'immunovaccin antirhumatismal et sur son innocuité absolue, qualités qui lui donnent le droit d'entrer dans la pratique médicale journalière.

Médication complémentaire des asthmes drogués. — MM. P. Cantonnet et R. Vendel rappelant une communication récente à la Société de biologie, faite par MM. P. Cantonnet et M. L. Lebée, et tendant à démontrer que les asthmatiques drogués, surtout par l'adrénaline sont le plus souvent hypersympathicotoniques, ont remarqué que ces malades lorsqu'ils sont suffisamment désensibilisés par la méthode de l'un d'eux, et qu'ils n'ont plus de crises présentent un syndrome nouveau de désintoxication ou de sevrage (ce syndrome consiste principalement en une « dyspnée d'effort sans effort » non sibilante, réduite, mais continue et sans constriction bronchique). Il s'y ajoute fréquemment troubles solaires et tachycardie.

Les auteurs obtiennent la disparition de ce syndrome avec l'association nitrites (freins du S) et ésérine (stimulant du X).

Chez les malades insuffisamment désensibilisés, cette médication redouble l'asthme subsistant. Elle constitue donc une pierre de touche précieuse pour avaliser ou non le résultat du traitement curatif.

CALENDRIER DES CONGRÈS

ET MANIFESTATIONS MÉDICALES

1929

Janvier. 5 janvier. Jubilé de *El Siglo medico*, Madrid.
10-30 janvier. Campagne nationale contre la diphtérie.

Février. 29 février. Réunion italienne pour l'étude de la malaria. Rome. — Secrét. gén. : 168, cours Victor-Emmanuel, Rome.

Avril. 2 avril. LXII° Congrès des Sociétés savantes, Paris.
3-8 avril. XXXIII° Session du Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, Barcelone. — Secrét. gén. : docteur Emilio Mira, calle Bruch, 32, Barcelone.
3-6 avril. IV° Réunion internationale de la Commission internationale permanente des maladies professionnelles, Lyon. — Président : professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lyon.
11-12-13 avril. Congrès international des femmes médecins, Paris. — Secrét. gén. : M[me] le docteur Requin, 154, avenue Emile-Zola, Paris.
14-15 avril. Réunion médicale franco-belge, Lille.
24-26 avril. Congrès de l'Association britannique de gynécologie et d'obstétrique, Dublin. — Secrét. gén. : docteur L. Cassidy, Fitzwilliams sq 24, Dublin.
Congrès d'hygiène mentale, Washington.
21-30 avril. X° Salon des médecins. — Président : M. le professeur Hayem ; secrét. gén. : docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

Mai. 6-11 mai. IV° Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Londres.
15-20 mai. I[er] Congrès international de l'aviation sanitaire, Paris. — Président : M. Ch. Richet ; secrét. gén. : M. Robert Charlet, 35, rue François I[er], Paris.
19 mai. Journées médicales de Paris. — Secrét. gén. : docteur Descomps, 44, rue de Lille, Paris (VII°).
29 mai. X° Réunion neurologique annuelle, Paris.
XLII° Congrès d'ophtalmologie, Paris.
XIV° Congrès de médecine légale, Paris.
Journées thermales de Clermont-Ferrand.
Réunions médicales de Nancy.
Réunion annuelle des Sociétés de biologie. — Secrét. gén. : 7, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.
Congrès panukrainien des ophtalmologistes.
Java. Fourth Pacific Science Congress.

Juin. 13-15 juin. I[er] Congrès international des hôpitaux, Atlantic City. — Renseignements : docteur René Sand, 8, avenue Velasquez, Paris.
22-26 juin. Journées médicales de Bruxelles. — Secrét. gén. : docteur René Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.
Réunion mixte du Comité international pour le bien-être des gens de mer et de la section maritime du bureau international du travail, Genève.
VII° Centenaire de la Fondation de l'Université de Toulouse.

Juillet. 8-13 juillet. Congrès du Conseil international des infirmières, Montréal.
13 juillet. Congrès d'odontologie latin-américain, Rio de Janeiro.
22-27 juillet. Semaine internationale de la lumière thérapeutique, Paris. — Secrét. gén. : docteur Dufestel, 150 *bis*, boulevard Pereire, Paris (XVII°).
25-27 juillet. IV° Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Paris. — Secrét. gén. : docteur Clément Simon, 104, avenue Malakoff, Paris.
23-27 juillet. VIII° Congrès international de chirurgie, Varsovie. — Président : M. Hartmann ; délégué pour la France : M. Robert Proust, 2, avenue Hoche, Paris.

Août. 19 août. Congrès international de physiologie, Boston.

Septembre. VI° Congrès des pédiatres de langue française, Paris. — Président : M. Barbier ; secrét. gén. : M. L. Ribadeau-Dumas, 61, rue de Ponthieu, Paris.

Octobre. 3-5 octobre. VII° Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles.
7 octobre. XXXVIII° Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris. — Secrét. gén. : M. Grégoire, 20, rue de l'Université ; secrét. gén. adjoint : M. Mondor.
8 octobre. XXIX° Congrès français d'urologie, Paris. — Secrét. gén. : docteur Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VII°).
11 octobre. XI° Congrès d'orthopédie, Paris. — Président : M. Albert Mouchet. — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau.
XX° Congrès français de médecine, Montpellier. — Secrét. gén. : professeur Rimbaud, 1, rue Levat, Montpellier.
22-29 octobre. VI° Congrès de stomatologie, Paris. — Secrét. gén. : docteur Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (VIII°).
X° Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux, Paris. — Secrét. gén. : professeur Reynès, à Marseille.
XVII° Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, Paris.
XXI° Congrès d'hygiène, Paris. — M. Dufaure, à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris (XV°).

Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat.
Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.
Réunion de la Fédération de la Presse médicale latine, Madrid.
XVIIIe Congrès de stomatologie italien, Rome.

Novembre. 16 novembre. Fêtes du cinquantenaire du *Concours médical.*
XXXIIe Réunion annuelle de la Société de psychothérapie.
Sans date. IIIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie, Bordeaux.
Sans date. Congrès de l'Association britannique pour l'avancement des sciences, Le Cap de Bonne Espérance.
Sans date. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Le Havre.
Sans date. IIIe Congrès de la pomme et du raisin, Paris.
Printemps. Saratov. IIe Congrès microbiologique.

1930

Vers Pâques. VIIe Congrès national de la tuberculose, Bordeaux.
IIe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Montréal, Canada.
Ier Congrès panukrainien des naturalistes et des médecins, Odessa.
Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Alger.
19-21 mai. IIe Congrès international du paludisme, Alger.
IVe Congrès oto-neuro-oculistique, Bruxelles.

1931

VIe Congrès international pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Zurich ou Genève.
IIIe Congrès international de radiologie, Paris. — Président : M. Béclère.

1932

IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie, Madrid. — Président : professeur A. Garcia Tapia.

Croisières médicales. S'adresser au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre, et au service des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Bruxelles médical organise deux croisières : l'une d'hiver aux Antilles; l'autre d'été au Cercle polaire (Norvège, Lofoden, Feroë, Shetland, Ecosse).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. (Barcelone, 3-8 avril 1929.) — Présidents : MM. les docteurs Lalanne (Nancy) et Joaquin Jimeno-Riera; vice-président : M. le professeur Abadie (Bordeaux). Questions :

Psychiatrie. — Du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des maladies mentales. — Rapporteurs : MM. les docteurs Hamel et W. Lopez-Albo.

Neurologie. — Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques. — Rapporteurs : MM. les docteurs Alajouanine et B. Rodriguez-Arias.

Médecine légale. — Des conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle. — Rapporteurs : MM. les docteurs José-Sanchis-Lanus et Vullien.

Docteur Emilio Mira, secrétaire général, calle Bruch, 32, Barcelone.

IVe Réunion internationale de la Commission internationale permanente des maladies professionnelles. (Lyon, 3-6 avril 1929.) — Président du Comité d'organisation : M. le professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lyon. Questions :

Silicose. — Trois rapporteurs. Etiologie : M. le docteur Mavrogordato (Johannesbourg); Clinique : MM. les professeurs Boehme (Bochum) et Thiele (Dresde); Législation : M. le professeur Collis (Cardiff).

Pneumonoconioses. — Un rapporteur. M. le professeur M. Sternberg (Vienne).

Cataracte d'origine professionnelle. — Etiologie (un rapporteur); Clinique : M. le professeur Rollet (Lyon).

Appareil endocrinien et intoxications. — Trois rapporteurs : MM. les professeurs G. Biondi (Sienne), L. Ferrannini, Cagliari et Pende (Gênes).

Ve Congrès international de médecine et de pharmacie militaire. (Londres, 6-11 mai 1929.) — Questions à l'ordre du jour :

1° *Les évacuations par eau et par air : liaison des services de santé des armées de terre et de mer. Le rôle du service médical en opérations combinées;*

2° *Fièvres tropicales de courte durée;*

3° *Les blessures des vaisseaux et leurs séquelles;*

4° *L'analyse physique et chimique de la verrerie et des objets en caoutchouc utilisés par le Service de santé;*

5° *L'état de la denture et l'aptitude physique aux différents services militaires.*

Xe Réunion neurologique annuelle. (Paris, 29 mai 1929.) — Président : M. Babonneix. — Questions à l'ordre du jour :

Les dystonies. — 1. Les spasmes de torsion, par M. Wimmer (de Copenhague). — 2. Le torticolis spasmodique, par M. Barré (de Strasbourg).

La chirurgie du sympathique, par M. Leriche (de Strasbourg).

M. Wagner Jauregg fera une conférence sur la malariathérapie dans la paralysie générale.

Secrétaire général : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna.

VIIe Congrès international de chirurgie. (Varsovie, 23-27 juillet 1929.) — Président : M. le professeur Hartmann (Paris). Quatre questions :

1° *Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire.* — Rapporteurs : MM. Matas (Nouvelle-Orléans), Chiasserini (Rome), Govaerts (Bruxelles), Ritter (Zurich), Lesnowski et Wocjiechowski (Varsovie), Bérard (Lyon).

2° *Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal.* — Rapporteurs : MM. Baldo Rossi, Borghi et Scalone (Milan), Bartrina (Barcelone), Schœmacher, Ribas et Puig Sureda (Barcelone), Lardennois (Paris), Ashhurst (Philadelphie), Krynski et Zaorski (Varsovie).

3° *Traitement de la maladie de Basedow.* — Rapporteurs : Jirasek (Prague), Crile (Cleveland), Loicq (Bruxelles), Jurasz (Poznan), Troell (Stockholm), Forgue (Montpellier).

4° *Chirurgie réparatrice de la hanche.* — Rapporteurs : MM. Mathieu (Paris), Putti (Bologne), Hybbinette (Stockholm).

Délégué pour la France : M. R. Proust, 2, avenue Hoche, Paris.

IVe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. (Paris, 25-27 juillet 1929.) — Président : M. Sabouraud (de Paris).

Rapports. — 1° *Les érythèmes polymorphes.* — Rapporteurs : MM. Lortat-Jacob (de Paris) et Ramel (de Lausanne).

2° *Les prurigos.* — Rapporteurs : MM. le professeur Favre (de Paris) et Civatte (de Paris).

3° *La malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis.* — Rapporteurs : MM. P. Chevalier (de Paris) et Dujardin (de Bruxelles).

Secrétaire général, M. Clément Simon, 104, avenue Malakoff, Paris.

VIe Congrès des pédiatres de langue française. (Paris, sept. 1929.) — Président : M. H. Barbier; secrétaire général : M. R. Ribadeau-Dumas, 61, rue de Ponthieu, Paris (VIIIe). Questions :

1° *Les morts subites chez les nourrissons.* — Rapporteurs : M. Ombrédanne et MM. Nobécourt et Boulanger-Pillet.

2° *Œdèmes des nourrissons.* — Rapporteur : M. Jean Cathala.

VIIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. (Bruxelles, 3-5 octobre 1929.) — Trois questions :

1° *Les rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital de la femme.*

2° *La myomectomie au cours et en dehors de la grossesse.*

3° *Indication et technique de la stérilisation chez la femme.*

XXXVIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie. (Paris, 7 oct. 1929.) — Président : M. Tixier (Lyon); vice-président : M. Auvray (Paris); secrétaire général : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, Paris; secrétaire général adjoint : M. Mondor. Questions :

1° *Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott.* — Rapporteurs : MM. Rocher (Bordeaux) et Sorrel (Paris).

2° *Evolution et traitement des plaies des tendons de la main.* — Rapporteurs : MM. J.-Ch. Bloch (Paris) et Paul Bonnet (Lyon).

3° *Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. Lardennois (Paris) et Bérard (Lyon).

XIe Congrès français d'orthopédie. (Paris, octobre 1929.) — Président : M. Albert Mouchet; secrétaire général : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris (VIIe). Deux questions :

1° *Les luxations récidivantes de l'épaule.* — Rapporteur : M. Tavernier (Lyon).

2° *Les lésions osseuses juxtaarticulaires tuberculeuses.* — Rapporteur : M. Andrieu (Berck).

XXIXe Congrès français d'urologie. (Paris, 8 oct. 1929.) — Président : M. Averseng (de Toulouse); secrétaire général : M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe). Question :

Vésiculites non blennorragiques. — Rapporteur : M. Minet.

XXe Congrès français de médecine. (Montpellier, octobre 1929.) — M. le professeur Vedel, président; MM. les professeurs Vires et Leenhardt, vice-présidents; M. le professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier; M. le professeur agrégé Carrieu, trésorier; M. le professeur agrégé Boulet, secrétaire général adjoint. Questions :

1° *Etiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine.* — Rapporteurs : MM. Cantacuzène (Bucarest), P. Teissier et Costes, Sacquépée et Liégeois (Paris).

2° *L'hypotension.* — Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (Paris), Dumas (Lyon), G. Giraud (Montpellier).

3° *Le traitement des syndromes anémiques.* — Rapporteurs : MM. E. Hédon et Jeanbrau (Montpellier), Lambin (Louvain) et J. Carles (Bordeaux).

VIe Congrès de stomatologie. (Paris, 22-29 octobre 1929.) — Président : M. le Dr Rousseau-Decelle; vice-présidents : MM. les Drs Bozo (Paris), Bacque (de Limoges); secrétaire général : M. le Dr Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (VIIIe); secrétaire général adjoint : M. le Dr Richard; trésorier : M. le Dr Psaume. Questions à l'ordre du jour :

1° *Les septicémies d'origine bucco-dentaire.* — Rapporteurs : MM. Thibault et Raison.

2° *Traitement chirurgical des infections du periapex, curettage et résection, résultats éloignés.* — Rapporteur : M. Lacronique.

Une autre question sera mise en discussion : *Prophylaxie de la carie dentaire.*

IIIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. (Bordeaux 1929.) — Président : M. le professeur Portmann. Question mise à l'étude :

Les céphalées en oto-neuro-ophtalmologie (physio-pathologie et traitement). — Rapporteurs : MM. Halphen, Monbrun et Tournay (Paris).

IVe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie (Bruxelles 1930) **en l'honneur du Centenaire de l'indépendance de la Belgique.** — Questions mises à l'étude :

1° *Les paralysies laryngées.* — Rapporteurs : MM. Barré et Terracol (Strasbourg).

2° *Les troubles des mouvements associés des yeux.* — Rapporteurs : MM. di Marzio et Funtarola (Rome).

VIIe Congrès national de la tuberculose. (Bordeaux 1930.) — Questions à l'ordre du jour :

I. *Question biologique.* — *Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux.* — Rapporteurs : MM. le professeur Bezançon, les docteurs A. Philibert et J. Paraf (Paris).

II. *Question clinique.* — *Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. le professeur Leuret et le docteur Caussimon (Bordeaux).

III. *Question médico-sociale.* — *Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Küss (Paris), Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

IV. *Question médico-militaire.* — *La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée,* par M. le médecin-major de 1re classe Pilod (du Val-de-Grâce).

V. *Conférence* sur une question d'actualité par un médecin de langue française à désigner.

IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. (Madrid 1932.) — Présidence du professeur A. Garcia Tapia. Cinq sujets de rapports : 1° *Rhinosclérome*; 2° *Ozène*; 3° *Otosclérose.*

Les deux derniers sujets sont laissés au choix du président.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF MÉDIAN

Le nerf médian est une des branches terminales du plexus brachial. C'est un nerf à la fois moteur et sensitif.

Origine. — Il naît par deux racines : l'*une externe* venue avec le musculo cutané du tronc secondaire antéro-externe du plexus brachial; l'*autre interne* qui vient du tronc secondaire antéro-interne.

Les fibres de la racine externe viennent des VIe et VIIe nerfs cervicaux.

Les fibres de la racine interne viennent du VIIIe cervical et Ier dorsal.

Trajet. — Le nerf traverse d'abord le creux de l'aisselle dans sa portion inférieure, puis descend le long du bord interne du bras. Il devient réellement médian après le pli du coude et atteint ainsi le poignet.

Terminaison. — A la paume de la main, immédiatement au-dessous du ligament annulaire, par division en cinq branches terminales.

RAPPORTS. — Nous étudierons les rapports du nerf à l'aisselle, au bras, au pli du coude, à l'avant-bras et au poignet.

I. **Aisselle.** — C'est la *région de constitution* du nerf. Il entre en rapport avec les parois et les autres organes du creux.

TRAITEMENT DU

DIABÈTE

PAR

LES

CAPSULES GLUTINISÉES

DE

PANCRÉPATINE

LALEUF

LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS

LABORATOIRES LALEUF

49 Avenue de la Motte-Piquet Paris

Nouvelle adresse : 20, rue du Laos, PARIS-XVe

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. — Pancrépatine Laleuf

Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf

Mycolactine Sauvin. — Iodatoxine Laleuf

Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

a. **Parois.** — 1. ANTÉRIEURE. — Le nerf est très voisin de cette paroi qui est constituée par :

Un plan superficiel, le grand pectoral, étendu de la clavicule du sternum et des côtes à l'humérus où il se termine par un tendon en U.

Un plan profond, plus proche du nerf et constitué par le petit pectoral tendu obliquement des IIIe, IVe, Ve côtes à la coracoïde.

L'aponévrose clavipectoro-axillaire, partie de la clavicule, atteint la base de l'aisselle après avoir engainé le sous-clavier et le petit pectoral. Elle envoie de plus en arrière une expansion, l'aponévrose axillaire profonde.

2. POSTÉRIEURE. — Elle est loin du nerf :

Le sous-scapulaire ;

Plus bas, les tendons du grand dorsal et du grand rond.

3. EXTERNE. — Le nerf s'en rapproche en descendant. Elle est formée par le coraco-brachial.

4. INTERNE. — Très éloignée : c'est le gril costal et le grand dentelé.

5. LA BASE du creux formée par les téguments, l'aponévrose superficielle et l'aponévrose profonde déjà signalée.

L'*arc axillaire*, formé par le bord libre de cette dernière aponévrose, embrasse dans sa concavité externe le paquet vasculo-nerveux passant au bras.

b. **Le paquet vasculo-nerveux.** — *Constitution du nerf.* — Le médian se constitue *derrière le petit pectoral* par la réunion de ses deux racines :

L'externe, venue du tronc secondaire antéro-externe, est située au bord supéro-externe de l'artère ;

L'interne est plus volumineuse. Elle vient du tronc secondaire antéro-interne et croise la face antérieure de l'artère pour aller s'unir à angle très aigu avec la première. Les deux racines forment ainsi *une fourche* dans laquelle apparaît l'artère.

Le point de convergence des deux racines peut se faire plus bas, au-dessous du petit pectoral. Parfois le nerf a des racines accessoires.

Dans la ligature de l'artère, dénuder de bas en haut pour ne pas séparer les deux racines du nerf.

Les autres nerfs, le musculo-cutané s'éloigne en dehors vers le coraco-brachial.

Le brachial cutané interne et le cubital descendent en dedans de l'artère tandis que l'accessoire du brachial cutané s'éloigne en dedans.

L'*artère axillaire* forme ainsi l'axe du paquet.

La *veine axillaire*, très volumineuse, est en dedans de l'artère, recouvrant le cubital.

Le *canal collatéral* de Marcellin Duval croise la face antérieure de l'artère après avoir passé sous la racine externe du médian et va se jeter dans la veine axillaire. Souvent une anastomose veineuse passe dans la fourche du nerf.

Les lymphatiques. — Ce sont les lymphatiques du groupe central de l'aisselle qui sont en rapport avec le nerf.

Au-dessous du petit pectoral, le médian est au-dessus et en dehors de l'artère, il en est satellite et repère de ligature. Le cubital en dedans, le radial en arrière entourent l'artère. Celle-ci abandonne dans cette région les circonflexes.

Le groupe huméral des ganglions lymphatiques accompagne ici la veine axillaire.

II. **Au bras.** — Le médian descend dans le canal brachial de Cruveilhier. Il reste satellite de l'artère qu'il va croiser pendant ce parcours.

a. **Parois.** — ANTÉRIEURE. — Elle est formée par le bord interne du biceps qui, chez les sujets musclés, recouvre entièrement le canal, en avant et en dedans (tout en haut la paroi est formée par le coraco-brachial).

POSTÉRIEURE. — En haut, la cloison intermusculaire interne, plus bas le brachial antérieur,

INTERNE. — C'est simplement l'aponévrose brachiale et les téguments. On sent chez les sujets maigres la corde du paquet vasculo-nerveux.

b. **Contenu.** — Le *médian* descend oblique en bas et en dedans. Dans ce trajet il *croise l'artère humérale* et 9 fois sur 10 en passant en avant d'elle, 1 fois sur 10 en arrière.

Le musculo-cutané n'est pas dans le canal, il envoie une anastomose au médian.

Le *cubital* en haut est dans le canal, mais bientôt il passe derrière la cloison intermusculaire interne avec la collatérale interne supérieure de l'humérale.

Les veines. — Deux de chaque côté de l'artère reliées par des anastomoses transversales.

III. **Au pli du coude.** — Le médian est situé à ce niveau dans la gouttière bicipitale interne.

Parois. — Le *fond* de la gouttière est formée par le brachial antérieur.

EN DEHORS le tendon du biceps.

EN DEDANS le rond pronateur et la masse des muscles épitrochléens.

EN AVANT l'aponévrose superficielle et l'expansion aponévrotique du biceps forment le couvercle de la gouttière. Des rameaux nerveux et la veine médiane basilique.

Contenu. — Le *médian* est en dedans de l'artère déjà un peu à distance, il va s'engager entre les deux chefs du rond pronateur.

L'*humérale* est contre la paroi externe de la gouttière. Elle va se diviser en ses deux branches terminales à 2 centimètres au-dessous du pli du coude.

La *récurrente cubitale antérieure* monte dans le fond de la gouttière pour s'anastomoser à la branche antérieure de la collatérale inférieure de l'humérale.

IV. **Aux deux tiers supérieurs de l'avant-bras.** — Le nerf va devenir « médian ».

Il s'engage d'abord *entre le chef épitrochléen et le chef coronoïdien* du rond pronateur. Puis il passe *sous l'arcade* formée par la réunion du chef radial et du chef humérocubital du fléchisseur commun superficiel.

Il descend ensuite verticalement, à la face profonde de ce muscle, et *dans sa gaine*, intimement uni à lui.

Par l'intermédiaire de cette gaine le médian repose EN ARRIÈRE sur la couche des fléchisseurs profonds et il répond à peu près à leur interstice (ou situé sur le fléchisseur commun profond, le long de l'interstice).

EN AVANT du fléchisseur superficiel se trouvent les deux palmaires, le médian répond à peu près à leur interstice.

LA CUBITALE naît de l'humérale en faisant un angle net avec la direction de cette artère. Elle se porte en bas et en dedans et dans ce trajet très profondément située elle passe sous l'arcade du fléchisseur superficiel et sous le médian.

Elle donne dans cette région outre le tronc des récurrentes, le tronc des interosseuses d'où naît l'*artère du nerf médian*. C'est normalement une artériole peu importante qui descend avec le nerf vers la main. Anormalement cette artère peut être volumineuse et donner des artères de la main.

Les autres éléments vasculonerveux sont sans rapports avec le médian.

(A suivre.)

Causes et traitements des rhumatismes chroniques, par R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris, et F. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux d'Aix-les-Bains. « Collection des Actualités de médecine pratique. » In-16 de 368 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la
CONSTIPATION et des **INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES**

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME
Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES

CARBONATE, BENZOATE,
BROMHYDRATE, SALICYLATE,
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL - PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

SANATORIUM DU PARC - DAVOS
(anciennement Sanatorium Turban).
Maison de 1er ordre, 1570 mètres d'altitude. Grand parc de cure et bois particuliers.
Pension comprenant : chambre, soins médicaux, etc., à partir de 20 fr. Prospectus,
Médecin chef : Dr F. BAUER

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

VALERIANE liquide de **L. PACHAUT**
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL**
125, r. de Turenne
— PARIS —
R. C., 187 148, Seine.

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à
o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16.. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Dufoix, Jayle, Cabanac, Mlle Lafourcade, M. Arnal.

Internes provisoires : MM. Ratié, Bert, Ravoire, Héran.

Candidats classés : MM. Cadéras, Granel, Caillol, Cotsaftis, Camboulives.

Concours de l'externat. — Sont nommés :

Externes titulaires : MM. Bétoullières, Balmès, Gravier, Mlles Boulle, Benoît, MM. Mas, Bory, Sauvy, Bourguet, Benau, Mlles Berthezène, Martin, MM. Warnery, Michel-Marguerit, Goni, Cayla, Mlle Sillol, M. Sabatier.

Externes provisoires : MM. Gonnet, Joyeux, Mlle Roche, MM. Stolzemberg, Bertrand, Raffali, Bec, Schwartz, Ibanez.

Candidats classés : MM. Humilien, Molinier, Orenstein, Bonneville, Rosenrauch.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le professeur Verger est désigné comme assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Lyon. — M. Garin, professeur agrégé, est maintenu dans ses fonctions d'agrégé et chargé du cours de zoologie jusqu'à fin février 1929.

— Montpellier. — M. le professeur Derrien est désigné comme assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Montpellier. — M. le professeur Tabouriech est désigné comme assesseur du doyen de la Faculté de pharmacie de Montpellier.

— Nancy. — M. Joyeux, pharmacien, est chargé pour l'année scolaire du service des travaux pratiques de toxicologie et de chimie biologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — M. le docteur Buisson est institué, pour neuf ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le professeur Léon Bernard, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé, pour l'année 1929, président de cette assemblée, en remplacement de M. le docteur Emile Roux, dont la démission a été acceptée et qui a été nommé président honoraire.

M. Pierre Termier, membre de l'Institut, a été nommé, pour l'année 1929, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en remplacement de M. le professeur Léon Bernard.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grande chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Dupret, médecin de la Maison d'éducation d'Ecouen.

Guerre. — (Réserve.) *Au grade d'officier.* — MM. Guérin de Montgareuil-Valmale, Machtou, Varay, Rostaine, Spilmann, Papin (Ed.), Guillet, Varenne, Lenormant, Patel, Muret, Halbron, Descouts.

(Troupes coloniales.) M. Vincent.

Au grade de chevalier. — MM. Parrical de Chaumard, Provansal, Pansier, Gautier, Gaillard, Valeton, Audibert, Manya, Bloch, Nouis, Lombes, Hamon, Delmas, Gardère, Maffei, Massina, Fiolle, Joly, Perret, Didier, Poirel, Pons, Marey, Bretegnier, Lechaux, Collomb, Ros, Krouch, Bénard, Saleur, Chalon, Brun, Merles, Durand, Racadot, Bloch, Govy, Agron, Cadet, Fregier, Bentkowski, Bernardbeig,

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

Borcheron, Breitman, Malon, Barberousse, Delecour, Rochetaux, Balleydier, Verger, Polony, Lassus, Lecacheur, Cuvier, Amsler, Marchand, Algan, Duvignau, Martinetti, Lebon, Bop e, Dore, Fontaine, Robin, Helie, Angele, Barre, Ahreiner, Millet, Cavailles.

(Active.) *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins généraux Saint-Paul, Chavigny.

(Troupes coloniales.) M. Vassal.

Au grade d'officier. — MM. Lorentz, Courvoisier, Alix, Magnoux, Dauthuile, Bierer, Boulin, Pourpre, Gobinot, Coulon, Jeandidier, Carayon, Delestan, Plisson, Chenelot, Hauvuy, Abadie, Jourdan.

(Troupes coloniales.) MM. Arathoon, Eberle, Cazanove, Guyomarc'h, Noël, Gravellat, Bouvier.

Au grade de chevalier. — MM. Petit, Welfele, Darlay, Henry, Grand, Louis, Weiss, Lhuissier, Clavelin, Martin, Manchet, Morel, Coudet, Ribollet, Pousse, Heuraux, Bonneterre, Saby.

(Troupes coloniales.) MM. Lhoste, Le Saint, Urvois, Bidot, Cheneveau.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — (Armée active.) Tableau d'avancement pour 1929 :

Pour le grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Comte, Dumery, Epaulard, Peltier, Jude, Stitelet, Romieu, Marland, Couturier, Bouquet de Jolinière, Biérer, Romary, Fischer, Escande de Messières, Dickson, Drevet, Poirée, Alix, Guéricolas, Ponsot, Velten, Mahaut, Dusolier, Tartavez, Le Tainturier de La Chapelle, Chambon, Potet, Escher, Coste, Magnoux, Bablon, Beyne, Pheulpin, Peloquin, Baumelou, Causeret, Morisson.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Policard, Lemoine, Jacquinot, Cot, Mathieu, Marvy, Baron, Cristau, Rault, Drouhet, Nicard, Boyé, de Vézeaux de Lavergne, Maisonnet, Sorel, Roudié, Petit, Varatges, Miorcec, Pourpre, Imbert, Mandoul, Lhomme, Donet, de Gaujejac, Montané, Marchetti, Pinchon, Dornier, Colin, Chatain, Pernin, Lannes-Dehore, Fulcrand, Cordier, Bertein, Fontan, Etienney, Costa, Coudray, Bercher, Théron, Bonnel, Cavarroc, Courboulès, Vanlande, Collignon, Pilod.

Pour le grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Jughon, Legler, Dillenséger, Codvelle, de Bernard de Seigneurens, Maliver, Massonnaud, Chaisemartin, Lhuissier, Petit, Faure, Gardiès, Attané, Fossé, Nénon, Delayé, Hassler, Le Lyonnais, Bergès, Galan, Hassenforder, Chopin, Abadie, Audouy, Varnier, Fricker, Heuraux, Brion, Meersseman, Jame, Volf, Froment, Pommé, Bou Hanna, Camper.

Pour le grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Henri, d'Audibert Caillé du Bourguet, Beck, Trial, Billiet, Joly, Morel, Coumel, Iversenc, Lemaistre, Bailby, Rolin, Berty, Coudane, Sauvaget, Crosnier, Bourgeot, Duthu, Rouzaud, de Molette de Morangies, Rotat, Jaulnes, Rocquet, Icart, Jaubert, Gallouin, Augrand, Poublan, Palaska, Agostini, Sadler, Demontes, Labarthe, Lombard, Rouquet, Cosserat, Brissy, Veyssi, Garnier, Muffang.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du Ve Congrès international de thalassothérapie, le gouvernement roumain vient d'attribuer les décorations suivantes :

COURONNE DE ROUMANIE. — *Grand officier.* — M. le professeur Marcel Labbé.

Officier. — MM. Estrabaut, Cange, Pamart (de Paris), Vadon, Jumond (de Saint-Raphaël), Pilatte (de Cannes).

ETOILE DE ROUMANIE. — *Commandeur.* — MM. le professeur Rathery, le professeur agrégé Laignel-Lavastine, Armand-Delille, G. Baudouin, Sorrel (de Paris), Chenier (de Beauvais), Hervé (de Lamotte-Beuvron), Kerguistel (de Guérande).

Officier. — MM. Bufnoir, Doulnoy (de Cannes), Houzel (de Boulogne-sur-Mer), Satre (de Grenoble).

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAQU

A LA MÉMOIRE DE MAREY. — On vient de poser sur la façade de la maison portant le n° 11 du boulevard Delessert, à Paris, une plaque de marbre blanc portant l'inscription suivante.

Ici habita
de 1881 à 1904
ETIENNE-JULES MAREY
né à Beaune en 1830, mort à Paris en 1904,
un des fondateurs de la physiologie expérimentale
et de la science de l'aviation,
créateur de la chronophotographie,
base technique
de la cinématographie.

La pose de cette plaque a donné lieu à une cérémonie au cours de laquelle M. Grimoin-Sanson, président du comité Marey, MM. les professeurs Gley et Charles Richet, ont pris successivement la parole.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE DE LA RÉGION LYONNAISE. — On sait que depuis le mois de novembre, une épidémie de fièvre typhoïde sévit dans la banlieue de Lyon. Cette épidémie est due à la rupture d'un égout dans les conduites d'eau potable. L'épidémie s'est étendue sur la rive droite du Rhône en amont et en aval de Lyon.

Le Lyon médical donne, d'après les documents fournis par le bureau d'hygiène, des renseignements sur l'état actuel de l'épidémie à Lyon.

Il en résulte que pendant le mois de novembre, il y a eu 74 déclarations de fièvre typhoïde à Lyon, et 40 décès.

Le chiffre de 74 cas concerne « uniquement les cas de fièvre typhoïde constatés chez des habitants de la ville de Lyon, et on sait que presque tous les cas ont été contractés dans la banlieue, véritable siège de l'épidémie.

« Au contraire, les 40 décès proviennent surtout des hôpitaux de Lyon où sont concentrés les typhiques des communes de la banlieue et les rares cas de la ville. »

Le nombre total des cas de la banlieue serait de 2.400.

U. M. F. I. A. — L'Union médicale franco-ibéro-américaine (Union médicale latine) tiendra son assemblée générale le samedi 12 janvier, à 20 h. 30 à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, à Paris.

Il sera procédé au renouvellement du bureau qui, actuellement, est ainsi composé :

Président, docteur Dartigues; vice-présidents, docteurs Bandelac de Pariente, E. Delaunay, professeur Mimbela; secrétaire général, docteur Moliné ry; secrétaire général adjoint, docteur Berry; trésorier, docteur David de Prades; trésorier-adjoint, docteur Cambier; archiviste, docteur Armengaud; secrétaires des séances, docteurs Bécart et Dausset; bureau technique, docteur Livet.

Siège social : Paris, 81, rue de la Pompe (XVIe).

(*Voir la suite, p. 34.*)

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Le Résyl

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

*Le **RÉSYL** réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.*

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

Laboratoires O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

(241)

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

AGOMENSINE

Αγογος, qui amène : Εμμηνα, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Aménorrhée, règles rares ou peu abondantes. Troubles consécutifs à la castration ou à la ménopause. Stérilité. Hypoplasie glandulaire.

3 à 9 Comprimés par jour.

SISTOMENSINE

Sistere, arrêter ; *Mensis*, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Règles profuses, trop fréquentes, de trop longue durée. Douleurs dysménorrhéiques. Ménorrhagies essentielles des jeunes filles.

3 à 6 Comprimés par jour.

L'élaboration normale des principes endocriniens se fait suivant une loi harmonique. Les troubles fonctionnels traduisent les écarts de cette harmonie sécrétoire ; la thérapeutique doit tendre alors à la rétablir par l'administration de principes à action DÉFINIE et DIFFÉRENCIÉE.

TRAVAUX, BIBLIOGRAPHIE, ECHANTILLONS
LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

R. C., 10.694, Lyon.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. – 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES – GRIPPE – RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

harmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

L'AGRANULOCYTOSE

Par MM. P. BAIZE et Y. BOQUIEN,
Internes des hôpitaux de Paris.

En juillet 1922, W. Schultz (1) présentait à la Société de médecine interne de Berlin 5 observations d'une maladie nouvelle qu'il proposa d'appeler « agranulocytose », Il s'agissait de femmes d'âge moyen, chez lesquelles, après un début brusque, s'était installé un état infectieux grave accompagné d'une angine ulcéro-nécrotique. L'examen du sang montrait *une leucopénie extrême*, et en particulier la *disparition presque complète des polynucléaires*. Dans tous les cas, la mort était survenue en quelques jours, et l'autopsie montrait l'absence totale ou subtotale des granulocytes dans la moelle osseuse.

Peu de temps après la communication de Schultz, et indépendamment, Friedemann (2) publiait sous le nom d' « angina agranulocytotica » 4 observations analogues, dont quelques-unes antérieures à celles de Schultz. Bientôt d'autres cas étaient signalés, principalement en Allemagne, par Mlle Léon (3) élève de Schultz, par Bantz (4), Elkeles (5), Lauter (6), Mlle Petri (7), et, en Amérique, par Miss Lowett (8).

Comme il arrive souvent lorsqu'est décrite une maladie nouvelle, les observations ne tardèrent pas à se multiplier : Schultz et Jacobowitz (9), W. David (10), Ehrmann et Preuss (11), Zadèk (12), Licht et Hartmann (13), Pfab (14), Schœfer (15), Chiari et Redlich (16) W. Feer (17), Jaffé (18) dans les pays de langue allemande, Paroulek (19), Jedlicka (20), Pelnar (21) en Tchéco-Slovaquie, Hill (22) aux Etats-Unis, Ch. Flandin (23), Clerc, P.-N. Deschamps et Stieffel (24) en France, apportèrent des faits et des mémoires, et le nombre de cas publiés à la fin de l'année 1927 s'élevait à 45.

Entre temps, de bons exposés de la question étaient fournis par les revues générales de Roch et Mozer (25), de Mouzon (26) et par celle, toute récente, de Ch. Aubertin et R. Lévy (27). Nous y avons puisé largement pour la rédaction de cet article.

Cependant, de l'étude attentive de ces 45 cas, il ressort qu'un grand nombre de faits décrits sous ce nom ne rentrent pas dans le cadre de l'agranulocytose telle que l'a décrite Schultz; certaines observations se rapprochent de la leucémie aiguë, des anémies graves aplastiques, des purpuras hémorragiques, d'autres des gangrènes primitives de la bouche et des angines gangréneuses anciennement connues. De sorte que beaucoup d'auteurs refusent actuellement l'autonomie à l'entité morbide isolée par Schultz et font de l'agranulocytose un cas particulier « d'un syndrome plus général, dont le substatum fondamental est la carence du système granulocytaire » (Ch. Aubertin et R. Lévy).

Conformément à cette manière de voir, nous décrirons successivement :

a. L'*agranulocytose de Schultz*, telle que l'a décrite primitivement cet auteur, et telle qu'on l'observe réellement quelquefois, affection rare où le syndrome se montre pour ainsi dire à l'état de pureté et dont la cause nous est inconnue;

b. Les *syndromes agranulocytaires*, qui ont avec l'affection précédente un point commun : la raréfaction ou l'absence des éléments granuleux du sang et de la moelle, mais qui s'en écartent par leur association avec d'autres syndromes hématologiques : purpura, anémie, leucémie, etc. Leur étiologie, quelquefois manifeste (infection, intoxication) reste le plus souvent obscure.

I. **L'agranulocytose de Schultz.** — Le fait étiologique dominant est la prédilection de l'affection pour le sexe féminin. Ehrmann et Preuss, Pfab, Zadèk, Schæfer, ont bien signalé quelques cas chez l'homme; mais, dans la règle, l'agranulocytose s'observe *chez des femmes* (Schultz) *à l'âge moyen de la vie* (entre trente-huit et soixante et un ans) et sans que rien dans l'état antérieur des sujets ait paru servir de point d'appel à la maladie : absence d'antécédents pathologiques ou de tares organiques notables, c'est brusquement, en pleine santé apparente, que l'affection éclate.

Le début est marqué par des frissons répétés, un malaise intense, une sensation de courbature généralisée, une brusque ascension thermique à 40 degrés. L'état général est d'emblée profondément atteint, et évoque l'idée d'une grande septicémie. Presque constamment, il existe déjà *de l'angine*, celle-ci donnant l'impression d'être la lésion initiale qui déclanche la maladie.

Dans quelques cas, le début est moins brutal, le malade a traîné pendant plusieurs jours ou semaines avant l'apparition des manifestations pharyngées et du syndrome infectieux grave qui vont désormais dominer la scène clinique.

En effet, dans les cas typiques, les sujets arrivés à la période d'état présentent trois ordres de symptômes : une angine ulcéro-nécrotique, un syndrome infectieux grave, un syndrome hématologique spécial dont la constatation entraîne le diagnostic.

a. L'angine. — Les manifestations buccopharyngées sont en général au premier plan. A l'érythème et au gonflement (avec ou sans exsudat) du début, succèdent rapidement des *ulcérations creusantes* qui donnent en quelques heures à l'angine une allure sévère, *franchement nécrotique*.

A ce moment, les signes fonctionnels sont très accentués : la dysphagie est extrême, avec parfois trismus serré, la voix est nasonnée, l'haleine très fétide.

L'examen local montre les amygdales, les piliers, le voile, d'une rougeur vineuse, envahis par des *productions pseudo-membraneuses* brunâtres, sanieuses, extrêmement fétides, reposant sur des *ulcérations profondes*, parfois sur de véritables escarres. Ces lésions sont très extensives et finissent par intéresser non seulement l'isthme du pharynx, mais encore sa paroi postérieure, la base de la langue, la face interne des joues, les gencives et même les lèvres.

Schultz insiste sur le fait que ces lésions ulcéro-nécrotiques ne s'accompagnent ni de suppuration,

ni de saignement, ni d'adénite importante; en réalité il est fréquent de noter un suintement hémorragique des lèvres et des gencives. On a même signalé l'hématome amygdalien (cas de Flandin).

En présence de cette angine, on pense à la diphtérie maligne — et nombre de ces malades ont reçu du sérum antidiphtérique à leur entrée à l'hôpital — au noma, à l'angine de Vincent, mais les cultures et les frottis ne montrent ni bacilles de Loeffler, ni symbiose fuso-spirillaire, ni spirilles ou spirochètes, et ne révèlent qu'une flore microbienne extrêmement riche, mais banale.

D'ailleurs ces lésions ulcéro-nécrotiques ne sont pas strictement localisées au pharynx : *on les a signalées à peu près partout* : à la vulve (Schultz, Lowett) à l'anus, aux narines, sur la peau de la cuisse (Friedemann). Les autopsies ont permis de les retrouver sur toute l'étendue du tube digestif (Mlle Petri, Schultz, Rotter (28), sur la trachée (Friedemann). Néanmoins elles prédominent nettement au niveau du pharynx, et justifient ainsi le nom d' « angina agranulocytotica » que Friedemann avait donné à l'affection.

b. **Le syndrome infectieux.** — Il est constamment grave. La température est élevée : tantôt elle se maintient en plateau autour de 40 degrés, tantôt elle oscille sur plusieurs degrés avec de larges rémissions. Le pouls est petit, rapide, très hypotendu (9-5 au Vaquez par exemple) et décèle un état marqué de dépression cardio-vasculaire. Le malade est asthénique, prostré le jour, présentant la nuit un délire tranquille. La langue est sèche, rôtie, et l'aspect du sujet peut être tout à fait celui d'un typhique au deuxième septénaire. D'autres fois, le malade ressent un état d'euphorie paradoxale.

Le facies est pâle, souvent *subictérique* (Schultz, Petri, Elkeles, Schœfer); on a noté des érythèmes, de l'urticaire, mais il n'y aurait jamais de purpura (Schultz). Le foie et la rate restent normaux ou sont légèrement augmentés de volume, les ganglions sont indemnes, même ceux qui sont tributaires des territoires nécrotiques. Il existe dans quelques cas de l'albuminurie et de la cylindrurie (Lowett, Elkeles).

En somme, le malade présente tout le tableau d'une septicémie grave, sans autre localisation que l'angine. L'*hémoculture reste presque toujours négative*, sauf à la période agonique où l'on trouve des germes divers et banaux. Cependant, dans quelques cas, on aurait mis en évidence dans le sang dès le début de l'affection, un streptocoque hémolytique (Elkeles), un pneumocoque (Mlle Léon) un bacille pyocyanique (Friedemann).

Cet état général grave, cette angine ulcéro-nécrotique sans bacille de Loeffler, ni fuso-spirille, font penser à la possibilité d'une leucémie aiguë, et conduisent à faire l'examen de sang révélateur qui montrera la véritable nature de la maladie.

c. **Le syndrome hématologique** de l'agranulocytose est, en effet, bien spécial; il est caractérisé essentiellement *par la diminution considérable du nombre des globules blancs*, diminution liée *à la disparition quasi-complète des polynucléaires.* Le chiffre des leucocytes peut s'abaisser à moins de 1.000 par millimètre cube; dans une observation de Schultz, il n'y en avait que 700; 330 dans un cas de Bantz, 300 seulement chez le malade de Flandin. Parfois à la phase ultime de la maladie, il devient impossible de découvrir un seul globule blanc, même après examen de plusieurs lames successives.

La formule blanche est profondément modifiée; les mononucléaires (lymphocytes et monocytes) atteignent 90 à 99, parfois 100 p. 100 du pourcentage, et inversement le taux des éléments granuleux devient infime, leur chiffre absolu pouvant tomber à *quelques dizaines seulement au millimètre cube.*

Par ailleurs, on ne trouve ordinairement plus ni mastzellen, ni éosinophiles (bien que Friedemann ait signalé dans un cas de l'éosinophilie).

La série rouge est ordinairement peu touchée; le nombre des hématies et le taux d'hémoglobine restent normaux. De même les hématoblastes sont peu modifiés.

On n'observe dans le sang aucun élément pathologique ou anormal, ni hématies nucléées, ni myélocytes, ni cellules indifférenciées.

Enfin, la crase sanguine n'est pas altérée; il n'existe pas de troubles de la coagulation ni du temps de saignement, pas de phénomène du lacet; la rétraction du caillot est normale; en un mot, on ne constate aucun signe de diathèse hémorragique.

Le fait essentiel est donc la disparition quasi-complète des éléments granuleux du sang, disparition que confirme la négativité des réactions des oxydases et des peroxydases. *Les caractères négatifs*, sur lesquels insiste énormément Schultz : absence de syndrome hémorragique, d'anémie, d'éléments cellulaires anormaux, de toute réaction de la rate et des organes hémopoiétiques différencient radicalement l'agranulocytose des leucémies et surtout de ces états pathologiques (d'ailleurs bénins) qu'on a décrits sous le nom de *mononucléoses infectieuses* et *d'angines à monocytes.* Dans ceux-ci, il n'y a pas leucopénie, mais leucocytose mononucléaire, d'où baisse du taux relatif des polynucléaires, mais non de leur chiffre absolu qui reste sensiblement normal.

Il s'en faut d'ailleurs de beaucoup, ainsi que nous le verrons bientôt, que le syndrome agranulocytaire se présente toujours avec cette pureté; mais c'est ainsi que l'a décrit primitivement Schultz et l'auteur allemand insiste sur la constance et la valeur des signes négatifs. Pour lui, tous les faits où la diminution des granulocytes s'accompagne d'anémie, d'hémorragies, du passage d'éléments anormaux dans le sang, ou de réaction splénique ou ganglionnaire, ne rentrent pas dans le cadre de l'agranulocytose.

Ainsi caractérisée par la triade : angine ulcéro-nécrotique, état infectieux grave, disparition des granulocytes du sang circulant, l'affection évolue rapidement.

En quelques jours, et sans que les multiples traitements tentés aient jamais pu enrayer la marche de la maladie, elle aboutit *à la mort.* Celle-ci survient soit par toxi-infection, soit plus précocement par *broncho-pneumonie de déglutition*, que signalent la lupart des observations.

La durée totale de l'affection est de une à deux semaines en moyenne, mais certaines formes tuent en trois à cinq jours; d'autres, au contraire, se prolongent trois à quatre semaines et présentent parfois de longues rémissions comme dans l'observation IV de Schæfer ou dans le cas de Jan Paroulek.

Le pronostic est presque toujours fatal; les cas de guérison que certains auteurs ont publiés (Lauter, Ehrmann et Preuss, Zadek) sont exceptionnels, et d'ailleurs, pour deux d'entre eux, le diagnostic n'était peut-être pas établi de façon incontestable. On peut donc dire que la mort est la terminaison quasi-constante de l'agranulocytose.

L'autopsie révèle deux sortes de lésions, bien décrites par Verse (29) en 1922. à propos des cas de Schulz : les unes sont des lésions infectieuses ou nécrotiques sans spécificité; les autres sont plus particulières et peuvent servir à caractériser la maladie.

1° Nous n'insisterons pas sur les premières, *foyers de broncho-pneumonie* banaux, *lésions ulcéro-nécrotiques* sans caractère spécial. On trouve ces dernières non seulement au niveau du pharynx, mais encore très souvent disséminées sur tout le tractus digestif : œsophage, estomac, intestin grêle, où les plaques de Peyer peuvent être ulcérées comme dans la dothiénentérie (Schultz, Petri, Rotter), rectum, anus et parfois au niveau de l'arbre broncho-trachéal (Friedemann).

Cependant, un fait mérite de retenir l'attention : c'est *l'absence de suppuration proprement dite* au niveau des lésions précitées. On ne retrouve pas l'afflux habituel de polynucléaires, mais seulement une infiltration de petites cellules rondes, avec quelques plasmazellen; ainsi se manifeste l'indigence des réactions de défense de l'organisme.

2° Les organes hémopoiétiques sont macroscopipiquement peu altérés : rate et ganglions sont indemnes, seule la moelle osseuse est souvent grasse et marbrée de taches rougeâtres. Les lésions sont *surtout histologiques* et révèlent, comme l'étude du sang circulant, la carence du système granulocytaire. Les frottis de moelle *montrent l'absence ou la raréfaction extrême des polynucléaires* et même d'éléments plus jeunes, myélocytes et myéloblastes. On trouve presque uniquement des lymphocytes et les éléments de la série rouge; les mégacaryocytes sont normaux.

Cette absence des éléments granuleux est encore mise en évidence par la réaction des oxydases de Winkler, couramment utilisée en Allemagne pour distinguer la série myéloïde, réaction qui se montre négative dans la moelle osseuse, la rate, les ganglions, le foie et au voisinage immédiat des foyers nécrotiques. La moelle a perdu ses propriétés protéolytiques (Schultz et Jacobowitz).

En somme, le système granulocytaire est totalement déficient au niveau des organes hémopoiétiques comme au niveau du sang circulant. En revanche, on ne trouve aucun signe de métaplasie leucémique.

La pathogénie de l'agranulocytose, cela va sans dire, est des plus obscures. Une première question se pose : y a-t-il un rapport entre les manifestations bucco-pharyngées et l'altération sanguine, ou, en d'autres termes, l'angine est-elle la cause ou la conséquence de la leucopénie? Pour la plupart des auteurs, *l'angine se développe à la faveur de la carence leucocytaire*, au même titre que les lésions ulcéro-nécrotiques que l'on observe en d'autres points du corps pendant la vie ou à l'autopsie de ces malades. Le fléchissement grave des défenses leucocytaires permettrait l'évolution de ces processus infectieux que l'afflux des polynucléaires rend impossible normalement, ou circonscrit rapidement.

Une observation de Bantz confirme cette manière de voir; chez un malade présentant un état infectieux grave, l'examen du sang, pratiqué trois jours avant l'apparition de toute angine, montra une leucopénie extrême (330 globules blancs au millimètre cube) avec disparition complète des polynucléaires.

Du reste, les manifestations ulcéro-nécrotiques pour fréquentes qu'elles soient au cours de l'agranulocytose, ne lui sont pas spéciales et peuvent se voir dans d'autres dyscrasies sanguines par exemple dans la leucémie aiguë ou dans les anémies graves.

L'angine n'est donc pas la cause de la leucopénie, mais bien plutôt sa conséquence.

Quelle est donc l'origine de cette diminution fantastique des polynucléaires dans l'agranulocytose? Pour l'expliquer on en est réduit à des hypothèses.

Pour certains auteurs, il s'agirait d'une sorte de malformation, *de débilité congénitale de la moelle osseuse*, telle qu'il suffirait d'une infection même légère pour entraîner l'insuffisance du système granulocytaire. La réalité de cette prédisposition reste à démontrer : certains malades guéris d'une agranulocytose (Ehrmann et Preuss) n'ont-ils pas présenté, un mois plus tard, une angine sévère sans accuser cette fois-ci le moindre fléchissement de leur formule blanche?

Pour d'autres et notamment pour W. David, la moelle osseuse fabriquerait des granulocytes en nombre suffisant, mais ceux-ci ne pourraient passer dans la circulation en raison d'une « action chimiotactique négative » qui reste une pure hypothèse. David s'appuie sur les résultats d'une seule autopsie dans laquelle la moelle s'était montrée normale; mais dans la plupart des cas il n'en est pas ainsi, et les éléments granuleux manquent bien réellement dans la moelle osseuse.

On a encore invoqué l'origine hépatique des modifications sanguines, en se basant sur quelques faits d'ictère et sur les lésions du foie et des voies biliaires trouvées dans près de la moitié des cas à l'autopsie (Schæfer); mais il s'agit de lésions infectieuses banales et d'ailleurs souvent discrètes.

Reste l'hypothèse, défendue par Schultz, d'une toxi-infection frappant spécifiquement les éléments blancs granuleux; pour cet auteur, il y aurait à la fois leucolyse des granulocytes circulants et sidération de la moelle osseuse qui deviendrait incapable de les régénérer. Quant à la nature de la toxi-infection capable de toucher avec une pareille électivité, la série granuleuse, Schultz ne la précise pas.

Ici, comme ailleurs, on a incriminé *la syphilis* (Schultz, Friedemann) : elle ne semble cependant pas fréquente dans les antécédents des sujets atteints

d'agranulocytose; toutefois, Chiari (38) rapporte un cas survenu au cours d'une syphilis secondaire avérée. *Le paludisme*, par contre, se retrouverait assez fréquemment dans le passé de ces malades (observations de Clerc, P.-N. Deschamps et Stieffel, et de Ch. Flandin), Enfin, on a discuté la possibilité d'une infection par un virus filtrant.

L'étiologie et la pathogénie de l'agranulocytose sont donc pleines d'obscurité, et ne peuvent servir à caractériser cette affection, non plus, du reste, que sa symptomatologie et, en particulier, que les fameux caractères négatifs de Schultz. A la notion restreinte de l'agranulocytose-maladie telle que l'avait définie l'auteur allemand, il faut opposer la conception plus large et plus compréhensive des syndromes agranulocytaires.

II. **Les syndromes agranulocytaires**. — Il faut reconnaître que l'agranulocytose, telle que nous venons de la décrire, est une affection rare. En effet, l'étude des cas publiés sous ce nom depuis quelques années permet de constater que la plupart de ceux-ci ne rentrent pas dans le cadre nosologique tracé par Schultz. Ils s'en rapprochent manifestement par leurs caractères hématologiques et cliniques, mais en diffèrent, d'autre part, par la coexistence de manifestations regardées par Schultz comme étrangères à la maladie.

C'est ainsi que dans les cas de Bantz, de Schæfer, de Koehler-Zittau (30) un syndrome d'anémie grave aplastique, s'associait à la leucopénie. Dans le cas de W. David, il y avait à la fois agranulocytose, anémie grave et hémolyse. L'association la plus fréquente est celle où l'agranulacytose coexiste avec un état subleucémique ou aleucémique, comme dans les observations de Gimplinger (35), de Schæfer, de Clerc, P.-N. Deschamps et Stieffel, de Paroulek — ou avec un syndrome hémorragique, noté dans presque tous les cas, parfois à l'allure de purpura infectieux (Zadek, W. Feer).

Nous devons à l'obligeance de notre collègue Monnerot-Dumaine l'observation inédite suivante, recueillie en 1924, dans le service de M. le docteur Gandy, à Lariboisière et qui se distingue de l'agranulocytose de Schultz par l'existence d'un syndrome anémique intense et de manifestations hémorragiques :

Observation. — En août 1924, un jeune homme de dix-neuf ans, pâle, très fatigué, entre dans le service de M. le docteur Gandy pour de l'angine, des hémorragies gingivales et des épistaxis. Pas d'antécédents pathologiques nets, mais depuis quelques semaines et surtout le soir le sujet accusait de la fatigue générale et une courbature extrêmement marquée.

A l'examen on est frappée d'emblée par l'état d'asthénie, la pâleur, l'aspect infecté du sujet. La température atteint 40 degrés; les lèvres et la langue sont fuligineuses, les gencives gonflées et rouges, l'haleine est fétide. La cavité buccale est le siège d'un suintement sanguin continu. Le pharynx est tuméfié, d'une rougeur diffuse et très intense, la dysphagie est extrême. Il n'existe ni fausses membranes, ni enduit pultacé; les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont gros, ainsi d'ailleurs que ceux d'autres territoires éloignés, aines et aisselles. La rate, le foie paraissent normaux.

Ces symptômes font penser à la leucémie aiguë et conduisent à pratiquer l'examen du sang qui donne les résultats suivants :

Hématies	1.650.000
Globules blancs	800
dont :	
Polynucléaires	16 p. 100
Monocytes	71
Lymphocytes	10
Eosinophiles	1
Myélocytes	2

En outre, il y a quelques hématies nucléées. On porte le diagnostic d'agranulocytose, d'autant qu'un examen du mucus pharyngé montre l'absence de bacille de Lœffler et d'association fuso-spirillaire.

Les jours suivants, la température oscille de 38°-38°5, le matin à 40° le soir. L'état général s'altère progressivement, les hémorragies buccales et les épistaxis s'aggravent malgré la thérapeutique; le malade tombe dans un état comateux et succombe huit jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Dans quelle catégorie nosologique ranger cette observation? Si nous nous en tenons à la description de Schultz, ce n'est pas de l'agranulocytose; et cependant, malgré l'importance des syndromes anémique et hémorragique, la diminution formidable des polynucléaires est bien le fait prédominant.

Il existe d'ailleurs toute une série de *formes de transition* difficiles à classer, véritables « plis de passage » (Bantz) entre l'agranulocytose pure, type Schultz, et certains faits d'anémie (aleucies de Frank) et de leucémie aiguë (Noegeli, Mann et Sternberg, Hirchfeld et Dinner) qui s'accompagnent d'une diminution plus ou moins marquée des éléments granuleux du sang. Dans ces cas complexes, « ce n'est pas toujours l'agranulocytose, parfois réduite à ses seuls stigmates hématologiques, qui prend la plus grande part à la symptomatologie » (Ch. Aubertin et R. Lévy). D'un autre côté, la disparition complète ou quasi-complète des granulocytes est un fait habituel au cours des leucémies aiguë ou chronique (lymphoïde) sans qu'on puisse parler d'agranulocytose. Où commence donc celle-ci, où finit-elle? C'est ce qu'il est impossible de préciser.

D'autre part, si l'étiologie de la maladie de Schultz reste impénétrable, il n'en est pas ainsi de certains syndromes agranulocytaires, purs ou associés à d'autres lésions sanguines et qui sont nettement *secondaires à une infection ou à une intoxication*. Depuis longtemps, Turk (31), Marchand (32), Stursberg (33) et d'autres ont signalé la diminution extrême des polynucléaires au cours de certaines septicémies à staphylocoques ou à streptocoques. Plus récemment, Gimplinger (35), Sinton et Lara (34), W. Feer, Gamna (36) ont fait des constatations analogues. Ces auteurs pensent que l'agranulocytose est très souvent, sinon toujours, causée par une septicémie; ils proposent même de substituer au terme d' « angine » celui de « septicémie agranulocytosique ». Les idées de Schultz reçoivent ainsi une confirmation inattendue.

On sait, en outre, que certains poisons du sang, les *arsénobenzènes* [Aubertin (37)], le *benzol* (Flandin), les *rayons X* (de Castello) *et les corps radio-*

actifs, l'hirudine, le sérum d'anguille sont susceptibles de produire l'agranulocytose, associée le plus souvent il est vrai aux syndromes purpurique et anémique. Expérimentalement, on sait que ces poisons peuvent agir avec une certaine électivité, et l'on a pu, chez le cobaye, réaliser par le benzol l'atteinte de la série granuleuse, tandis que le thorium X altère surtout les lymphocytes.

De cet ensemble de faits : association fréquente et en proportion variable, de l'agranulocytose avec d'autres syndromes hématologiques; — existence de nombreuses formes de passage entre l'agranulocytose proprement dite et certains cas complexes d'anémie ou de leucémie aiguë; — multiplicité des circonstances étiologiques, les unes obscures, les autres évidentes, toxiques ou infectieuses; — il ressort qu'il est impossible de conserver l'agranulocytose de Schultz comme entité morbide strictement définie.

Avec la plupart des auteurs actuels, il semble nécessaire d'élargir le cadre nosologique dont les limites avaient été tracées arbitrairement par Schultz, et de considérer l'agranulocytose *comme un syndrome* comparable aux autres grands syndromes de la pathologie sanguine. Ses analogies sont en particulier très grandes avec l'*anémie pernicieuse*, et l'on peut rapprocher l'agranulocytose, véritable « *leucopénie pernicieuse* », de la maladie de Biermer à laquelle elle est d'ailleurs si souvent associée. Dans les deux affections, en effet, on retrouve la même électivité pour un groupe sanguin bien défini, la même distinction étiologique en causes évidentes et cachées; comme la maladie de Biermer, la maladie de Schultz-Friedemann est appelée, dans un avenir plus ou moins rapproché, à se démembrer au profit des syndromes agranulocytaires, dont elle n'est qu'un cas particulier.

Et c'est ainsi que, à l'heure actuelle, on peut définir l'agranulocytose, selon l'expression heureuse de Ch. Aubertin et R. Lévy : un simple groupement « dans un syndrome plus général dont le substratum fondamental est la carence du système granulocytaire. »

BIBLIOGRAPHIE

(1) W. SCHULTZ. *Deut. med. Woch.*, 3 nov. 1922, t. XLVIII, n° 44, p. 1495.
(2) FRIEDEMANN. *Med. Klin.*, 18 oct. 1923, t. XIX, n° 41, p. 1385.
(3) Mlle A. LÉON. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, août 1923, t. CXLIII, p. 118.
(4) BANTZ. *Med. Klin.*, 23-30 déc. 1923, t. XIX, nos 51-52, p. 1667; — *Münch. med. Woch.*, 1925, t. LXXII, p. 1200.
(5) ELKELES. *Klin. Woch.*, 16 nov. 1924, t. XX, n° 46, p. 1614.
(6) LAUTER. *Med. Klin.*, 21 sept. 1924, t. XX, n° 38, p. 1324.
(7) Mlle PETRI. *Deut. med. Woch.*, 25 juillet 1924, t. L, n° 30, p. 1017.
(8) M. LOWETT. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 8 nov. 1924, t. LXXXIII, n° 19, p. 1498.
(9) W. SCHULTZ et JACOBOWITZ. *Med. Klin.*, 4 nov. 1925, n° 44, p. 1642.
(10) W. DAVID. *Med. Klin.*, 14 août 1925, t. XXI, n° 33, p. 1229.
(11) EHRMANN et PREUSS. *Klin. Woch.*, 5 fév. 1925, t. IV, n° 6, p. 267.
(12) ZADEK. *Med. Klin.*, 8 mai 1925, t. XXI, n° 19, p. 688.
(13) LICHT et HARTMANN. *Deut. med. Woch.*, 11 sept. 1925, t. LI, n° 37, p. 1518.
(14) PFAB. *Wiener klin. Woch.*, 1925, n° 49, p. 1302.
(15) K. SCHÆFER. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, mai 1926, t. CLI, p. 191.
(16) CHIARI et REDLICH. *Wiener klin. Woch.*, 23 déc. 1926.
(17) W. FEER. *Schweizer med. Woch.*, 5 juin 1926, t. LVI, n° 22, p. 537.
(18) K. H. JAFFÉ. *Münch. med. Woch.*, nov. 1926, t. LXXIII, p. 2012.
(19) JAN PAROULEK. *Arch. des mal. du cœur*, 1927, p. 648.
(20) VLAD. JEDLICKA. *Sbornik lékařský*, 1923.
(21) PELNAR. *Casopis lékaru ceskych.*, 1924, n° 46, p. 1563.
(22) H. P. HILL. *Calif. and West. med.*, nov. 1926, t. XXV, p. 609.
(23) Ch. FLANDIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 oct. 1926, p. 1459.
(24) CLERC, P.-N. DESCHAMPS et STIEFFEL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 mars 1927, p. 295.
(25) ROCH et MOZER (de Genève). *Presse méd.*, 1926, p. 1171.
(26) MOUZON. *Presse méd.*, 1926, p. 1269.
(27) Ch. AUBERTIN et R. LEVY. *La Médecine*, mars 1928, p. 469.
(28) W. ROTTER. *Virch. Arch. f. path. Anat.*, 1925, t. CCLVIII, nos 1 et 2, p. 17.
(29) VERSE. *Deut. med. Woch.*, 3 nov. 1922, t. XLVIII, n° 44, p. 1496.
(30) G. A. KOEHLER-ZITTAU. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1927, in *Münch. med. Woch.*, 1927, p. 1724.
(31) W. TURK. *Wiener klin. Woch.*, 7 fév. 1907, n° 6, p. 157.
(32) MARCHAND. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1913, t. CX, p. 110.
(33) STURSBERG. *Med. Klin.*, 1912, p. 526.
(34) G. SINSON et LARA. *Philipp. Island med. assoc. Journ.*, nov.-déc. 1923, in *Arch. des mal. du cœur*, 1925, p. 490.
(35) K. GIMPLINGER. *Med. Klin.*, 3 août 1924, n° 31, p. 1073.
(36) GAMNA. *Policlinico*, 1er oct. 1926, t. XXXIII, p. 517.
(37) CH. AUBERTIN. *Monde méd.*, 15 nov. 1926.
(38) CHIARI. *Soc. méd. d'Autriche*, 2 fév. 1927.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1928)

L'encéphalopathie saturnine et la révision de la loi sur les maladies professionnelles. — M. René BENARD, envisageant la question toujours pendante de la révision de la liste limitative des maladies dues à l'intoxication saturnine et indemnisables au titre de la loi sur les maladies professionnelles, critique le terme d'encéphalopathie saturnine, que certains voudraient y voir figurer. Il propose de substituer à ce terme celui beaucoup plus précis d' « accidents de l'hypertension saturnine ».

Azotémie, chlorémie et réserve alcaline. — M. Léon BLUM. Les relations que l'on a cherché à rétablir entre l'azotémie, la chlorémie et la réserve alcaline se sont montrées fort irrégulières, cette irrégularité s'explique par la pathogénie différente dont peut relever l'azotémie.

Diabète et tuberculose traités par l'insuline. — M. LENOIR représente un jeune homme, atteint de diabète avec tuberculose pulmonaire, qui a déjà fait l'objet d'une présentation et chez lequel, grâce à la collapsothérapie, associée à l'insuline, les accidents se sont très améliorés. Actuellement,

le malade a reçu, depuis le début, 130 unités cliniques d'insuline et depuis juillet, 96.000 unités cliniques. Il est très amélioré. On constate l'absence de sucre dans les urines, l'absence du bacille dans les crachats, une glycémie à 1g50, une cataracte gauche serait très améliorée.

Sur le traitement du diabète avec acidose associé à la tuberculose pulmonaire bilatérale — MM. Marcel Labbé, R. Boulin et L. Justin-Besançon. La tuberculose bilatérale, rapidement évolutive, est une complication fréquente du diabète, particulièrement grave lorsqu'elle survient au cours du diabète avec dénutrition. Les auteurs présentent deux malades traités par le pneumothorax bilatéral. L'un et l'autre sont suivis depuis trois ans pour le diabète. Les auteurs présentent ces malades, en attirant l'attention, sur leur excellente tolérance au collapsus pulmonaire bilatéral. Au point de vue diabète, l'établissement du pneumothorax symétrique en réduisant le champ de l'hématose, ne semble pas avoir ajouté d'élément d'acidose gazeuse à l'intoxication acide relevant du diabète. Au contraire, la poussée d'acidose en rapport avec l'installation de la tuberculose a plutôt régressé depuis l'instauration du pneumothorax.

Volumineux pendulum néoplasique de l'oreillette droite secondaire à une tumeur dite sarcomateuse de l'estomac. Syndrome clinique d'une endocardite maligne lente. — MM. P. Carnot et Lambling.

Dystrophie osseuse généralisée, d'origine indéterminée. — MM. André Leri, Le Rasle et J.-A. Lièvre présentent une fillette de quinze ans, hypotrophique et aménorrhéique, dont les membres longs et grêles sont tout à fait disproportionnés avec le tronc court et tassé et la petite tête. Le long des membres, la proéminence des articulations contraste avec la minceur des régions inter-articulaires. Sur les radiographies, l'extrême gracilité des diaphyses, dont la couche compacte est généralement conservée, contraste de même avec l'hypertrophie et la transparence excessive des épiphyses. Les os courts et plats et les os membraneux de la tête et du tronc, vertèbres, côtes, clavicules, crâne, sont très amincis et très peu calcifiés. Les mains et les pieds sont particulièrement allongés et comme étirés. Mais, en réalité, cette dystrophie osseuse généralisée, tout en empruntant certains caractères au rachitisme, à l'ostéomalacie, à l'hérédo-syphilis osseuse, au rhumatisme chronique, à la dolichosténomélie, ne peut entrer dans le cadre d'aucune de ces affections.

Hypertension paroxystique et œdème aigu du poumon. — M. Aubertin cite l'observation d'une malade qui, au cours d'une crise d'hypertension paroxystique, a présenté une crise d'œdème aigu du poumon. La malade était atteinte de maladie de Corrigan. La tension artérielle, avant la crise, était de 15 1/2 pour atteindre 28 au moment de la crise. La tension baissait graduellement et, au bout d'une heure, avait atteint 19, à ce moment, les râles d'œdème avaient singulièrement augmenté.

Valeur de l'éosinophilie pour le diagnostic de cas d'asthme cliniquement incertains. — MM. Fernand Bezançon et Etienne Bernard rappellent que dans les manifestations cliniques appelées équivalents de l'asthme, c'est la notion de l'éosinophilie du sang et des crachats qui, dans un grand nombre de cas, permet avec certitude de rapprocher de l'asthme ces manifestations où la dyspnée fait défaut. L'éosinophilie des crachats reflète les altérations anatomiques observées à l'autopsie des malades morts à la suite de crises d'asthme.

(Séance du 21 décembre 1928)

Erythrocyanose du bras provoquée par le mouvement. — MM. Pagniez et Robert Sicard présentent une jeune femme de vingt-cinq ans chez qui, depuis six mois, tous les actes nécessitant un effort prolongé du bras droit, provoquent l'apparition d'une érythrocyanose très marquée. Les mouvements du bras gauche n'amènent aucune modification circulatoire. Ce phénomène commence à se produire au bout d'une minute, va en s'accusant jusqu'au moment où le gonflement du bras et l'engourdissement qui en résulte, obligent la malade à cesser tout mouvement. La circulation se rétablit alors très lentement et demande plusieurs minutes pour redevenir normale.

L'examen clinique et radiologique ne montrent aucune lésion susceptible de comprimer les vaisseaux ou d'irriter les troncs nerveux. Ce phénomène semble d'une exceptionnelle rareté. Peut-être est-il à rapprocher de certains cas d'urticaire par effort.

Angiomatose hémorragique héréditaire (maladie d'Osler). — MM. Flandin et Soulié présentent une malade âgée de cinquante-quatre ans, présentant une angiomatose hémorragique héréditaire (maladie d'Osler). Cette malade présente des hémorragies nasales très abondantes et des taches vasculaires rouge carminé sur les joues, le menton, la face supérieure de la langue et sur les doigts. Ces hémorragies et ces éléments télangiectasiques se sont développés depuis une dizaine d'années. L'examen hématologique ne montre qu'une anémie très marquée.

Chirurgie et tumeurs du cerveau. — M. Clovis Vincent présente une série de malades atteints de tumeurs cérébrales opérées, l'amélioration obtenue dans tous les cas a été surprenante et rapide. L'auteur montre qu'il y a lieu de distinguer dans cette chirurgie les tumeurs de l'étage inférieur et celles de l'étage antérieur et supérieur. L'auteur insiste sur le fait que certains malades sont complètement guéris et d'autres soulagés temporairement. Il y a lieu également de distinguer la nature des tumeurs; c'est ainsi que les méningiomes guérissent complètement, car il ne s'agit pas de tumeur maligne. Quant aux kystes gliomateux, le résultat est excellent, quand on peut enlever enlever complètement le kyste.

Un cas d'agranulocytose. — Mme Pouzin-Malègue (de Nantes).

Election de membres correspondants : MM. Doumer (de Lille), Ledoux (de Besançon), J. Lauris (de Toulon), Barcia (de Montevidéo).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 15 décembre 1928)

Recherches sur l'action cholagogue des sels biliaires injectés par voie veineuse. — MM. E. Chabrol et M. Maximin ont recherché dans quelle mesure l'action cholagogue des sels biliaires était subordonnée à leur pouvoir hémolytique. De leurs expériences ils concluent que, si ces sels ont un retentissement sur la biligénie pigmentaire par l'hémoglobinémie qu'ils engendrent à fortes doses, ce n'est pas dans les premières demi-heures qui suivent leur injection. Leurs effets cholagogues immédiats ne semblent donc pas sous la dépendance de leur action hémolytique.

L'étude de la glycorégulation par le test de tolérance à l'insuline. — M. Sendrail propose de réaliser en clinique, parallèlement à l'épreuve de tolérance au glucose, une épreuve d'hypoglycémie provoquée postinsulinique. Il précise les limites normales des variations hypoglycémiques dans les conditions choisies pour l'épreuve. Même chez le sujet au repos et à jeun les courbes sont dissemblables, mais elles diffèrent notablement de celles que l'on recueille dans les cas pathologiques, cas dits d'hypersensibilité à l'insuline, dont les atteintes endocriniennes fournissent de nombreux exemples.

Chimiothérapie de la septicémie méningococcique subaiguë (forme pseudo-palustre) par les injections intraveineuses de trypaflavine. — MM. Darré, Albot, Berdet et Laffaille rapportent deux cas guéris en vingt-quatre heures par une injection intraveineuse de trypaflavine, alors que l'infection avait résisté pendant deux mois et demi dans un cas, pendant deux mois dans l'autre aux divers traitements préconisés jusqu'ici. Un cas analogue a été récemment publié par Friedmann et Deicher.

Les auteurs conseillent d'injecter d'abord 0g20, puis à trois ou quatre jours d'intervalle, même si l'apyrexie existe, de faire une deuxième injection de 0g30 et une troisième de 0g40.

La chimiothérapie par les injections intraveineuses de trypaflavine réalise donc un traitement efficace des septicémies méningococciques prolongées. Il serait indiqué de l'adjoindre à la sérothérapie antiméningococcique dans les méningites cérébro-spinales.

La masculinisation des chapons par le sérum de taureau, considérée au point de vue de la loi des seuils différentiels et de la loi du tout ou rien. — M. H. Busquet. La masculinisation des chapons par de petites doses de sérum de taureau fait apparaître, d'une manière dissociée, les divers éléments du complexe sexuel. Le chant se manifeste le premier, puis la combativité et l'instinct génital. La crête subit rarement des modifications notables.

Les petites doses de sérum de taureau peuvent déterminer chacun de ces caractères à l'état d'ébauche, de sorte qu'il se crée un masculinisme incomplet, contrairement à la loi du « tout ou rien » de Pezard. Ce résultat inattendu tient probablement à ce que, dans la masculinisation du chapon par administration *ab ore* de sérum de taureau, les hormones agissantes ne sont pas spécifiques et ont été vraisemblablement modifiées par les sucs digestifs.

Cellule pour réactions histo-chimiques. — MM. Leroux et Craciun présentent un dispositif facilement adaptable à la platine du microscope. Il se compose d'une lame métallique supportant une cellule carrée en verre épais; celle-ci, formée de quatre lames en verre percées de trous à travers lesquels passent des pipettes à lumière capillaire, est percée en haut par une lamelle ordinaire de 22 millimètres de côté, et, sur sa face inférieure, se trouve la préparation histologique. Tout le système est luté à la vaseline épaisse. A l'aide des pipettes, en nombre variable, on peut traiter la coupe par différents réactifs liquides ou gazeux, sans être obligé d'interrompre un seul instant l'étude microscopique de la réaction.

Glycogénie des cultures de tissu « in vitro » (Note préliminaire). — MM. Roussy et Craciun ont pu déceler la présence du glycogène dans les cultures de tissus embryonnaires de poulet. Cette substance se retrouve en abondance dans les fragments de cœur et de foie explantés, jusqu'au dixième jour alors que les cellules de nouvelle génération n'en renferment que dans les premières trente-trois heures et en faible quantité. Les cellules du fragment explanté renferment des gouttelettes de glycogène de plus en plus grandes, à mesure que leurs altérations sont plus prononcées et que les cellules sont plus anciennes.

Il s'agit donc d'un phénomène de glycogénie dégénérative, irréversible, dans un tissu en voie d'autolyse aseptique.

Dans les colonies de cellules de poussée nouvelle, les cellules, d'aspect normal, ne contiennent que de très faibles quantités de glycogène. Il s'agit ici d'une glycogénie réversible.

Les cultures de cellules du sarcome de Roux et du sarcome de Jensen, ne contiennent de glycogène que dans les vingt-quatre premières heures, et seulement pour le fragment « explanté ».

Synergie des antigènes et production d'anticorps spécifiques. — MM. Weinberg, J. Davesne et C. Sanchez ont étudié l'influence de la synergie des antigènes d'origine microbienne sur la production d'anticorps spécifiques. Dans ce but, ils ont comparé les taux d'agglutination du sérum de lapin préparés par injection d'un mélange de plusieurs antigènes employées à des doses moindres.

Il résulte de leurs expériences que, parmi les animaux préparés avec le mélange de trois antigènes, et qui ont reçu en tout une dose de chaque microbe trois fois moins élevée que les animaux témoins, certains fournissent un sérum agglutinant de même titre que les animaux témoins, d'autres d'un titre légèrement inférieur.

Ces recherches montrent l'influence favorable très nette de la synergie des antigènes sur la production des anticorps spécifiques; elles présentent un intérêt pratique. Les animaux supportent mal l'injection de mélanges de fortes doses de plusieurs antigènes. La possibilité d'obtenir de bons résultats par des injections de mélange de petites doses facilitera la préparation de sérums polyvalents antimicrobiens.

Sur le diagnostic des septicémies tuberculeuses par la tuberculose atipique du cobaye de Calmette-Valtis. — MM. Paisseau et Oumansky ont provoqué chez le cobaye une tuberculose atypique, purement ganglionnaire avec présence de bacilles acido-résistants, par l'inoculation du sang d'une tuberculeuse prélevé au moment d'une poussée évolutive.

Plusieurs constatations analogues ont été faites par inocculation de sang au cours d'épisodes tuberculeux divers. L'inoscopie de Jousset et les procédés de bactérioscopie similaires avaient fait apparaître la fréquence des bacillémies tuberculeuses. Toutefois, la nature tuberculeuse des bacilles acido-résistants rencontrés dans ces conditions n'avait pu être démontrée.

L'étude des septicémies tuberculeuses devrait être reprise sous le contrôle des méthodes expérimentales nouvelles issues de la notion d'une forme filtrable du bacille tuberculeux.

Sur la sensibilité à la tuberculine des jeunes cobayes ayant absorbé du B. C. G. — MM. J. Valtis et A. Saenz. Les jeunes cobayes ayant absorbé 30 milligrammes de B.C.G. à la pipette, se développent normalement et réagissent à l'épreuve intradermique à la tuberculine par des réactions d'intensité et de durée variables.

Le nombre des animaux ainsi réagissant est beaucoup plus élevé qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici.

Crise leucopénique consécutive à l'application sur les téguments de topiques dits réducteurs. — MM. Sézary et Robert Worms montrent, par l'étude de vingt-cinq malades, que l'application sur un épiderme sain ou malade (lésions d'eczéma) de substances dites réductrices provoque, dans la majorité des cas, une chute marquée du nombre des globules blancs. Une friction mécanique exercée sur la lésion ou une réaction à l'aide d'un corps gras simple ne modifie pas sensiblement l'équilibre leucocytaire. Les topiques dits réducteurs ajoutent donc à leur action chimique *in situ* — dont le mécanisme, d'ailleurs, est mal élucidé — une action générale qui trouve, au moins, sa preuve dans cette crise leucopénique.

Chlore plasmatique et chlore globulaire. — M. Laudat, en raison de l'intérêt qu'on attache actuellement à la mesure du chlore globulaire expose la technique qu'il utilise depuis deux ans, pour doser cet élément dans le sang total, le plasma et les hématies.

Les résultats qu'il rapporte à titre d'exemple montrent que conformément à l'opinion d'Ambard et de Schmid, il est préférable d'évaluer le chlore globulaire par dosage direct des globules plutôt que par mesure indirecte à l'aide du chlore du sang total et du chlore du plasma, en tenant compte du rapport des hématies au plasma. Si, en effet, il a pu obtenir des résultats très satisfaisants par mesure indirecte, il a fallu pour cela : 1° que le rapport du volume des hématies à celui du plasma ne s'écarte pas d'une façon sensible de la normale;

2° que les teneurs en chlore ne soient pas notablement abaissées. Lorsque ces conditions ne sont pas réalisées des erreurs par excès, parfois notables, apparaissent.

Les anticorps anti-albuminiques et leur action « in vitro ». — Il résulte des recherches de MM. S. Livierato et M. S. Vagliano que la présence dans le sang circulant d'anticorps spécifiques anti-albuminiques, mise en évidence par leurs expériences antérieures, se trouvent confirmées par les expériences faites *in vitro*.

Inauguration du buste du professeur Henneguy. — MM. d'Arsonval et Mayer prononcent des discours à propos de l'inauguration du buste du regretté professeur Henneguy. Ce buste est dû au talent et à l'affection filiale de M. Fauré-Frémiet.

Election. — M. Zoeller est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 16 novembre 1928)

De la biopsie dans le cancer du corps utérin. — M. Léo craint qu'un traumatisme, même très léger comme le prélèvement d'une parcelle de tissu à examiner, puisse déterminer la dissémination des cellules cancéreuses. En général, il pose l'indication opératoire d'après les signes cliniques.

Sur la radiographie de profil de la hanche. — M. Massart utilise le procédé d'Arcelin qui lui permet d'avoir une image en deux plans des butées ostéo-plastiques.

M. Rœderer, pour ces radiographies de profil, place la plaque en avant et l'ampoule en arrière, procédé inverse de celui de M. Judet.

Un cas curieux de polydactylie. — M. Bressot (de Constantine) communique l'observation d'un homme présentant six doigts aux deux mains et aux deux pieds. Pas de malformations chez les ascendants. Wassermann négatif.

Indications chirurgicales dans les cas de thrombose chronique splénique et portale. — M. Ch. Buizard fait un rapport sur un travail de M. Anders-Frick (de Chicago). L'auteur conclut : 1° en cas de thrombose splénique, la splénectomie est indiquée quand il existe des hémorragies ou de l'anémie; 2° en cas de thrombose portale, la splénectomie associée à une opération de Talma est indiquée quand apparaissent aussi des hémorragies ou de l'anémie ou quand il y a une diarrhée chronique ou de l'ascite.

Les modifications du fond de l'œil et la pression sanguine dans les artères de la rétine au cours de l'augmentation de la pression intracranienne, de l'œdème de la papille et de l'atrophie optique. — M. Raymond Petit fait un rapport sur un travail de M. Conrad Berens (de New-York). L'auteur fait une étude précise de ces modifications, en particulier, au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales, des abcès du cerveau, etc...

A propos de deux cas de cholécystostomie d'urgence pour calculs biliaires. — M. Victor Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Déolindo Pasqualis (de Buenos-Aires). L'auteur cite deux observations de crises aiguës avec syndrome péritonéal où il a fait d'urgence la cholécystostomie.

Pancréatite enkystée subaiguë terminée par une crise aiguë ayant déterminé l'intervention. Guérison. — M. Thévenard communique cette observation. Il passe en revue les affections toxiques ou septiques dont la pancréatite est le plus souvent la conséquence et insiste en particulier sur la nécessité d'une intervention secondaire pour remédier aux lésions des voies biliaires ou duodéno-jéjunales, qui sont des lésions causales les plus fréquentes.

Tumeur maligne apparue au niveau d'une cicatrice de blessure par balle. — M. Bressot (de Constantine) communique l'observation suivante : un homme a le pied gauche traversé par une balle; sept mois après, au niveau de l'orifice de sortie, apparaît une tumeur qui, cliniquement et histologiquement, est une tumeur maligne (fibro-sarcome). Fait à l'appui des relations possibles de cause à effet entre un traumatisme et l'apparition d'une tumeur maligne.

MM. Burty, Dufourmentel, Ozenne, Séjournet signalent des faits identiques.

Rareté de l'appendicite chez les indigènes et les colons menant la vie de la brousse. — M. Nicolas (de la Nouvelle-Calédonie) signale que, depuis vingt et un ans, il n'a pas observé un seul cas d'appendicite chez les indigènes et les colons qui mènent la vie de la brousse, tandis que, dans la même colonie, on constate des cas d'appendicite chez les colons qui vivent dans les villes. Il pense qu'on ne peut attribuer ce fait qu'à la différence du genre de vie et en particulier de l'hygiène intestinale.

Kyste dermoïde fistulisée de la région sacro-coccygienne. M. Muller (de Belfort) communique ce cas observé chez un homme. La fistule apparut à l'âge de dix-sept ans; suppuration d'abord intermittente, puis continue. L'auteur opéra le malade quinze ans après. Guérison.

Trois cas d'embolie post-opératoire. — M. Moncany (de Corbeil) signale le fait que, sur environ 800 opérations, pour hernie simple, il a constatée 3 cas (en 1913, 1922 et 1928) d'embolies pulmonaires après l'opération, les deux premiers cas terminés par la mort, et que les malades qui ont présenté ces accidents étaient les trois frères.

Fracture de l'olécrane chez un vieillard. Ostéosynthèse (visage). — M. H. Blanc présente un malade de soixante-dix-huit ans chez lequel il a fait cette ostéosynthèse au moyen d'une vis de Lambotte. Au bout de dix jours, la vis devint mobile et inutile et fut enlevée; cependant le résultat fut très satisfaisant.

(Séance du 21 décembre 1928)

A propos de la déligamentopexie. — M. Weber signale un fait à l'appui de la communication faite à la dernière séance par M. Bonneau.

A propos des embolies postopératoires. — M. Coudray (de Nogent-le-Rotrou) communique deux cas d'embolies observés, chez le père et le fils, après des opérations simples.

Adénome solitaire du foie. Intervention. Guérison. Examen histologique. — M. Ozenne fait un rapport sur ce cas observé par M. P. Laurent (de Paris) chez une femme de soixante et un ans. A l'examen histologique, on constate cette particularité : il existe des tubercules développés dans le tissu conjonctif qui forme le stroma de la tumeur. Il peut s'agir, soit de tuberculose vraie, soit de pseudo-tuberculose développée autour de cellules nécrosées.

Plaie pénétrante thoraco-abdominale gauche par tesson de bouteille. Intervention par voie thoracique. Guérison. — M. Weber fait un rapport sur une observation de M. P. Laurent (de Paris) concernant un blessé qui présentait une plaie du neuvième espace intercostal avec issue d'une frange épiploïque. L'auteur insiste sur le jour que donne cette voie thoracique.

Parasites intestinaux et colibacillurie. — M. Peugniez communique l'observation d'une enfant de cinq ans qui présentait des hématuries répétées avec colibacillurie, et chez laquelle on constata l'existence dans l'intestin de kystes de « lamblia intestinalis ». Le traitement antiparasitaire amena

l'expulsion de nombreux oxyures; et les hématuries et la colibacillurie disparurent.

Inversion utérine totale postpartum. Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale après réduction. Guérison. — M. Bonamy communique ce cas d'inversion utérine totale chez une primipare accouchée depuis quatre jours, atteinte d'infection puerpérale grave et dont l'utérus était partiellement nécrosé. Guérison par hystérectomie abdominale totale après réduction pénible de l'utérus.

Un cas de volvulus intestinal chez une enfant de huit ans ayant amené le sphacèle de 1m05 d'intestin grêle. — M. Bonamy communique l'observation suivante : une enfant de huit ans avait de temps en temps, depuis six mois, des crises abdominales de cause inconnue; la dernière présenta une symptomatologie de gravité lentement progressive qui se termina, en trois jours, par une laparotomie faite « in extremis ». L'opération montra le sphacèle total de 1m05 d'intestin grêle étranglé par suite d'une double torsion sur les vaisseaux mésentériques.

Embolie et syncope cardiaque dix jours après une laparotomie. Injection intracardiaque d'adrénaline. Guérison. — M. Lutaud communique cette observation rare. La malade opérée sans incident d'hystéropexie et d'appendicectomie fit, dix jours après, une embolie qui détermina une syncope cardiaque. L'auteur injecte dans le cœur 2 centimètres cubes d'adrénaline au millième, moins de dix minutes après l'arrêt du cœur, et il obtint la réanimation de celui-ci et la guérison de la malade.

Résultats des trois résections du nerf présacré. — M. Mornard communique les observations de ces trois résections du nerf présacré faites pour dysménorrhée douloureuse et guéries depuis quinze, dix et sept mois. Il étudie les résultats et les indications de cette opération d'après les cas publiés jusqu'à ce jour.

Méniscectomie et laxité ligamentaire. — M. Lamy présente deux cas de méniscectomie pour bloquage du genou opérés, l'un par incision verticale pararotulienne et l'autre par incision horizontale transligamentaire, et tous deux bien guéris. A propos de ces cas, il signale la nécessité, pour juger de la valeur respective des deux techniques, de tenir compte de l'état antérieur du genou en examinant la laxité ligamentaire du genou non opéré.

Condylite hypertrophique du maxillaire inférieur. — M. Dufourmentel présente une femme de trente et un ans atteinte d'une forme bilatérale de cette affection. La gêne et le craquement articulaire sont les seuls symptômes fonctionnels. Wassermann positif. La syphilis est la seule cause décelée dans tous les cas de ce genre.

Appareil de localisation plastique des seins. — M. Dartigues présente au nom de M. Madureira (de Lisbonne) cet instrument destiné à localiser exactement et symétriquement les points où devront être transplantés les aréoles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 24 novembre 1928)

Traitement de la migraine. — M. Sédillot présente une malade chez qui la guérison a été obtenue par la cure de désintoxication associée à l'opothérapie hypophysaire. Il pense que la crise de migraine est ordinairement liée à une poussée congestive passagère de l'hypophyse.

Déplissement du pavillon de l'oreille; correction plastique. — M. Bourguet expose sa technique opératoire à propos d'un cas où la correction a été obtenue de façon très satisfaisante.

Sur la technique de l'auscultation pulmonaire. — M. Melamet estime que l'auscultation du poumon doit se faire en deux temps, auscultation spéciale de la plèvre d'abord, du poumon ensuite. On peut ainsi percevoir toute une gamme de réactions pleurales qui passent inaperçues autrement. L'auteur souligne la grande importance des inflammations légères, fugaces du poumon, non seulement pour le diagnostic de la tuberculose au début, mais aussi chez les faux tuberculeux, les entéro-pulmonaires. Pour lui, une réaction pleurale sans modification des tissus sous-jacents doit faire penser à une infection abdominale.

Cure radio-solaire et rayons infrarouges. — M. Mathieu-Pierre Weil attire l'attention sur l'intérêt thérapeutique, dans certains états douloureux et vis-à-vis de certains troubles en rapport avec de petites déficiences de la nutrition, de l'action de rayons solaires sélectionnés à l'aide de coupoles arrêtant les rayons ultraviolets, mais laissant passer les rayons du spectre et les rayons infrarouges. Aucune pigmentation cutanée ne survient à la suite de l'application de ces rayons, mais sous l'action de la température élevée, admirablement supportée par ailleurs, il se dégage une sensation générale de bien-être très remarquable, suivie de l'amendement des troubles et souvent de leur disparition rapide et définitive.

Chimiothérapie au cours de la fièvre de Malte. — M. J. Seval, dans un cas, a obtenu des résultats très favorables de l'association arsenic organique-zinc.

La viciation de l'atmosphère des villes. — M. Fildermàn appelle l'attention sur la fréquence des fuites de gaz, décelée par un signe d'alarme, l'odeur sulfureuse. Des fuites importantes dégageant cette odeur ont, pendant plus de quinze ans, exposé les habitants d'un quartier de Paris à de sérieux dangers sans que les autorités saisies aient reconnu la cause de ces émanations.

Sur l'hémospermie. — M. G. Luys montre que l'hémospermie, quelle qu'en soit la cause occasionnelle, est presque toujours liée à une spermatocystite chronique. Un examen complet des vésicules séminales est nécessaire dans ces cas, et particulièrement l'urétroscopie postérieure.

Sur la radiothérapie du zona. — M. Schaeffer montre que ce traitement est sans effet sur les douleurs s'il y a des lésions spinales.

Sur les kystes du prépuce. — M. Mouchet pense qu'il s'agit pour ainsi dire toujours de kystes dermoïdes.

Présentation d'instrument. — M. G. Rosenthal présente une seringue et une canule très pratiques pour les injections intratrachéales du lipiodol.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(séance du 1er novembre 1928)

Voies sensitives douloureuses et douleurs rapportées. — M. P. Gilis.

La douleur et le traitement hydrominéral de Lamalou. — M. G. Cauvy (de Lamalou). A Lamalou, où le symptôme douleur peut être considéré comme le symptôme prédominant, la balnéothérapie partielle ou générale est le procédé le plus employé.

Les bains locaux à température progressivement croissante, variable entre 35 et 45 degrés, s'adressent aux douleurs localisées aux extrémités.

Les bains en baignoire et surtout en piscine constituent l'élément essentiel de cure. Les piscines sont même la spécia-

lité remarquable de Lamalou. La grande masse d'eau qu'elles contiennent, le réglage spécial permettant d'utiliser l'eau minérale, à l'émergence des sources, c'est-à-dire toute chargée de ses gaz à l'état naissant et de ses émanations radio-actives, sont autant de conditions qui font de la piscine un des moyens les plus efficaces de sédation.

La douche peut être locale ou générale, à pression et à température variables ; bien administrée, elle constitue un autre moyen sédatif. Chaque station thermale a son type ou ses préférences. A Lamalou, le type le plus ordinairement usité est la douche spinale. L'application directe de l'eau à température ordinairement plus élevée que celle du bain (38 à 40 degrés) en provoquant des phénomènes de vaso-dilatation intense le long du rachis, paraît exercer sur les ganglions du grand sympathique et sur l'innervation médullaire, des actions réflexes spéciales dont le résultat est d'agir sur les fibres lisses et de rétrécir les petits vaisseaux correspondant à cette innervation. Comme moyen sédatif, la douche spinale mérite d'être placée à côté du bain de piscine.

Bien que l'eau minérale employée per os n'ait aucune action directe sur la douleur, elle peut néanmoins, en raison des modifications organiques qu'elle est susceptible d'amener, constituer un complément utile.

Quels que soient les procédés employés, la pratique du traitement hydrominéral de la douleur doit toujours s'inspirer des notions cliniques, anatomiques et parfois aussi étiologiques.

Traitement hydro-minéral de la douleur à Aix-les-Bains. — M. Clottens (d'Aix-les-Bains) étudie surtout le mécanisme thérapeutique de la cure : métabolisme et pharmacodynamie du soufre ; portée thérapeutique de la radio-activité, de la conductivité électrique et de la thermalité naturelle. Après une brève esquisse des modalités de la cure il énumère les indications :

Douleurs de la diathèse arthritique et uricémique : toutes les formes chroniques du rhumatisme, la goutte, les névralgies relevant de la diathèse urique.

Douleurs en gynécologie, névralgies de la cellulite pelvienne et de la dysménorrhée douloureuse des jeunes femmes.

Douleurs tabétiques.

Le syndrome douloureux des affections chroniques des voies respiratoires inférieures. Son traitement hydrominéral. Le rôle de la plèvre. — M. Corone (de Cauterets). La douleur pose assez rarement l'indication d'un traitement hydrominéral au cours des maladies de l'appareil respiratoire. Dans 50 cas seulement sur 3.000 observations recueillies par l'auteur elles étaient au premier plan de la scène classique ; il s'agissait de pleurite et de cortico-pleurite apicale, de pleurodymie, de névralgies par scissurites anciennes, de douleurs rétro-sternales, de douleurs dorsales (par adénopathie trachéo-bronchique, etc.).

En somme, les douleurs relevaient le plus souvent de lésions pleurales chroniques, de névralgies ou de névrites des nerfs qui traversent le médiastin, de lésions plus ou moins sténosantes de l'arbre aérien. Le traitement hydro-minéral agit : par action résolutive sur les épines organiques (boisson, inhalations, hydrothérapie), par action topique révulsive (douche chaude à forte pression en douche sous-marine) ; par action générale de sédation sur tous les éléments du système nerveux et sur l'élément psychique.

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1928)

A propos d'un cas de lipomatose multiple. — MM. H Estor et P. Henriet.

A propos de l'étiologie de la luxation congénitale de la hanche (luxation congénitale et spina bifida). — M. E. Etienne présente deux clichés de luxation congénitale de la hanche avec spina bifida lombo-sacré.

A ce propos il reprend l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre les deux, la luxation congénitale étant la conséquence d'une lésion médullaire ou radiculaire.

Les arguments qui plaident pour sont :

1° La fréquence de la coexistence des deux lésions ;

2° La bilatéralité des lésions de la hanche ;

3° L'extension des troubles trophiques à tous les tissus (durs ou mous) du membre inférieur luxé et du bassin ;

4° Peut-être les cas de guérison spontanée de luxation congénitale de la hanche.

Cette conception pathogénique mérite de retenir l'attention, mais demande de nouvelles recherches cliniques, radiologiques (avec ou sans lipiodol), anatomiques, et permet d'envisager la possibilité d'interventions chirurgicales portant sur la lésion rachidienne dans des cas à déterminer, mais parmi lesquels il faudra peut-être ranger ceux où de grosses déformations rendent la réduction ou la contention ou les deux impossibles, et ceux où des déformations persistantes, après réduction tardive, viennent atténuer singulièrement les bons effets de cette réduction.

Fibrome du col de l'utérus et rétention d'urine. — MM. E. Mourgues-Molines et G. Fayot.

Volumineuse hydronéphrose gauche. (*Présentation de pyélographie et de pièce.*) — MM. E. Jeanbrau et A. Bonnet.

Un cas de tuberculose du pubis. Abcès froid en bissac simulant une hernie inguinale bilatérale. — MM. Riche, Lapeyrie et E. Truc.

Luxation du semi-lunaire avec fractures multiples des os du carpe. — MM. Forgue, M. Lapeyrie et P. Henriet. Il s'agit d'un traumatisme datant de douze jours. Le poignet est complètement bloqué. Les auteurs, après avoir décrit en détail les lésions, insistent sur la réduction du semi-lunaire. Ils ont été frappés par la simplicité de cette réduction qui paraissait tout d'abord impossible. Ils apportent un fait confirmant les notions classiques de Destot, à savoir :

1° Que la réduction peut être tentée même longtemps après le traumatisme et alors que les articulations carpiennes paraissent bloquées ;

2° Que des fractures multiples des os du carpe ne doivent pas faire rejeter les manœuvres de réduction sous le prétexte de désordres plus graves pouvant résulter de ces manœuvres. Ils croient que la disposition des ligaments carpiens agit favorablement pendant les manœuvres de réduction dans les cas semblables à celui qu'ils rapportent.

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1928)

Hydronéphrose à forme hématurique. — MM. E. Jeanbrau, A. Bonnet et Mlle Lafourcade rapportent l'observation d'une hydronéphrose chez un homme de cinquante ans, manifestée seulement par des hématuries rénales spontanées et indolores et par une légère augmentation de volume du rein. Diagnostic par la pyélographie. Néphrectomie : constatation d'un foyer d'infarctus de la corticale.

Les auteurs rappellent à ce sujet la difficulté du diagnostic de l'hydronéphrode à forme hématurique simulant le cancer du rein chez l'adulte.

Deux interventions chirurgicales importantes sans emploi d'anesthésique (autosuggestion et hypnose). — M. E. Etienne rapporte deux interventions chirurgicales importantes pratiquées sans anesthésique aucun : l'insensibilisation fut obtenue par autosuggestion et facilement entretenue pendant toute la durée de l'opération.

Premier cas : trépanation avec taille d'un large lambeau de parties molles pour plaie par éclat d'obus de la région pariéto-occipitale gauche chez un blessé ayant toutes ses facultés intactes (opération faite sept jours après la blessure).

Deuxième cas : évidement du tiers supérieur de la diaphyse du fémur gauche chez un enfant de douze ans porteur d'une fistule consécutive à une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de cet os; ablation de la tête fémorale nécrosée. L'enfant avait subi déjà deux interventions sans anesthésie générale à l'éther.

Les deux opérés ont eu sur la bouche et le nez une compresse imbibée d'eau bouillie.

A propos d'un cas de luxation du semi-lunaire. — M. C. Roux rapproche un cas personnel de luxation du semi-lunaire sans fracture du scaphoïde de la communication de MM. Forgue et Lapeyrie au cours de la précédente séance. Il a eu de grandes difficultés à réduire le semi-lunaire luxé. Cela tient probablement à l'absence de fracture concomitante, celle-ci dans certains cas facilitant la réduction. Il présente les radiographies et le blessé : récupération complète des mouvements du poignet et des doigts.

Ulcère du duodénum perforé en péritoine libre. Opération à la cinquante-troisième heure. Mikulicz. Guérison. — M. G. Roux.

Filtre à air pour l'aspirateur de Redard (dans l'opération de la cataracte). — M. Ch. Dejean.

Hydronéphrose développée sur rein en ectopie iliaque. Difficultés du diagnostic. Intervention. Guérison. — MM. E. Leenhardt et E. Etienne.

(Séance du 30 novembre 1928)

Anémie grave réalisée par une septicémie subaiguë à B. perfringens. Guérison par autovaccinothérapie associée à la méthode de Whipple. — MM. Janbon et J. Duponnois.

Abcès osseux de l'extrémité inférieure du péroné. — M. G. Roux présente les radiographies et l'observation d'un adolescent ayant présenté un abcès osseux de l'extrémité inférieure du péroné au-dessus du cartilage de conjugaison. Cette lésion a débuté quelques mois après une poussée de furonculose et a conservé jusqu'à l'intervention (six mois après) son caractère circonscrit. L'opération a consisté à mettre à plat cette cavité, la dépasser profondément et suturer sans drainage : guérison très simple.

L'auteur insiste sur le caractère circonscrit d'emblée des lésions. Il s'agit d'un abcès osseux classique qu'il oppose à ceux qui sont le reliquat de lésions diffuses (abcès osseux postostéomyélitique) et qui méritent moins le nom d'abcès de l'os.

Calcul salivaire et corps étranger. — M. Ch. Benoit.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION BROMURÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE (1)

Par le docteur J.-M. Sacaze.

La médication bromurée est indiquée de multiples fois dans la pratique quotidienne : éréthisme nerveux sous toutes ses formes, phénomènes excito-moteurs, cérébro et bulbo-médullaires, crises d'angoisse, anxiété, agitation, insomnie, tous les symptômes nerveux des affections cardiaques (névroses tachycardiques en particulier), des maladies du tube digestif (dyspepsies, solairalgies, gastro-entérites), de l'appareil urogénital (vaginisme, incontinence d'urine, spermatorrhée, érections nocturnes, etc.), certaines formes d'asthme, de migraine, de nombreuses dermatoses, et, chez les enfants, convulsions, chorée, coqueluche, spasme de la glotte, etc. Toutefois, il est essentiel de choisir le bromure et la forme sous laquelle il faut l'administrer. De l'avis de tous les cliniciens, le meilleur bromure à utiliser est le bromure de sodium qui n'a pas d'effets dépressifs sur le cœur et qui est admirablement supporté par tous les malades, même par les enfants. D'autre part, il faut employer exclusivement un bromure de sodium dont on est absolument sûr et l'administrer en solution chaude suffisamment étendue d'une manière qui dissimule bien son goût un peu spécial. Mieux que les sirops, qui fermentent facilement, mieux que les solutions aqueuses, dont la saveur est souvent désagréable, le sédobrol permet de faire prendre le bromure de sodium sous une forme particulièrement agréable; cet extrait de bouillon végétal concentré achloruré et bromuré est toujours très bien accepté même par les personnes délicates, et dosé à un gramme de bromure de sodium par tablette il permet toutes les modalités de la médication bromurée; d'autre part, et c'est un point de pratique extrêmement important, le sédobrol réalise le seul moyen vraiment élégant de faire absorber du bromure à un patient sans qu'il s'en doute; on sait en effet que, dans le public, le bromure a une réputation fâcheuse; on croit volontiers que c'est un médicament exclusivement indiqué dans les névroses graves, comme l'épilepsie par exemple, et on proclame qu'il « abrutit » le malade; d'où cette phobie du bromure qui a existé, qui existe certes encore, mais que le sédobrol contribue à faire disparaître peu à peu.

(1) *Concours méd.*, Paris 1928, n° 13.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA MAISON SYNDICALE DES MÉDECINS A PARIS

« Dans la dernière séance de sa première Assemblée générale, le 8 décembre 1928, la Confédération des Syndicats médicaux français a décidé l'acquisition d'un hôtel, 95, rue du Cherche-Midi, dans lequel seront groupés tous les services des Groupements nationaux syndicaux et le Secrétariat de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.).

Sans doute, il sera possible d'y abriter l'Association générale, si elle le désire. Peut-être pourra-t-on y aménager des bureaux pour les Syndicats de la Seine.

L'achat de l'hôtel est fait par une Société anonyme, dite : « Société immobilière de l'hôtel Chambon ».

Le 15 décembre, cette Société s'est constituée au capital de 300.000 fr., entièrement souscrits en actions, et en sept jours, par des Syndicats, des Associations et des médecins syndiqués.

La Société va émettre 500.000 fr. d'actions et 800.000 fr. d'obligations, les unes et les autres de 100 fr.

Tout Syndicat, tout médecin syndiqué peut souscrire.

La souscription minima est de 100 fr. et donne droit à une obligation.

Les actions et les obligations ont les mêmes droits et les mêmes avantages que dans toute Société anonyme.

Les obligations recevront un intérêt de 5 p. 100, net d'impôt; l'impôt restera à la charge de la Société.

Le Conseil d'administration de la Société a l'intention de donner également 5 p. 100 aux actionnaires.

Les actions doivent, autant que possible, rester entre les mains des Syndicats et les obligations être souscrites par les syndiqués. Les actions doivent être souscrites au moins par groupe de 10, à cause des frais élevés du timbre fiscal, pour la convocation aux Assemblées générales.

Les obligations, au contraire, peuvent être prises isolément. La règle sera donc, sauf exception : les actions aux Syndicats, les obligations aux syndiqués.

La somme de 1.600.000 fr. comprend :

L'achat de l'hôtel pour 1.000.000; 250.000 fr. de droits et 350.000 fr. pour les réparations et frais divers.

La construction d'une grande salle de séances est actuellement envisagée, de manière à permettre la tenue des Assemblées générales dans la « Maison syndicale ». Il sera même possible d'y organiser des banquets.

Tous les Syndicats et tous les médecins syndiqués de France sont invités à souscrire par tranche de 100 fr.

Les médecins syndiqués peuvent le faire de deux manières : soit en s'adressant à leur Syndicat; soit en envoyant directement avant le 31 janvier 1929, dernier délais leur souscription, sous forme de chèque, à M. le docteur Jayle, 2, rue Guynemer, Paris (VIe). » (*Communiqué.*)

LIVRES NOUVEAUX

Œuvres de Pasteur, réunies par le docteur PASTEUR VALLÉRY-RADOT. Tome V : **Etude sur la bière**, avec une théorie nouvelle de la fermentation (1).

M. Pasteur Vallery-Radot a bien voulu m'adresser le tome V des œuvres de Pasteur dont il continue, avec un soin pieux, à assurer la publication. Ce tome contient les travaux de Pasteur sur la bière, et sa théorie de la fermentation.

On sait l'importance qu'attachait Pasteur à ces nouvelles études. Elles « reposent, écrivait-il, sur les mêmes principes qui ont servi de guide à mes recherches sur le vin, le vinaigre et la maladie des vers à soie, principes dont la fécondité et les applications sont, à mon avis, sans limites. »

Le volume est divisé en 3 parties. Dans la première est reproduit intégralement l'ouvrage de 1876 « Etudes sur la bière, ses maladies, causes qui les provoquent, procédé pour la rendre inaltérable, avec une théorie nouvelle de la fermentation. » Dans la seconde sont réunies les trois communications faites en 1873, 1874, 1886 sur la bière; dans la troisième sont groupés divers documents.

Dans l'ouvrage de 1876 qui constitue la cinquième partie, Pasteur démontre que les altérations de la bière et du moût qui sert à la produire sont, comme les maladies du vin, corrélatives du développement d'organismes microscopiques apportés par les poussières de l'air ou répandus à la surface des objets servant au travail du brasseur. Puis il expose sa théorie de la fermentation : la fermentation est la vie sans air.

Pasteur reprend ici ses travaux sur les générations spontanées et sur les ferments et il les complète par de nouvelles expériences. Il démontre à ses contradicteurs qu'ils sont dans l'erreur et il les poursuit jusque dans les derniers retranchements de leurs affirmations.

« A suivre, dit le docteur Pasteur Vallery-Radot, l'enchaînement de sa pensée, la précision de son raisonnement, la rigueur de son expérimentation, on a la même certitude que s'il s'agissait de propositions mathématiques. Sa doctrine a désormais des assises inébranlables. Au-dessus d'elles s'élèveront de nouvelles recherches auxquelles il pense sans cesse en écrivant son livre. Elles seront l'aboutissement logique de ses études sur les fermentations. Déja les maladies du vin, des vers à soie et de la bière ne sont plus à ses yeux que des travaux d'approche pour parvenir à la connaissance des maladies virulentes des animaux et de l'homme.

« Dans ces pages, que de projets de travaux, que de conseils donnés aussi bien aux industriels qu'aux expérimentateurs, que de rapprochements suggestifs pour les biologistes et les médecins! Pasteur est dans la toute puissance de son génie. »

(1) Un volume de VII-361 p. avec 85 figures et 12 planches hors texte gravées en taille douce. — Prix : 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

La seconde partie de ce tome V des œuvres de Pasteur contient les trois communications faites par Pasteur en 1873, 1874, 1886 sur la bière.

Dans la troisième partie ont été groupés divers documents ayant trait aux fermentations ou à la fabrication de la bière pour la rendre inaltérable.

Ce tome V, qui paraît aujourd'hui, déborde donc le cadre des recherches sur les microorganismes provoquant les altérations de la bière et sur les procédés de fabrication de cette boisson. On y trouvera une revue d'ensemble sur la doctrine de la non spontanéité des germes et sur les fermentations. Ce volume est la véritable introduction au tome qui suivra consacré aux maladies virulentes. « Lorsqu'on voit, écrit Pasteur la bière et le vin éprouver de profondes altérations parce que ces liquides ont donné asile à des organismes microscopiques, qui se sont introduits d'une manière invisible et fortuitement dans leur intérieur, où ils ont ensuite pullulé, comment n'être pas obsédé par la pensée que des faits du même ordre peuvent et doivent se présenter quelquefois chez l'homme et chez les animaux. »

F. L. S.

Causes et traitements des rhumatismes chroniques (1), par R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris, et F. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux d'Aix-les-Bains. « Collection des Actualités de médecine pratique. »

En rédigeant cet ouvrage, les auteurs ont écrit un véritable précis de traitement moderne des rhumatismes chroniques.

Parmi les innombrables thérapeutiques anciennes ou nouvelles, ils retiennent et exposent celles qui ont fait leurs preuves, sous le contrôle de l'expérience clinique. Ils les étudient surtout en envisageant les indications spéciales à chaque médication et à chaque forme de rhumatisme chronique, aspect de la question trop négligé, jusqu'à présent, dans tous les livres similaires, malgré son haut intérêt pratique.

Les auteurs donnent une place importante et légitime aux thérapeutiques pathogéniques et étiologiques ou spécifiques, dont l'application judicieuse procure les plus beaux succès dans le traitement de ces affections, si souvent rebelles aux autres médications.

Pour que le médecin puisse faire appel, à bon escient, aux traitements étiologiques et pathogéniques, un exposé de l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie et la pathogénie des rhumatismes chroniques était indispensable, ainsi qu'une étude des moyens de diagnostic à employer dans chaque cas. Les auteurs ont écrit l'une et l'autre avec un sens critique avisé, en montrant bien ce qui constitue actuellement : notions définitivement acquises, sérieuses probabilités ou seulement hypothèses suggestives.

Le médecin trouvera donc, dans cet ouvrage, tout ce qu'il lui est indispensable de connaître pour traiter lui-même ses patients atteints de rhumatisme chronique ou diriger leur traitement, avec la collaboration des différents spécialistes : électrologistes, hydrologues, etc.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 7 janvier. — Jury : MM. Legueu, président; Balthazard, Ombrédanne et Alajouanine. — M. FERBER. Etude sur la névrite ascendante. — M. GROBMAN. Complications urinaires des fibromes utérins. — M. GOURDON. Etude clinique des scolioses du nourrisson.

(1) Un volume in-16 de 368 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures par jour ; Enfants : 1/2 dose

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la Tuberculose dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.

Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue

Neutralisation des Toxines

Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES : Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit : AUBRIOT, 56, Boulevard Ornano — PARIS

R. C. Seine, 20.019

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE, FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS, ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE : 6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière

LABORATOIRE ISCOVESCO 107, Rue des Dames, PARIS

Mercredi 9 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Sebileau, Coquot et Robin. — M. Lefebvre. De la castration des équidés. — M. Guyon. Le cornage chronique chez le cheval.

Jeudi 10 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Nicolas et Vallée. — M. Camus. Modification de la (P. H.) du muscle sur l'animal qui vient d'être abattu.

INFORMATIONS

(SUITE)

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — SERVICE DES MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES GRATUITS. — Dans le but de développer la lutte contre le péril vénérien dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise et de permettre aux médecins praticiens d'y prendre une part plus active, en traitant eux-mêmes ceux de leurs malades qui ne peuvent ni supporter la totalité des frais de leur traitement, ni se rendre dans un dispensaire pour s'y faire traiter gratuitement, la Ligue nationale française contre le péril vénérien a décidé de mettre gratuitement les médicaments spécifiques nécessaires à la disposition des médecins praticiens qui voudront lui apporter leur concours.

Les médecins qui voudront participer à l'organisation de soins antivénériens, créée par la Ligue nationale française contre le péril vénérien dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, devront adresser une demande au directeur général de la Ligue en faisant connaître leurs nom, titres et qualités, ainsi que les associations professionnelles auxquelles ils appartiennent et toutes autres références personnelles qu'ils pourraient faire valoir. Le Conseil d'administration de la Ligue statuera sur leur demande.

S'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

« MÉDECINS PARISIENS DE PARIS ». — Les « Médecins parisiens de Paris » viennent de réélire leur bureau pour 1929.

Président d'honneur : M. le professeur Charles Richet; président : M. le docteur Vitry; vice-présidents : MM. les docteurs Dufour et Schaeffer; secrétaire général : M. le docteur Pierre Prost; trésorier : M. le docteur Jules Bongrand.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, docteur Pierre Prost, boulevard Malesherbes, 119, Paris (VIIIe).

AVIS DE VACANCE D'EMPLOI DE DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Brest.

Le traitement alloué ira de 22.000 à 30.000 fr. par an.

Le titulaire du poste s'occupera du dispensaire de Keroriou et recevra en plus un traitement qui ira de 10.000 à 12.000 fr. et une indemnité annuelle de 3.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau) 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 30 déc. 1928.)

Ve CONGRÈS BRÉSILIEN D'HYGIÈNE. — Le Ve Congrès brésilien d'hygiène tiendra ses assises à Recife-Pernambuco, en juillet 1929. Plusieurs questions y seront traitées :

« Types d'organisation sanitaire applicables au Brésil. Standardisation des activités, estimation des travaux exécutés. »

« Les eaux des égouts et les eaux résidutaires d'usines, leur destination et leur traitement. »

« Natimortalité et mortalité infantiles, leurs causes et leurs remèdes. »

« Les techniques de laboratoire en santé publique. »

« L'incidence de la malaria au Brésil. Résultats déjà obtenus par la prophylaxie de cette maladie. »

« Les dysenteries au Brésil. »

Un nombre très important de rapports sur ces différents sujets seront présentés par les meilleures autorités de tous les Etats fédéraux.

Le Comité d'organisation est composé de MM. le professeur Clementino Fraga, président; Joao de Barros Barreto, secrétaire général; A.-L. de Barros Barreto, Gouveia de Barros, Borges Vieira, Eugenio Coutinho, Hernani Agricola et Aggeu Magalhaes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Letulle, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, membre du Comité de direction de la *Presse médicale*; de MM. les docteurs Henri Fournier, Ernest Monin et Edmond Habert (de Paris), Andrea Amicis (de Rome), Dubief (de Charnay-les-Mâcon), Gaston Barbier (de Lyon), Adrien Vareillaud (de Roumazières), Georges Portal et Pierre Jacques (de Marseille); du Camp (d'Orgas), Léon Basset (de Paris); Alexandre Pigo, médecin lieutenant au Val-de-Grâce, disparu en mer.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul Carnot.) — Leçons du dimanche sur des sujets d'actualité médicale, à l'amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 1/2.

Dimanche 6 janvier 1929 : Professeur Paul Carnot, médecin de l'Hôtel-Dieu. « Les excitants de la prolifération cellulaire. Cytopoiétines et tréphones. »

COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. Fernand Mercier, agrégé, commencera ses leçons le mardi 8 janvier 1929, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Médicaments cardio-vasculaires. Modificateurs de la nutrition et des sécrétions. Parasiticides. Modificateurs locaux. »

HÔPITAL LAENNEC. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE MÉDICALE PRATIQUE. — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laennec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 13 janvier 1929. Elle aura pour sujet : « L'hémiplégie syphilitique. »

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — AGENDA P.-L.-M. 1929. — Si vous désirez vous assurer un exemplaire de l'Agenda P.-L.-M. 1929 (son prix est de 10 fr.) retenez-le chez votre libraire; plus tard, vous n'en trouveriez plus. Vous vous le procurerez aussi dans les agences, bureaux de ville, gares et grands trains du réseau P.-L.-M., ainsi que dans les agences de voyages et les grands magasins de nouveautés à Paris. Vous pouvez également le recevoir à domicile, par envoi recommandé, en adressant à cet effet au service de publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, un mandat-poste de 12 fr. 65 pour la France, de 17 fr. 50 pour l'étranger. Tous les bibliophiles savent que l'agenda P.-L.-M. est un ouvrage d'une présentation artistique, littéraire et typographique irréprochable. L'édition de 1929 contient seize illustrations hors texte en couleurs qui, à elles seules, valent plus que son prix; douze cartes postales en héliogravure y ajoutent encore. Ces compositions et les chroniques, contes, nouvelles, légendes qu'elles accompagnent et qui s'ornent, en outre, d'une suite nombreuse de photographies et de dessins, sont l'œuvre d'excellents artistes et écrivains.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 131, Rue de Vaugirard, PARIS

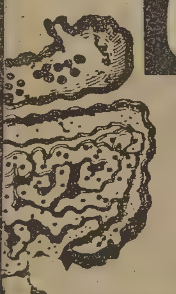
MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE — AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT



Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES

ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme



PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS (66, rue des Plantes). — Un concours pour quatre places d'internes titulaires et quatre places d'internes provisoires sera ouvert le jeudi 31 janvier, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes.

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques.

Une écrite, comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne, pathologie externe), 45 points.

Une orale comprenant deux questions (pathologie interne et pathologie externe), 29 points.

Outre certains avantages, les internes reçoivent un traitement annuel de 4.200 fr. la première année, 4.500 fr. la deuxième et 4.800 fr. la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscription, s'adresser à M. l'administrateur délégué, 66, rue des Plantes, le mardi et le vendredi, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. N. est le suivant pour les sept dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398 (en plus 49).
En 1924 : 1.682 (en plus 284).
En 1925 : 1.900 (en plus 218).
En 1928 : 2.211 (en plus 311).
En 1927 : 2.414 (en plus 203).
En 1928 : 2.991 (en plus 577).

En six ans le chiffre a plus que doublé !

Voici — à la date du 31 juillet 1928 — la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. N. :

Facultés ou Ecoles.	FRANÇAIS		ÉTRANGERS		Total.
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	
Alger......	102	10	1		113
Amiens.....	26	4	6		36
Angers.....	16	1	2		19
Besançon...	15	2			17
Bordeaux...	106	16	3	1	126
Caen.......	36	12	9		57
Clermont...	62	12	9		83
Dijon......	22	6	6		34
Grenoble...	26	3	11	1	41
Lille.......	81	17	1		99
Limoges....	39	4	1		44
Lyon.......	139	21	12	2	174
Marseille...	98	18	11	1	128
Montpellier.	87	17	121	14	239
Nancy......	78	10	92	16	196
Nantes.....	53	5			58
Paris......	596	101	203	30	930
Poitiers....	40	3			43
Reims......	27	5	10		42
Rennes.....	94	6	1		101
Rouen	19	4	44	4	71
Strasbourg .	71	13	25	8	117
Toulouse...	140	14	30	1	185
Tours......	26	4	7	1	38
Totaux.....	1.999	308	605	79	2.991

« Et le flot montait toujours ! », constate dans la *Vie médicale* notre confrère Darras à qui nous empruntons ces chiffres.

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et obstétricale, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, s'ouvrira, le lundi 8 juillet 1929, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi composé pour 1929 :

MM. Cunéo, président; Gosset, vice-président; Lecène, secrétaire général (pour cinq ans); Cadenat et Basset, secrétaires annuels; Toupet, trésorier; Mocquot, archiviste.

Ont été élus correspondants nationaux : MM. Botreau-Roussel, Grimault, Autefage et Chanier; membre associé étranger : M. Navarro (de Montevideo); membres correspondants étrangers : MM. Danis (de Bruxelles), Lesniowski (de Varsovie), Jurasz (de Poznan), Castano (de Buenos-Aires), Arténuo Zéno (de Rosario) et Balacesco (de Bucarest).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — M. F. Bezançon a été élu président et M. Dufour vice-président pour 1929.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE. — Le bureau pour 1929 est ainsi constitué : président, M. Tytgat (Gand); vice-présidents, MM. Neumann (Bruxelles) et Bonzon (Anvers); secrétaire, M. Loicq (Bruxelles); secrétaire des séances, M. Coryn (Bruxelles); trésorier, M. Brohée (Bruxelles).

SÉNAT. — M. le docteur Gadaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, maire de Périgueux, député, vient d'être élu sénateur de la Dordogne par 901 voix contre 101 au docteur Simonnet, maire de Bergerac.

Maurice LETULLE

Pour toi, dont la pensée emplit ma rêverie...
VICTOR HUGO A VIRGILE. *Les Voix intérieures.*

Depuis plusieurs années déjà, il était à la retraite. Mais à le voir si jeune, si allant, si prêt à servir, par la plume ou par la parole, les grandes causes dont, toute son existence, il avait été l'éloquent avocat, ses élèves voulaient oublier qu'il approchait de quatre-vingts ans. Ils espéraient le conserver longtemps encore. Et voici que la triste nouvelle les surprend et les accable! Comment, en ce jour de deuil pour la médecine française, ne pas évoquer le souvenir de ce maître vénéré? Comment ne pas dire aux siens la part que nous prenons à leur peine?

Né à Mortagne, le 19 mars 1853, il avait fait ses études au lycée Charlemagne, où il avait été le condisciple d'Ernest Gaucher. Ses baccalauréats à peine passés, il commençait sa médecine. Interne en 1874, médaille d'or en 1878, docteur en 1879, médecin des hôpitaux en 1883, agrégé en 1889, il avait succédé au professeur Cornil dans la chaire d'anatomie pathologique. Membre de l'Académie de médecine dès 1908, il était commandeur de la Légion d'honneur.

De ces distinctions, ce modeste tirait moins de fierté que de la brillante école qu'il avait su former, de cette couronne rayonnante dont les fleurons s'appelaient Sergent, Péron, Meslay, Ombrédanne, Lemierre, Nattan-Larrier, Gandy, Halbron! Combien d'autres, pour n'être pas arrivés à la notoriété, gardent une empreinte ineffaçable de leur séjour chez lui! Combien pensent encore avec douceur à ces heures heureuses où, dans les vieilles salles sordides et sombres de l'hôpital Saint-Antoine, et plus tard, dans son magnifique service de l'hôpital Boucicaut, tout s'éclairait sur son passage! N'était-il pas adoré de tous, prodiguant aux étudiants les trésors de sa rare érudition, aux malades, l'espérance? Les uns et les autres ne lui devaient-ils pas de se représenter la science sous les traits d'une divinité souriante, accessible aux plus humbles, faite d'humanité, d'altruisme et de bonté?

Peu de « patrons » ont su inspirer plus de respectueuse sympathie. D'une aménité proverbiale, d'une affabilité exquise, il excellait, ce savant arrivé au faîte des honneurs, à accueillir avec une bienveillante simplicité le timide roupiou qui, attiré par sa réputation de clinicien, venait lui demander l'autorisation de suivre sa visite, comme à encourager le candidat impressionné par la simarre et par l'hermine du juge et à lui fournir, dans la question, tous les éléments d'une parfaite réponse. Il était la providence des pauvres gens qui sollicitaient ses soins, parlant leur langage, se faisant comprendre d'eux, s'adressant moins à leur intelligence qu'à leur cœur. C'était aussi un prodigieux travailleur. Depuis 1889, il s'était spécialisé en anatomie pathologique, pour laquelle il avait conçu une véritable passion. A l'enseigner, il mettait une telle ardeur, à lui gagner des adeptes, il déployait une telle foi qu'il en était arrivé, ce magicien, à rendre aimable la science austère et quelque peu rébarbative qu'illustra Morgagni... Dans ce labeur de près d'un demi-siècle, que de beaux livres : *Les Hypertrophies cardiaques secondaires*; *Les Troubles fonctionnels du pneumogastrique*; *Les Pyrexies abortives*; *L'Inflammation*; *Pus et suppuration*; *Cœur, vaisseaux, poumons*; *Bouche, pharynx, œsophage*; *La Pratique des autopsies*; *Le Poumon*; n'a-t-il pas rédigés, sans compter d'innombrables monographies, sans oublier non plus la croisade que, nouveau Pierre l'Ermite, il a prêchée contre la tuberculose. On sait la part prépondérante qu'il prenait à la direction de la *Presse médicale*, dont il était un des fondateurs; il a eu, hélas, maintes fois, l'occasion d'y écrire des articles nécrologiques où ce maître de la médecine se révélait, par surcroît, un maître de l'émotion. Homme de devoir, il ne cherchait qu'à se rendre utile. N'avait-il pas, dès août 1914, repris l'uniforme? N'a-t-il pas dirigé avec éclat une grande formation sanitaire où ont été soignés et guéris beaucoup des nôtres? Ne s'occupait-il pas, avec autant d'activité que de discrétion, d'une foule d'œuvres charitables que, jusqu'à la dernière minute, il aura animées de son souffle?

C'est une grande et noble figure qui disparaît. A ceux qui l'ont approché, de célébrer cette existence, tout entière vouée au culte désintéressé de l'esprit, tendue, de toutes ses forces, vers l'apostolat, mise, avec allégresse, au service du bien. Nul qui ne veuille se joindre à nous pour offrir à sa veuve nos plus respectueuses condoléances, pour assurer les siens et, tout spécialement, notre cher confrère, M. le docteur Raymond Letulle, qu'elle est la nôtre, la perte cruelle qu'ils viennent de faire, pour apporter à la mémoire de celui que nous pleurerons toujours l'hommage de notre tendresse filiale, de notre piété reconnaissante! L. BABONNEIX.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71. Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme. PILULES ET GRANULÉ

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré

1 tablette Sédobrol "Roche"

= 1gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé

Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc

Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la **TOUX** *quelle qu'en soit l'origine.*



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

de toutes les Affections aiguës ou chroniques des Voies Respiratoires

Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

EN INJECTIONS SOUS CUTANÉES VÉRITABLEMENT INDOLORES

l'acétylarsan

RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS

LE LABORATOIRE DES PRODUITS "USINES DU RHÔNE" 21, RUE JEAN GOUJON, PARIS 8e tient à la disposition du Corps médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation convaincante.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839 Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

UN NOUVEAU CAS DE MÉLITOCOCCIE

GUÉRI A LA SUITE D'UNE INJECTION UNIQUE D'UNE ENDO-PROTÉINE PRÉPARÉE AVEC LE BACILLUS ABORTUS DE BANG

PAR

R. LIÈGE et R. CASTÉRAN,

Internes des hôpitaux de Paris.

On sait tout l'intérêt qui s'attache à l'heure actuelle à la thérapeutique de la mélitococcie dont nombre d'auteurs ont montré l'extension croissante. C'est une affection asthéniante d'une longueur désespérante où les différentes thérapeutiques mises en œuvre jusqu'ici y compris la vaccinothérapie ont donné des résultats peu satisfaisants, aussi, nous paraît-il intéressant de rapporter une nouvelle observation (1) d'un cas de mélitococcie où la guérison a été obtenue à la suite d'une seule injection d'endoprotéine extraite du bacillus abortus.

M. O..., âgé de quarante ans, photographe, habitant Villeneuve-Saint-Georges, entre à la Maison municipale de santé, le 29 octobre 1927.

Le début de sa maladie remonte aux premiers jours d'août. A ce moment apparaissent des troubles digestifs, perte d'appétit, diarrhée, de la fatigue, des vertiges, ainsi que des sueurs nocturnes abondantes. Il attribue ses troubles au surmenage, continue à travailler tant bien que mal, et dans le courant du mois d'août se rend en Angleterre.

De retour à Paris au mois de septembre, devant l'aggravation de ces troubles il prend sa température et constate qu'elle oscille entre 38 et 39°5.

La fièvre, les troubles digestifs, le mauvais état général, l'abondance des sueurs l'obligent à s'aliter. On recherche alors chez lui la signature d'une infection typhique, mais hémoculture et sérodiagnostic restent négatifs.

Le même état persiste pendant tout le mois de septembre cependant, des apparences d'amélioration, des rémissions passagères permettent au malade de se lever à plusieurs reprises.

Vers la fin de septembre apparaissent des douleurs articulaires localisées au niveau de l'épaule et du poignet gauche et des articulations métatarso-phalangiennes; le salicylate de soude reste sans action sur ces arthralgies.

Pendant le mois d'octobre, les mêmes symptômes persistent, la température oscillant entre 37°5 et 39 degrés. Ces différents troubles se sont accompagnés d'un amaigrissement d'environ 10 kilos.

Il n'apporte malheureusement à son entrée à la Maison Dubois aucune courbe de température et l'examen physique des différents appareils reste à peu près négatif.

Il n'existe aucun signe pulmonaire, aucun signe cardiaque, la tension artérielle prise au Vaquez-Laubry est de 13/8.

Le foie est normal, la rate n'est pas palpable mais nettement percutable sur cinq travers de doigts. L'abdomen est légèrement météorisé.

Les articulations dont se plaint le malade ne sont pas tuméfiées, mais leur mobilisation est douloureuse.

Un examen de sang est fait le lendemain de l'entrée du malade.

Globules rouges............	4.900.000
Globules blancs.............	5.000

(1) Cette observation a été recueillie dans le service de M. le professeur Noël Fiessinger; nous tenons à le remercier vivemen du grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce malade.

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles...	52 p. 100
Grands mononucléaires.......	34 —
Moyens mononucléaires.......	12 —
Lymphocytes...............	2 —

La fièvre, les arthralgies, l'importance des sueurs, l'amaigrissement, la mononucléose sanguine légère, la durée déjà longue de l'affection, l'absence de lésions pulmonaires ou cardiaques, l'existence d'hémoculture et d'un sérodiagnostic négatifs pour les infections typhiques, orientent vers l'hypothèse d'une fièvre ondulante.

Nous dirigeons l'interrogatoire et les examens de laboratoire dans ce sens.

Le malade nous apprend qu'outre une consommation assez fréquente de fromage de chèvre, il but à la fin de juillet du lait de chèvre *acheté occasionnellement à un chévrier ambulant*. Sa femme et sa fille en prirent quelques gorgées, tandis qu'il consomma une quantité d'environ 3/4 de litre.

Dès lors on pratiqua :

1° *Un sérodiagnostic* (Institut Pasteur). — Avec sérum chauffé, il se montre positif; au 1/200 pour le mélitensis et pour l'abortus.

Il est négatif pour le paramélitensis.

2° *Une hémoculture.* — Celle-ci faite alors que la température du malade ne dépassait pas 38 degrés est restée négative.

3° *Une intradermoréaction de Burnet à la mélitine.* — On injecte avec une seringue graduée 1/10 de centimètre cube de mélitine dans la région deltoïdienne.

Trois heures après, on constate une petite élevure rouge du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Le lendemain matin, on constate une plaque ortiée et érythémateuse centrée par le point de piqûre et dépassant le soir même les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Cette réaction locale ne s'est pas accompagnée de réaction générale.

Au traitement symptomatique des premiers jours on substitue rapidement un traitement étiologique que l'on commence le 12 octobre.

Le *12 octobre*, injection de 1 centimètre cube de stock-vaccin antimélitococcique.

Le *14 octobre*, injection de 1 centimètre cube.

Le *19 octobre*, injection de 1cm35.

Ces injections furent précédées d'injections de 5 centimètres cubes de lait, et furent suivies d'un petit frisson sans élévation thermique anormale.

A la suite de ce traitement on pratique un nouveau sérodiagnostic, qui se montre positif, comme le précédent mais à un taux plus élevé au 1/600.

Le traitement n'amène aucune modification dans l'état du malade.

Le sujet est faible; les sueurs et les différents symptômes notés persistent.

Le 25 novembre apparaissent des douleurs dans la cuisse le long du trajet du sciatique; la pression des points sciatiques est douloureuse, et jusqu'à la fin de la maladie, cette sciatique constituera le symptôme de premier plan, le malade s'en plaindra continuellement car elle lui empêche tout mouvement.

C'est devant l'insuccès de cette thérapeutique que nous avons eu recours à l'endoprotéine du Bacillus abortus, obligemment préparée et mise à notre disposition par M. Reilly, chef de laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard.

Le 5 décembre, la température du matin est de 37°5, à cinq heures du soir, elle est de 38°2. La tension de 14/9 au Vaquez Laubry. On injecte alors, trois quarts de centimètres cubes de cette endoprotéine par voie intramusculaire dans la région fessière. On donne en même temps *per os, vingt gouttes de la solution d'adrénaline à 1 p. 1.000.*

Deux heures après, le malade est pris d'un frisson accompagné de claquement des dents et de tremblement léger des membres, la température monte à 39°9, la tension prise est de 13/8. Tremblement et frisson se calment au bout d'*une demi-heure*; le lendemain matin, la température est de 38°4 et le soir même elle s'abaisse à 37°2.

Le surlendemain, le malade accuse une diminution très nette des douleurs dans le membre inférieur gauche. Rapidement les différents symptômes s'atténuent et il peut se lever. Neuf jours après la piqûre, on note un petit crochet thermique à 38°2 (angine érythémateuse), mais la température revient à la normale le lendemain et le sujet quitte la maison Dubois le 20 décembre.

Il revient nous voir au début du mois de février, la courbe de température qu'il apporte est normale, il a engraissé de 7kg500 en un mois et a repris entièrement une vie très active malgré l'existence de très légères douleurs rhumatoïdes. Revu à nouveau en novembre 1928, il est en parfaite santé.

Nous voudrions attirer l'attention sur quelques points de cette observation qui nous paraissent dignes d'intérêt.

I. *Du point de vue épidémiologie.* — Il convient de remarquer que ce malade s'est contaminé en buvant du lait de chèvre acheté *à un chevrier ambulant* dans la région de Villeneuve-Saint-Georges; or, récemment MM. R. Debré, J. Marie et P. Giroux (1) ont rapporté l'observation d'un enfant atteint de mélitococcie contractée de *la même manière* et dans *la même région*, à peu près à la *même époque*. Ces auteurs ont tenté une enquête épidémiologie dans la région précitée de laquelle il résulte que deux enfants auraient présenté en même temps que leur malade une pirexie qui ne fut jamais expliquée. La présente observation vient donc compléter cette enquête et confirmer l'existence d'une petite épidémie de mélitococcie dans cette région déterminée par le passage d'un chevrier ambulant. Ces troupeaux ambulants jouent donc en petit dans notre région parisienne le rôle disséminateur de la maladie dévolu aux *troupeaux transhumants* dans les Basses-Alpes et dans le Haut-Var, récemment étudié par H. Roziès (2). Nous n'insisterons pas sur les mesures prophylactiques à prendre, ces mesures ayant été précisées par Lisbonne, Oublant, Dubois et Lafenêtre, au Congrès d'hygiène de 1925.

II. *Au point de vue diagnostic.* — Il nous semble que l'on peut, grâce aux observations récemment publiées tirer quelques remarques intéressantes concernant l'intradermo-réaction de Burnet.

Elle présente pour le diagnostic de la mélitococcie une valeur indiscutable. Burnet (3), la considère comme absolument spécifique, il ne l'a jamais vue positive dans d'autres infections fébriles. Elle ne déçoit, dit-il, « que ceux qui ne la pratiquent pas correctement. MM. Debré, J. Marie et P. Giroux (1); MM. Lemierre, Marchal et Jaubert (2), dans leurs récents travaux ont confirmé l'intérêt de cette intradermo-réaction. Nous-mêmes, au cours du cas présent, alors que nous pratiquions cette intradermo-réaction sur le malade, l'avons pratiquée en même temps chez trois malades différents, un typhique, un cardiaque, un hémiplégique; chez aucun de ces derniers, le lieu de l'injection n'a été le siège de réactions inflammatoires.

Mais, il y a plus, et les résultats de l'intradermo-réaction *paraissent susceptibles d'interprétation.*

Alors que dans la majorité des cas, les sujets présentent une simple réaction locale d'importance variable (cas actuel : réaction légère); dans d'autres, cette réaction locale est intense et s'accompagne d'une réaction générale. Burnet (3) estime à 1 p. 100 les cas où la simple inoculation intradermique de 0,1 du filtrat provoque une réaction générale fébrile, très forte et une réaction locale si intense qu'on penserait à un phlegmon.

Cette intensité des phénomènes que peut déclencher l'intradermo-réaction de Burnet est signalée dans la récente observation de MM. Debré, J. Marie et P. Giroux, et dans celle de MM. Lemierre, Marchal et Jaubert dans laquelle les phénomènes généraux observés sont tels qu'ils apparaissent, disent les auteurs comme une « recrudescence provoquée. »

De même, MM. Cambessédès et Cochez (4), pratiquant une intradermo-réaction observent une forte réaction locale et voient « la courbe thermique qui, depuis quelques jours, demeurait aux environs de 37°5, atteindre le soir même 38°6 et osciller entre ces chiffres pendant trois jours. »

Ainsi donc, l'intradermo-réaction de Burnet donne des résultats très variables dans leur intensité. Elle apparaît non seulement comme un moyen du diagnostic sûr, mais les variations d'intensité de la réaction permettent d'apprécier l'intolérance du sujet vis-à-vis de la mélitine, de mesurer en quelque sorte le *degré de sensibilité* du sujet, nous verrons quelles conclusions importantes on peut tirer de cette notion de sensibilisation pour la thérapeutique de la mélitococcie par l'endoprotéine du Bacillus abortus.

III. *Du point de vue thérapeutique.* — La présente observation nous paraît présenter ici son maximum d'intérêt pour les raisons que nous indiquions au début de ce travail, car, quand on envisage les résultats d'ensemble fournis par les méthodes vaccinothérapiques habituelles, force est bien de conclure avec Burnet « La faveur dont jouit ce traitement est due en grande partie à ce que nous n'en connaissons point d'autre ».

(1) R. Debré, J. Marie et P. Giroux. Fièvre ondulante autochtone, intérêt de l'épreuve à la mélitine de Burnet, *Soc. méd. des hôpit de Paris*, 16 déc. 1927, p. 1654.

(2) H. Roziès. Le rôle des troupeaux transhumants dans la transmission de la fièvre de Malte dans le Haut-Var, *Progrès méd.*, 18 sept. 1926, n° 38.

(3) Burnet. Aperçu des acquisitions récentes sur la fièvre méditerranéenne, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 15 mai 1925, n° 9, t. XXIII, et 31 mai 1925, n° 10.

(1) Debré, Marie et P. Giroux. Loc. cit.

(2) Lemierre, Marchal et Jaubert. Un cas de fièvre ondulante autochtone. Valeur, diagnostic et thérapeutique de l'intradermo réaction de Burnet, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 déc. 192 ; p. 1702.

(3) Burnet. Loc cit.

(4) H. Cambessédès et Cochez. Un cas de fièvre ondulante guérie par la vaccinothérapie, *Revue de méd. et d'hyg. trop.*, juillet-août 1928, t. XX, n° 4.

Cette observation est en tous points superposable à celle publiée en 1926 par MM. Courtois-Suffit, Garnier et Liège (1) et comparable à celle plus récente de MM. Cambessédès et Cochez.

Dans les deux premiers cas l'endoprotéine employée représente le produit brut fourni par une émulsion de corps microbiens broyés.

Le produit employé par MM. Cambessédès et Cochez est un antigène purifié duquel les nucléoprotéines ont été extraites.

Dans le premier cas, la guérison *rapide et définitive* est obtenue par l'injection intramusculaire de 2 centimètres cubes d'endoprotéine au prix d'une réaction violente. Dans l'observation de MM. Cambessédès et Cochez c'est l'injection de 2/10 de centimètre cube seulement de *globulines d'abortus* par voie intraveineuse qui amène la guérison *définitive* au prix de phénomènes réactionnels également violents.

Dans le cas présent nous avons injecté 3/4 de centimètre cube d'endoprotéine par la voie intramusculaire et avons fait prendre au malade au même moment XX gouttes d'adrénaline, la guérison a été obtenue au prix d'une réaction générale se manifestant par un *frisson modéré*, et une *élévation thermique* moins importante que dans les cas précédents. Ces phénomènes réactionnels que l'un de nous a observés pendant toute leur durée ont été fort bien supportés par le sujet et la maladie a été *brusquement terminée*.

Comment agit dans ce cas l'endoprotéine du bacillus abortus?

S'agit-il d'un choc protéinique banal ou d'une action spécifique?

Bien que l'injection d'endoprotéine puisse agir en partie par choc protéinique banal en raison des nucléoprotéines qu'elle contient (fait qui serait à vérifier par injection de la même endoprotéine chez des sujets indemnes ou mélitococcie) nous nous rangeons volontiers à l'opinion de MM. Cambessédès et Cochez qui pensent que la guérison est le résultat du choc « conflit entre un organisme sensibilisé et l'antigène inoculé », ces auteurs appuyant leur thèse sur ce fait qu'ayant pratiqué des injections identiques (globulines d'abortus) à des doses supérieures chez des individus sains ils n'ont observé aucune réaction. Dans ces cas, la guérison apparaît donc bien plutôt l'effet d'un choc spécifique que celui d'un choc protéinique banal.

On reprochera sans doute à cette méthode les phénomènes réactionnels violents qu'elle détermine parfois et qui pourraient ne pas être sans danger. Peut-on parer à l'intensité de ces phénomènes réactionnels? C'est ici qu'intervient la notion de sensibilisation et l'*interprétation de l'intradermo-réaction* dont nous avons montré la variabilité d'intensité. La sensibilité du sujet réglant en partie la violence de la réaction on peut prévoir grâce à cette interprétation la possibilité de régler l'injection d'endoprotéine et celle d'obtenir des guérisons rapides et définitives de la mélitococcie au prix du minimum de réactions *indispensables*. De fait, dans le cas présent l'intradermo-réaction positive ne détermine qu'une *réaction locale modérée*, et les phénomènes réactionnels consécutifs à l'injection de 3/4 de centimètre cube d'endoprotéine peu intenses sont très bien supportés.

Dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux, MM. Courtois-Suffit, Garnier et Liège estimaient que le succès obtenu « ouvrirait une voie nouvelle à la thérapeutique de la fièvre de Malte ». On verra par la publication prochaine dans le *Journal de physiologie et de pathologie générale* d'un important mémoire de MM. Cambessédès et Garnier que cet espoir n'est pas resté vain.

(1) Courtois-Suffit, Garnier et Liège. Un cas de fièvre de Malte guéri à la suite d'une injection unique d'une endoprotéine préparée avec le Bacillus abortus de Bang, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*. Communication faite dans la séance du 9 juillet 1926, et *Gaz. des hôpit.*, 1er sept. 1926, n° 70.

ACTUALITÉS

LES DIURÉTIQUES MERCURIELS

De nombreuses explications du fonctionnement rénal ont été proposées; toutes sont encore sujettes à caution sur quelque point : lieu de la sécrétion urinaire; spécialisation de certaines zones tubulaires, rôle dynamique du glomérule, réalité d'une résorption partielle de certains éléments sécrétés. On s'accorde pourtant à reconnaître un rôle causal au régime circulatoire du rein, aux propriétés sécrétoires de son parenchyme et aux caractères physiques (concentration et tension osmotique) et chimiques des solutions qui sont l'objet du travail de l'organe.

L'imperfection de nos connaissances touchant la physiologie normale a sa répercussion dans le domaine de la physiologie pathologique et de la thérapeutique expérimentale ou appliquée. On a essayé de classer les diurétiques selon leur mode d'action, ou de leur reconnaître des effets différents. Il y faut renoncer actuellement et peut-être pour toujours car pour les divers diurétiques, le mode d'action paraît toujours complexe.

Depuis longtemps le mercure a sa place parmi les diurétiques, mais cette propriété était éclipsée par l'importance de son rôle comme antispécifique et l'on tenait peu de compte en pratique des observations de Paracelse qui n'est plus depuis longtemps l'auteur de chevet des cliniciens. Jendrassik en 1886 puis Huchard, puis Gallavardin et d'autres contemporains avaient interrompu la prescription; de même les travaux de Blum et Schwab (1920), qui n'avaient cependant pas réussi à rendre aux mercuriaux — calomel et cyanure — une place parmi les diurétiques d'emploi journalier.

Il est pourtant des cas où les propriétés antisyphilitiques du mercure cèdent le pas. C'est ainsi que vers la même époque, Zieler, étudiant la valeur antitréponémique de nouveaux composés mercuriels constata que l'un d'eux, le novasurol, ne donnait pas, malgré sa richesse en mercure, les effets escomptés, mais qu'il possédait par contre un pouvoir diurétique imprévu. Saxl et Heilig, de Vienne, puis d'autres reconnurent la valeur pratique du nou-

veau produit. En Angleterre et en Amérique, l'opinion médicale se montra également favorable.

On réussit alors à préparer d'autres produits analogues parmi lesquels le « salyrgan » parut le plus intéressant. Des recherches parallèles conduites en France à l'Institut Pasteur par MM. Fourneau et Girard les amenèrent à préparer toute une série de produits : 463, 451, 440 A, 440 B, très proches des ou même semblables aux produits allemands. Le 440 B retint particulièrement l'attention. Ses propriétés semblent à peu de chose près les mêmes que celles du salyrgan. Son mode de préparation en diffère un peu et lui confère, semble-t-il, des propriétés avantageuses pour l'emploi courant. Actuellement livré au médecin sous la dénomination de neptal il paraît devoir tenir une place importante dans la pharmacopée contemporaine.

Caractères chimiques. — Novasurol, salyrgan, 440 B qui sont les seuls dont l'usage semble devoir se répandre sont aussi les seuls dont nous occuperons ici.

Tous sont des composés par addition.

Le *novasurol* est le type premier; l'atome Hg est lié par une de ses valences à un atome de carbone nucléaire d'un noyau aromatique. D'après ce qui en est actuellement connu c'est un oxymercurochlorophénoxylacétate de soude combiné à la diéthylmalonylurée (véronal); on comprend aisément que la présence simultanée dans sa molécule de mercure et d'un composé uréique, tous deux diurétiques, lui confère au plus haut point cette même propriété, C'est *un corps soluble dans l'eau, dont la teneur en mercure est de 33,9 p. 100.*

Dans les deux autres composés, les deux valences de l'atome Hg se relient à des noyaux aromatiques dissemblables. Ces corps sont susceptibles de s'additionner des sels de mercure, en particulier l'acétate mercurique.

Le salyrgan est *un acétomercurate de salicylallylamidoacétate de soude*

$$C^6H^2 < \begin{matrix} CONH\text{-}C^3H^5(OCH^3)Ag\text{-}OCOCH^3 \\ OCH^2\text{-}CO^2Na \end{matrix}$$

L'un de ses principaux caractères est *son instabilité* en présence de l'air atmosphérique dont la teneur en CO^2 suffit pour troubler presque instantanément ses solutions.

Préparé au sein de l'alcool méthylique — d'où la présence dans sa formule du groupement méthylé OCH^3 il a des propriétés qui ne se retrouvent plus lorsque la préparation est faite en un lieu aqueux. *Le 440 B n'en diffère pas comme composition mais il est préparé en présence de chlorure d'ammonium* produit lui-même diurétique. Du fait de sa préparation il est stable à l'air. Il peut être employé en injections intramusculaires, chose impossible avec le salyrgan.

Salyrgan et 440 B ont la même richesse en mercure : 36 p. 100 et possèdent les mêmes propriétés physiologiques.

Propriétés physiologiques. — ACTION LOCALE. — *Aucun de ces produits ne semble léser l'endothélium vasculaire* au point d'injection, même si le traitement est prolongé.

En ce qui concerne le 440 B, la tolérance locale semble bonne puisqu'il n'y a guère de réaction aux injections intramusculaires.

L'instabilité du salyrgan limite son emploi aux injections intraveineuses.

Quant au novasurol, il est habituellement bien supporté; on a pourtant signalé des lésions *in situ* parfois étendues.

ACTION SUR LE REIN. — Dans le cas du novasurol, elle semble assez brutale. Elle se déclenche trois ou quatre heures en général après l'injection et atteint son maximum entre la huitième et la douzième heures; en vingt-quatre heures son effet est épuisé.

La quantité moyenne des urines des vingt-quatre heures atteint 2 à 4 litres.

C'est surtout l'eau qui augmente de quantité avec les chlorures; l'augmentation est considérable dans les vingt-quatre heures et la concentration dans les urines s'élève en même temps.

Il y a moins de changements pour les autres éléments; la concentration de l'urée demeure la même ou diminue du fait de l'élimination d'eau; mais à cause de la polyurie, il peut se faire que la quantité éliminée en vingt-quatre heures subisse une légère augmentation; peu de modification aussi pour la créatinine et les autres éléments dont le sort est assez analogue à celui de l'urée (Nonnenbruch).

A noter que dans des cas de gros rein bigarré, Nonnenbruch n'a obtenu aucune diurèse par le novasurol, à cause, pense-t-il, des lésions trop prononcées des tubes.

Le salyrgan et le 440 B agissent moins vite et moins brutalement que le novasurol. Leur action semble un peu plus prolongée : un à deux jours pour le salyrgan, davantage parfois pour le 440 B. La quantité d'urines pour les vingt-quatre heures atteint 4 à 5 litres; il se produit une pollakiurie à rémission nocturne qui atteint son maximum cinq à huit heures après l'injection. Habituellement la diurèse retombe très vite au niveau d'origine. L'action du 440 B n'est cependant pas à son terme puisque sans nouvelle administration de médicament, il est habituel d'observer de trois à dix jours après l'injection une nouvelle diurèse spontanée, un peu moins intense mais encore très notable.

L'action du médicament est en général proportionnée à l'accumulation dans l'organisme des chlorures et de l'eau.

La quantité de chlorures et d'eau éliminée atteint le double ou le triple de la quantité habituelle mais pour les chlorures, elle retombe dès le lendemain au-dessous du taux accoutumé et l'organisme semble reconstituer sa réserve.

L'élimination d'urée a les mêmes caractères que par le novasurol; la concentration des phosphates urinaires est moindre que la normale.

La répétition des injections à intervalles rapprochés n'augmente ni ne prolonge l'efficacité des diurétiques mercuriels, bien au contraire. On peut avec le salyrgan ou le 440 B prolonger cependant la cure

mais à condition de ne pas rapprocher les injections de moins de cinq jours.

A noter aussi que dans certains cas, une même dose de novasurol a pu donner des effets très inégaux.

Effets sur le milieu sanguin. — Les diurétiques mercuriels ne modifient ni le nombre ni la qualité des globules rouges.

Dans le sérum sanguin, il se produit une concentration des albumines parallèle à la perte d'eau par les urines; parallèlement aussi il y a abaissement de la chlorurémie; tout au moins pendant la diurèse puisque, celle-ci terminée, le niveau antérieur tend à se reconstituer.

Chez le sujet à rein trop lésé qui ne répond pas à l'action du médicament se produit de l'hydrémie par passage dans les vaisseaux de l'eau des tissus.

Le novasurol ne semble pas influencer l'azotémie; le 440 B. en produirait l'abaissement.

Action sur le cœur et la tension artérielle. — Elle paraît nulle, ce qui permet d'employer ces produits chez des sujets dont le cœur est touché, avec précautions toutefois.

Action sur l'appareil digestif. — On note dans certains cas de l'irritation intestinale et une diarrhée qui peut être sanguinolente; de même le foie lésé supporte mal ces médicaments.

Le *système nerveux* semble réagir, surtout chez les sujets cachectisés, par des bouffées délirantes et des signes d'excitation.

Elimination. — Ces composés semblent s'éliminer uniquement par le rein sans emprunter aucunement la voie intestinale. Comme avec tous les mercuriaux quels qu'ils soient l'élimination commence au bout d'un temps très court : deux heures environ et elle est d'autant plus rapide que le rein est en meilleur état (85 p. 100 en vingt-quatre heures). Mais elle peut se prolonger très longtemps avec un rein malade (quinze jours chez un goutteux) d'où un risque d'accumulation.

Mécanisme d'action. — La présence de mercure dans le 440 B. et dans le novasurol est une des raisons pour ces produits de posséder leurs propriétés diurétiques; elle n'est pourtant certainement pas la seule puisque ce pouvoir n'est nullement proportionné à la teneur en mercure; l'architecture moléculaire a donc une importance de premier plan.

L'action irritante exercée sur le parenchyme rénal n'est pas douteuse; on peut donc penser que ces corps agissent directement sur la fonction sécrétrice de la cellule rénale.

Il ne semble pas qu'il y ait là un facteur principal de diurèse. Le phénomène initial semble une action directe de désimbibition des albumines de l'organisme provoquant l'hydrémie que l'on observe d'autant mieux que le rein est plus incapable de jouer son rôle. Peut-être y a-t-il aussi une action s'exerçant sur l'ion Na, à l'origine de ces actions sur le métabolisme de l'eau.

Saxl et Heilig ont remarqué d'autre part qu'un milligramme d'atropine injecté en même temps que le novasurol empêche toute diurèse. C'est un fait pour lequel aucune explication n'a été présentée.

Indications. Contre-indications. — Le *novasurol* a été employé avec succès *chez les cardiaques infiltrés d'œdème* et alors même qu'avaient échoué les autres diurétiques; *chez les asystoliques et chez les cardiorénaux.*

Pasteur-Vallery-Radot l'a de même employé avec succès chez un cardiaque en asystolie avec lésions rénales et cirrhose hépatique, présentant de l'anasarque et de l'ascite.

Mais l'indication cardiaque est la principale et le novasurol est dans certains cas un excellent médicament de préparation ou de réactivation vis-à-vis des cardio-toniques.

Bauer et Aschner en ont également obtenu de bons résultats dans un cas de diabète insipide.

Rowntree, Keith et Barrier l'ont employé avec succès dans quelques cas de cirrhose hépatique et de maladie de Banti avec ascite. De tels résultats semblent trop peu constants pour constituer des indications courantes.

Ce sont même des cas d'exception : la brusquerie d'action du novasurol et son action irritante sur le foie font, en effet, que la plupart des auteurs considèrent comme *contre-indications* : la *néphrite confirmée* où le médicament a pu provoquer de l'albuminurie et des hématuries et les *lésions hépatiques* graves ou anciennes où le médicament pourrait causer un ictère rapidement fatal (Mühling).

Le 440 B. et le salyrgan moins brutaux ont des indications plus étendues; ils peuvent aussi avoir de l'efficacité chez des sujets rebelles au novasurol.

Les indications principales sont : les *états d'oligurie avec œdèmes par insuffisance cardiaque*, même si le fonctionnement cardiaque est très compromis.

On a eu aussi de bons résultats dans les *cirrhoses avec ascite*, qu'elles soient d'origine cardiaque, éthylique ou spécifique; on a même pu penser à une action élective du mercure composant lorsque la syphilis joue un rôle.

Certains auteurs ont eu des succès dans des cas de *péritonite tuberculeuse à forme ascitique.* L'action est assez rapide et assez puissante pour avoir pu assécher des *épanchements sérofibrineux mêmes anciens* de la plèvre ou du péritoine.

Les propriétés préparantes ou réactivantes vis-à-vis des tonicardiaques sont les mêmes que pour le novasurol.

Dans certaines formes de bronchite chronique avec expectoration et forte dyspnée le 440 B. a pu donner une amélioration fonctionnelle.

Malgré la bonne tolérance habituelle, il est des *contre-indications* : comme pour le novasurol les *insuffisances hépatiques graves, les grandes cachexies, l'insuffisance cardiaque avec collapsus, l'endocardite secondaire des cardiaques; les poussées de néphrite aiguë et les périodes de rétention azotée, les états hémorragipares*, enfin (hémophilie).

La glycosurie ne serait au contraire pas une contre-indication (Lian et Puech) non plus que l'âge avancé.

A noter enfin une contre-indication commune à tous les diurétiques mercuriels, même les plus classiques; l'*existence d'un état fébrile même modéré* qui inhibe absolument leurs propriétés.

Mode d'emploi. Posologie. — Le NOVASUROL est livré en *solution aqueuse à 10 p. 100*; les ampoules sont de 1 et 2 centimètres cubes (dix centigrammes par centimètre cube); on peut les injecter sous la peau, dans les muscles (douleur légère) ou dans les veines; cette dernière voie est peu employée comme non dépourvue de risques; on lui préfère la *voie intramusculaire. Dose quotidienne : un à deux centimètres cubes;* les doses inférieures à 1 centimètre cube n'agissent pas en général. On répète les injections *une ou deux fois la semaine.*

LE SALYRGAN ET LE 440 B. sont, eux aussi, surtout actifs à dose moyenne; la voie d'injection paraît, indifférente; la *voie intramusculaire* est, en général préférée surtout pour le 440 B. On donne *de 1/2 à 2 centimètres cubes* de solution à 10 p. 100 (0,045 de Hg par centimètre cube). Les allemands répètent les injections tous les trois ou même tous les deux jours. On peut avec avantage les espacer à *cinq ou même à huit jours.*

ASSOCIATIONS. — *Avec les tonicardiaques* : digitale ouabaïne; on peut même les injecter mélangés pratique peu usitée.

Avec les diurétiques xanthiques : théobromine.

On les associe en général par alternance : réactivation des tonicardiaques, prolongation de l'action diurétique des mercuriels.

Avec le chlorure de calcium et le chlorure d'ammonium : diurétiques eux aussi. Blum et Carlier ont même montré que les mercuriels n'agissent chez certains sujets qu'après préparation par un de ces sels.

Il est en tous cas prudent de tâter par de petites doses de début la sensibilité du malade.

Toxicité. Accidents. — Ces médicaments paraissent assez peu toxiques puisqu'un rein déjà lésé les supporte sans lésion supplémentaire. Pas plus que la puissance thérapeutique la tonicité n'est fonction de la seule teneur en mercure.

Les expériences de Schmidl sur le lapin avec des solutions à 10 p. 100 employées en thérapeutique ont montré que la dose toxique varie — pour le kilogramme d'animal — entre 0cmc26 pour le novasurol et 0cmc30 pour le salyrgan. Pour le 440 B. elle oscille entre 0,22 et 0,29 et l'auteur a noté l'influence du régime alimentaire de l'animal.

On a observé dans quelques cas des *infiltrations aseptiques* au lieu de l'injection.

Certains auteurs ont nié l'origine mercurielle des accidents à distance; il n'en demeure pas moins que Lian et Puech ont vu pendant l'emploi du novasurol de la *gingivite et de la stomatite.* Le 440 B. semble ne rien donner de tel.

Avec tous ces produits, cependant, on a occasionnellement observé de la diarrhée, parfois de la *colite hémorragique* en particulier chez des sujets âgés ou cachectiques, parfois aussi des *hématuries* par congestion rénale.

On a vu également, dus sans doute à la résorption trop rapide des œdèmes, un *malaise général avec élévation de température et bouffées délirantes*; Roussy et Fiessinger ont eu une fois des *phénomènes de choc* après novasurol intramusculaire.

L'arrêt du traitement fait en général cesser rapidement tous ces troubles.

Les diurétiques mercuriels malgré leur maniabilité sont donc loin d'être inoffensifs; ce sont cependant dans l'état actuel de précieux adjuvants, pour les cardiotoniques en particulier.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1928)

Répartition et stabilité des propriétés antigènes de la toxine diphtérique. Rôle des colloïdes non spécifiques. — MM. P. SÉDALLIAN, A. LEULIER et Mme CLAVEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1928)

Sur un syndrome de cachexie fébrile avec pseudo-rhumatisme, œdème pseudo phlegmoneux, exanthème et polynévrite paraissant devoir être rattachés à la péri-artérite noueuse. — M. Jean CATHALA et Mlle BOEGNER rapportent, avec les réserves qui s'imposent, un cas complexe d'état infectieux sévère ayant conduit à une cachexie profonde, véritable marasme chlorotique, pendant lequel ils ont observé les phénomènes suivants : pseudo-rhumatisme, exanthème polymorphe, œdèmes pseudo-phlegmoneux résolutifs, gangrène sèche d'une phalange, tachycardie permanente, polynévrite et polymyosite, nodules dermo-hypodermiques, caractère négatif des hémocultures répétées. Ils croient pouvoir interpréter le fait comme un cas de péri-artérite noueuse.

Angine agranulocytaire et purpura hémorragique au cours d'un traitement antisyphilitique. — MM. BOCAGE et FILLIOL rapportent une observation d'angine nécrotique à début fébrile aigu, survenant chez un syphilitique trois semaines après dix injections de novarsenobenzol et de quinby. La reprise du traitement la semaine suivante, le Bordet-Wassermann étant négatif, détermine dès la deuxième injection une recrudescence de la fièvre et de l'angine, et l'apparition de purpura avec gingivorragies. En six jours le malade succombe en hyperthermie avec des hémorragies profuses du tube digestif. Trois jours avant sa mort on notait 3.200.000 hématies, 10.000 plaquettes et 1.500 leucocytes, dont 18 p. 100 de polynucléaires.

A l'autopsie, disparition des éléments granuleux de la moelle osseuse, où abonde un bacille ayant l'apparence du perfringens, retrouvé en petite quantité dans tous les organes.

Un cas de cirrhose de Hanot. — MM. COYON, AUBERT et Mlle BRUN, à propos d'un cas, insistent sur la nature infectieuse de la cirrhose de Hanot.

Eloges de MM. A. Leblanc, Israël de Jong, Enriquez, Coyon et Albert Robin, par M. RIST.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1928)

Un cas de syndrome cérébelleux du type de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse avec développement progressif d'un état hypertonique. — MM. G. GUILLAIN, A. THÉVENARD et JONESCO présentent une malade de vingt-deux ans, chez laquelle s'est développé, depuis deux ans, un syndrome cérébelleux actuellement très bien caractérisé. Il s'y est ajouté ensuite un état hypertonique, qui se manifeste par une contracture d'effort, de type plastique, avec exagération de la réflectivité posturale, et qui s'oppose à l'hypotonie de fond, avec passivité, cette dernière existant en dehors de tout effort physique ou psychique. Le diagnostic vraisemblable, en l'absence de tout signe de néoplasie et de toute trace de maladie infectieuse, est celui d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. Des états hypertoniques analogues ont été déjà observés dans cette affection. L'aspect actuel n'est probablement qu'une étape évolutive vers l'hypertonie permanente.

Les troubles de la pensée spatiale dans l'apraxie. Le rôle de l'asomatognosie. — MM. J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et KYRIACO présentent un sujet atteint d'apraxie à la fois idéatoire et idéomotrice, c'est-à-dire globale, avec intégrité des fonctions motrices élémentaires, sensitives, sensorielles, gnosiques, phasiques et intellectuelles.

Ils insistent surtout sur la nécessité d'admettre, dans les cas de ce genre, une lésion qui atteint un dispositif déterminé de l'encéphale à l'exclusion des autres. De plus, reprenant l'étude commencée déjà avec Gabrielle LÉVY en 1925, ils montrent le rôle de premier plan, que jouent, dans le déterminisme du trouble apraxique, le défaut du sens géométrique, de la représentation spatiale, et les déformations de ce qu'avec Schilder on appelle le schéma corporel.

Il semble bien que, dans l'immense majorité des cas d'apraxie où l'on peut poursuivre une étude psychophysiologique grâce à la conservation intégrale du langage et des facultés intellectuelles, on retrouve, à la base des perturbations de l'activité motrice, un trouble grossier de la pensée spatiale sous la forme d'une scission des connexions psychologiques qui relient les représentations de l'espace avec l'activité motrice, d'une part, et sous la forme de la désagrégation du schéma corporel, d'autre part.

M. J. LHERMITTE a tendance à incriminer une localisation pariétale. Dans le cas présent, il soupçonne une atrophie de Pick.

M. A. THOMAS rappelle les faits de « paralysie psychique » décrits par les anciens auteurs.

Un cas de syringomyélie avec syringobulbie, associée à de multiples nœvi pigmentaires et vasculaires. — MM. J. LHERMITTE et L. CORNIL présentent un malade de trente-neuf ans, atteint de syringomyélie. Les troubles de la sensibilité s'étendent du onzième segment dorsal jusqu'au sommet du crâne du côté gauche. Seule la moitié droite de la face est respectée.

L'atrophie musculaire est réduite au minimum.

Les auteurs insistent sur trois points particuliers. D'une part, il existe des douleurs spontanées à type de brûlure, qui surviennent dans la région dorsale et sur tout le pourtour de la bouche. D'autre part, le malade présente des phénomènes de répercussivité motrice et sensitive. Ceux-ci sont caractérisés par des mouvements automatiques des membres supérieurs, provoqués par une émotion légère et aussi par la recrudescence passagère des douleurs.

Enfin, il est intéressant de noter que le tronc du sujet est couvert de nombreux nævi pigmentaires, et dans la région dorsale apparaissent plusieurs angiomes, dont l'un est volumineux et saillant.

Ces altérations du tégument, d'origine dysembryoblastique, autorisent à supposer que, à la base du processus syringomyélique, se trouvent des modifications fondamentales du tissu vasculaire.

Les douleurs sont peu améliorées par la radiothérapie.

Distension ventriculaire avec stase papillaire, euphorie, démarche à petits pas sans tumeur frontale. Trépanation postérieure. Guérison. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Clovis VINCENT. Le malade est un homme de quarante-huit ans, qui est entré en juillet 1928, à l'hôpital de la Pitié, pour un syndrome d'hypertension intracranienne, avec céphalée, stase papillaire prononcée : une euphorie singulière, et par la suite une démarche à petits pas, tendaient à rapporter ces symptômes à une tumeur de la région frontale.

Cependant l'absence de toute paralysie faciale inférieure, d'aphasie, d'images radiographiques anormales ne permettait pas de conclure avec certitude.

Il fut pratiqué, le 27 juillet, une ventriculographie à l'appareil de Kuss. Au cours même de l'injection d'air, l'euphorie augmenta d'une façon singulière, et, aussitôt après, la démarche était à tout petits pas. Les ventriculogrammes montrèrent qu'il n'existait pas de tumeur frontale et que l'obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien siégeait dans l'étage postérieur. Le liquide retiré par ponction ventriculaire et le liquide retiré par ponction lombaire étant très différents dans leur composition cytologique et chimique, on pensa qu'il pouvait exister un obstacle au niveau du quatrième ventricule, par exemple un épaississement de la toile choroïdienne.

Trépanation occipitale, ablation de l'arc de l'atlas, dégagement du cône de pression, effondrement de la toile choroïdienne, qui paraît en effet épaissie.

Un mois après, il n'existe plus de stase papillaire, l'euphorie a disparu ; le malade va, vient, comme un homme normal. On peut parler de guérison.

M. HAGUENAU, comme M. Cl. VINCENT, insistent sur le service rendu, dans cette belle observation, par la ponction ventriculaire.

Les attitudes du bras, que tend à maintenir la rigidité parkinsonienne, sont celles que commandent la vigilance et la logique statiques. — MM. J. FROMENT et THIERS.

La rigidité parkinsonienne se déplace quand changent la direction des yeux et le point qu'ils fixent. — MM. J. FROMENT, L. PAUFIQUE et THIERS.

La rigidité parkinsonienne et le signe de la pancarte. Caractère conditionnel du réflexe statique. — MM. J. FROMENT et DUROULOZ.

Un cas d'infantilisme hypophysaire. — MM. G. ROUSSY, J. BOLLACK et KYRIACO présentent un cas d'infantilisme par lésion hypophysaire, où les phénomènes visuels précoces ont attiré l'attention sur les troubles du développement. Il s'agit d'une petite fille de douze ans, d'intelligence très développée, qui présente la taille, le poids et la dentition d'une enfant de neuf ans, malgré la présence des points d'ossification normaux des enfants de son âge; la selle turcique est très élargie, mais les apophyses clinoïdes sont indemnes. La vision de l'œil droit, qui baisse depuis plus de deux ans, est actuellement presque nulle, et la papille est atrophique; la vision de l'œil gauche est normale, malgré un rétrécissement temporal très net du champ visuel. Pas de signes d'hypertension intracranienne, de symptômes de diabète insipide ou de syndrome adiposo-génital. Les auteurs concluent à un syndrome d'infantilisme pur, d'origine hypophysaire (type Souques et Chauvet).

L'absence d'éléments de la série tubérienne ou du syndrome adiposo-génital et l'élargissement marqué de la selle turcique font penser à une lésion strictement hypophysaire et limitée au lobe antérieur, que ce soit par atteinte directe de l'hypophyse ou par l'intermédiaire d'un kyste développé aux dépens de la poche de Rathke.

M. Cl. VINCENT estime. avec CUSHING, qu'il n'y a pas d'adénome hypophysaire avant la puberté, et que les syndromes infundibulo-hypophysaires à début infantile sont presque toujours liés au développement d'une tumeur de la poche de Rathke. Or ce type de tumeur n'est pas sensible à l'action des rayons X, mais peut être guéri par une opération bien conduite.

M. DE MARTEL a, cette année, opéré une tumeur suprasellaire, et M. Cl. VINCENT lui-même en a opéré une autre. Aucun des deux malades n'a été amélioré, mais ils ont survécu l'un et l'autre.

MM. ROUSSY et SOUQUES préfèrent essayer d'abord le traitement radiothérapique.

Syndrome syringomyélique, probablement post-traumatique, avec arthropathie bilatérale. — MM. G. ROUSSY, R. HUGUENIN et N. KYRIACO présentent un malade, chez lequel une syringomyélie semble évoluer depuis quarante-cinq ans.

A l'âge de vingt-quatre ans, un premier traumatisme de la colonne vertébrale est suivi, quelques mois après, de l'apparition d'une griffe de la main droite.

A quarante-quatre ans, après un nouveau traumatisme, survient une arthropathie scapulo-humérale bilatérale, qui ne se transforme guère pendant vingt-trois ans, et qui s'est subitement aggravée depuis deux ans.

A l'heure actuelle, le syndrome syringomyélique (dissociation de la sensibilité, scoliose dorsale, réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs et vifs aux membres inférieurs) est peu accentué, et l'affection s'extériorise surtout par cette double arthropathie.

On peut se demander si ce tableau fruste et cette longue latence ne sont pas en rapport avec l'étiologie traumatique, qui explique l'évolution un peu particulière des lésions.

Hémiatrophie cérébelleuse croisée, secondaire à un noyau de sclérose tubéreuse cérebrale. — MM. Ivan BERTRAND et G. HADZIGEORGIOU. Une épileptique de soixante-neuf ans était atteinte, depuis l'âge de sept ans, d'hémiplégie gauche avec atrophie et déformation du membre supérieur. Les crises datent de la même époque et ont un début nettement jacksonien.

A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes :

1° Agénésie du corps calleux;

2° Noyau de sclérose tubéreuse de l'opercule rolandique droit;

3° Hémiatrophie croisée cérébelleuse gauche;

4° Sclérose de l'olive bulbaire droite;

5° Lacunes multiples du pied de la protubérance.

Contrairement à la thèse de Demolle, le pédoncule cérébelleux supérieur ne semble pas avoir joué un rôle important dans la genèse de l'hémiatrophie croisée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES CROIX DES MÉDECINS DE RÉSERVE

Dans le n° 94 du 21 novembre 1928 nous indiquions, d'*après le Journal officiel*, quel était le nombre de croix accordées aux officiers de réserve, médecins et non médecins.

A la lecture de cette note notre confrère, le docteur Marcel Miriel, s'est livré à un petit calcul qu'il a bien voulu nous communiquer :

Pour les médecins, il y a eu, en 1928, 138 inscriptions pour chevalier sur 3.172 propositions, soit 1/30.

Pour les autres officiers, 2.021 inscriptions pour chevalier sur 20.452 propositions, soit 1/20.

Et l'on entend souvent dire que les médecins sont favorisés!

ADMISSION AUX INSTITUTS DENTAIRES

M. Piquemal, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° pourquoi le doctorat en droit, diplôme prévu pour l'admission aux facultés de médecine et de pharmacie, n'est pas recevable pour l'admission aux instituts dentaires; 2° quelles sont les dispositions que M. le ministre compte prendre pour remédier à une réglementation aussi incohérente; 3° si, en attendant qu'une décision générale soit prise, si d'ores et déjà il peut être accordé au sieur B..., docteur en droit, non bachelier, ni titulaire du certificat d'études supérieures, mutilé à 40 p. 100, une autorisation d'admission à un institut dentaire; ajoute qu'autorisation lui a été refusée successivement par arrêté ministériel du 26 novembre 1927, confirmé le 20 juillet 1928. (*Question du 28 novembre 1928.*)

Réponse. — La question de l'inscription du doctorat ès sciences, du doctorat ès lettres et du doctorat en droit au nombre des titres initiaux pouvant être présentés pour l'inscription en vue du diplôme de chirurgien dentiste est à l'étude. En l'état de la réglementation des études dentaires et notamment des dispositions du décret du 6 août 1927, il n'est pas possible d'autoriser un docteur en droit à s'inscrire en vue de l'obtention du diplôme susvisé. (*J. O.*, 20 déc. 1928.)

LIVRES NOUVEAUX

Causeries sur l'art de bien gérer sa santé (1), par le docteur Paul FAREZ. Préface de M. Fernand LAUDET, membre de l'Institut.

Rien de plus précieux que la santé; rien, non plus, de moins aisé à conserver, tant chacun de nous s'acharne à la compromettre ! Pourquoi ne pas traiter avec égards la guenille chère au bonhomme Chrysale? Pourquoi ne point imiter M. Bergeret qui avait coutume d'être doux et miséricordieux envers lui-même comme envers les malheureux? Pourquoi négliger les principes qui, en nous épargnant les dépenses inutiles, nous permettent de bien gérer notre capital-vie?

Ce sont ces principes que M. le docteur P. Farez nous expose en une série de charmantes causeries où sont traitées toutes les questions relatives à la santé, aux maladies, aux petites misères, aux atteintes mentales, aux émotions et aux tendances, au manger et au boire. Parues dans le *Journal des Débats*, elles ont été réunies en un volume à l'instante demande des lecteurs. Rien de plus flatteur, mais aussi rien de plus naturel que cette insistance. L'auteur ne joint-il pas au talent délicat du lettré l'érudition la plus aimable comme la plus sûre? Ne possède- t-il pas, au plus haut degré, l'art de l'exposition? N'a-t-il pas choisi, parmi tant de sujets qui auraient pu le tenter, ceux qui sont le plus d'actualité? Bien présomptueux, qui oserait déclarer n'avoir rien appris, une fois lu ce joli livre, dédié au plus accueillant des directeurs de journaux, M. Etienne de Nalèche, et pour lequel M. Fernand Laudet a écrit une étincelante préface!

L. BABONNEIX.

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis. Réactions d'hémolyse. Réactions de floculation, par R. DEMANCHE. Un volume de 123 pages avec 8 figures et 24 tableaux. — Prix : 14 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume in-8 écu de 364 pages. — Prix : 16 fr. — L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES -- ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX -- PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF MÉDIAN[1]

V. **A la partie inférieure de l'avant-bras.** — A ce niveau le fléchisseur superficiel est devenu tendineux, le tendon du troisième et du quatrième en avant, ceux du deuxième et du cinquième en arrière. Le médian se dégage de la face profonde du fléchisseur superficiel. Il se place d'abord en dehors du tendon de l'index et derrière celui du troisième.

Plus bas le nerf devient superficiel. Il est alors situé en dehors du tendon du troisième et *devant le tendon de l'index* qui s'est porté un peu en dehors (Braine).

A la partie inférieure de l'avant-bras, le nerf est donc en rapport.

En arrière, avec le tendon fléchisseur superficiel de l'index et par son intermédiaire avec l'aponévrose profonde, l'interstice des fléchisseurs profonds et le carré pronateur.

En avant, le tendon du petit palmaire.

En dedans, le fléchisseur superficiel du troisième.

En dehors, le grand palmaire.

Il est sans rapports avec les paquets vasculonerveux radial et cubital.

VI. **Dans le canal carpien.** — **Constitution.** — En arrière. — Les ligaments des articulations et les os du carpe.

En avant. — Le ligament annulaire antérieur attaché en dehors aux tubercules du scapnoïde et du trapèze en dedans au pisiforme et à l'os crochu.

Contenu. — Le médian est juste sous le ligament annulaire, devant le tendon de l'index.

Les *tendons fléchisseurs,* superficiels et profonds. Le nerf est situé entre :

La gaine radiale annexée en dehors du fléchisseur propre du pouce.

La gaine cubitale annexée en dedans aux tendons communs.

Ce rapport du *nerf avec les gaines* est très important il explique les névrites du médian consécutive du phlegmon de ces gaines insuffisamment traités.

C'est au niveau du bord inférieur du ligament annulaire que le médian se divise en ses branches terminales.

Il a donné auparavant des collatérales.

BRANCHES COLLATERALES. — **Au bras.** — *Rameau articulaire du coude.* Il naît à la partie moyenne du bras, accompagne l'artère humérale et se termine dans la partie antéro interne de l'articulation.

2. **Au pli du coude et à l'avant-bras.**

a. **Nerf supérieur du rond pronateur.** — Il naît dans la gouttière bicipitale interne et aborde la face profonde du chef épitrochléen de ce muscle.

b. **Un ou deux troncs pour les muscles épitrochléens.** — Ces troncs se séparent du nerf entre les deux faisceaux du rond pronateur ou au-dessous de ce muscle. De là naissent des filets pour

Le rond pronateur (nerf inférieur),
Les deux palmaires,
Le fléchisseur superficiel,
(Tous les muscles épitrochléen, sauf le cubital antérieur.)

c. **Un ou deux rameaux pour le chef radial du fléchisseur superficiel.**

d. **Les nerfs du long fléchisseur propre du pouce.**

e. **Le nerf des deux faisceaux externes du fléchisseur commun profond.**

f. **Le nerf du carré pronateur.** — Ce nerf naît au niveau de l'arcade du fléchisseur superficiel et descendance l'artère interosseux antérieur (*nerf interosseux antérieur*). Il donne, en outre, quelques filets à la face antérieure des articulations du poignet et des os du carpe.

g. **Nerf palmaire cutané.** — Né à trois ou quatre centimètres au-dessus du poignet, passe devant le ligament annulaire antérieur et se termine à la peau de la paume et de l'éminence thénar.

BRANCHES TERMINALES. — Elles sont au nombre de cinq qui naissent soit séparément, soit par deux troncs : externe (3) et interne (2).

1. **Rameau thénarien** le plus externe, se divise rapidement en trois branches pour le court abducteur :

L'opposant
Et le faiseau superficiel du court fléchisseur.

Rappelons l'importance de ce nerf et la nécessité de le *ménager* dans l'incision du phlegmon de la gaine radiale.

2. **Nerf collatéral palmaire externe du pouce.**

3. **Nerf digital commun du premier espace** qui donne :

Le collatéral interne du pouce,
Le collatéral externe du deuxième.

4. **Nerf digital commun du deuxième espace.** — Il donne un rameau au deuxième lombrical et se divise en :

Collatéral interne du deuxième,
Collatéral externe du troisième.

5. **Nerf digital commun du troisième espace.** — Il envoie une anastomose au cubital et se divise en :

Collatéral interne du troisième,
Collatéral externe du quatrième.

Tous les nerfs collatéraux ont une disposition à peu près analogue à tous les doigts. Ils cheminent le long de la gaine fibreuse des fléchisseurs et situés en avant de l'artère correspondante. Chacun d'eux (sauf pour le pouce) émet :

Un rameau *dorsal* de la deuxième phalange,
Un rameau *dorsal* de la troisième phalange.

ANASTOMOSES. — 1. **Avec le musclo-cutané.** — Au bras.

2. **Avec le cubital.** — A l'avant-bras : filet situé entre fléchisseur profond et fléchisseur superficiel.

A la main, entre nerf digital du troisième et quatrième espace et entre les rameaux qui innervent les deux faisceaux du court fléchisseur du pouce (Riche et Carmieu).

3. **Avec le radial**, entre rameau palmaire cutané et filet thénarien du radial.

Et aux doigts entre collatéraux dorsaux et collatéraux palmaires.

Le médian cependant n'est pas un très bon nerf pour la suture. Le retour au point de vue moteur se limite aux muscles de l'avant-bras, à l'exclusion de ceux de l'éminence thénar. La sensibilité de la main est rarement récupérée en entier. Les troubles trophiques et douloureux sont fréquents. On a parfois cependant des succès remarquables.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 1, p. 12.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses • Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique • Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C. 48.283. Seine

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE

0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.

1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant.: 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

Leçons sur l'activité du cortex cérébral, par le professeur I. P. PAVLOFF. Traduit par Mme D. I. TRIFONOFF. Préface du professeur GLEY. In-8, 420 pages. — Prix : 60 fr. — Paris, A. Legrand.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

125, r. de Turenne
— PARIS —
R.C., 157.143, Seine.

CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION
ARTÉRIELLE – INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIE – VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION
GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE

Laboratoires
WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

PUB. PICARD

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES
PAR
Autofixation, dans les Tissus,
du Phosphate Tricalcique
Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE
(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A la suite des démarches faites par la Section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bucherie, les étudiants en médecine, à scolarité terminée, candidats à un examen de clinique, seront désormais admis à fréquenter la bibliothèque de la Faculté pendant les quinze jours précédant l'examen, sur présentation de la quittance des droits d'examen de clinique.

VIIe CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — C'est le 9 juin prochain que sera célébré ce Centenaire en présence du président de la République et des délégations de nombreuses universités françaises et étrangères.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société aura lieu le mercredi 16 janvier 1929, à 16 h. très précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : Discours de M. L. Ombrédanne, président; compte-rendu des travaux de la Société pendant l'année 1928, par M. A. Bréchot, secrétaire annuel; éloge de J.-F. Malgaigne, par M. Lenormant, secrétaire général; proclamation des prix décernés par la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Le bureau pour 1929 est ainsi composé : président : M. Léon Tissier, en remplacement de M. le professeur Claude, président sortant ; vice-présidents : MM. Démélin et Kohn-Abrest; secrétaire général : M. Dervieux; secrétaires des séances : MM. Duvoir et Piédelièvre; trésorier : M. Brisard; archiviste : M. Philippe.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Colonies. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur agrégé Launoy, de la Faculté de pharmacie de Paris.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Moreau (de Lusignan).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Vigné (du Havre).

Médaille d'argent. — M. le docteur Hamel (de Saint-Georges-de-Reintembault).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Métayer (de Bû), Porze (de Lille), Jacques (de Mazagran); MM. Delbove et Demoulin, externes des hôpitaux de Paris.

GUERRE. (Réserve.) — M. le médecin colonel en retraite du Roselle a été nommé au grade de médecin général dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire, par application de l'article 1er de la loi du 5 janvier 1926. (*J. O.*, 5 janv. 1929.)

— (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Vandenbossche, Patay, Conte, Pechin.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Piquet, Aubaret, Parisot, Gougerot, Cosse, Potron, Fulconis, Schwartz, Gassin, Chifoliau, Lancien.

Au grade de médecin commandant. — MM. Dupont, Vincent, Lacronique, Massip, Pestel, Duhem, Couronnet, Verhaeghe, Gardiol, Erzbischoff, Halphen, Lloubes, Richet, Lecaplain, Hautefort, Labernadie, Potherat, Boisson, Niewengloski, Heuyer, Lapeyre, Testard, Paoli, Vogelin, Daure, Stodel, Nattan-Larrier, Martin.

TRIBUNAUX DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 3 janvier 1929 publie, p. 59 à 61, la liste des médecins nommés membres des tribunaux des pensions pour 1929.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

ASSISTANCE MÉDICALE EN INDOCHINE. — Liste des candidats ayant subi avec succès, le 15 décembre 1928, les épreuves écrites du concours ouvert pour le recrutement de médecins stagiaires de l'assistance médicale de l'Indochine, et admis à subir les épreuves orales et pratiques dudit concours, lesquelles auront lieu à Bordeaux, le 14 janvier 1929, à 13 h. 30, dans l'amphithéâtre de médecine opératoire de la Faculté de médecine :

MM. Bouisset, Chabaud, Chaumette, Defaut, Malport, Mathieu, Vu Ngoc Ahn,

HOMMAGE AU PROFESSEUR CURTIS. — Un groupe de collègues, d'amis et d'élèves du professeur Curtis a décidé d'offrir par souscription à ce maître de l'anatomie pathologique une plaquette gravée à son image. Le montant minimum des souscriptions est de 80 fr. si le souscripteur désire recevoir une plaquette-réduction, et de 50 fr. dans le cas contraire. Les souscriptions sont reçues par le docteur Clouet, trésorier, 19, rue Jeanne-d'Arc, à Lille, compte chèques postaux Lille 104.80.

LE Xe SALON DES MÉDECINS s'ouvrira du dimanche 21 au 30 avril prochain inclus, comme à l'accoutumée, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

CROISIÈRE « AU CERCLE POLAIRE ». — *Bruxelles médical* prépare une nouvelle croisière d'été; en voici l'itinéraire définitif :

Bordeaux. — Départ à déterminer.

Escales.		Jour et date du départ.			Heure.
Zeebrugge.........		Samedi	13 juillet.		18 h.
Kopervick...........		Mardi	15	»	22 h.
(Prise du pilote des Fjords.)					
Norheimsund (Fjords).		Mercredi	16	»	23 h.
Bergen.....	id.	Jeudi	18	»	8 h.
Gudvangen..	id.	Vendredi	19	»	13 h.
Balhom.....	id.	Samedi	20	»	6 h.
Loe........	id.	Dimanche	21	»	19 h.
Merok......	id.	Lundi	22	»	20 h.
Andaelsnaes.	id.	Mardi	23	»	21 h.
Svartisen...........		Jeudi	25	»	12 h.
(Cercle Polaire.)					
Digermulen..........		Vendredi	26	»	15 h.
(Iles Lofoden. — Cercle Polaire.)					
Thorshavn...........		Lundi	29	»	22 h.
(Iles Feroë.)					
Lerwick............		Mercredi	31	»	9 h.
(Iles Shetland.)					
Leith............		Vendredi	2 août.		22 h.
(Edimbourg et Lacs d'Ecosse.)					
Zeebrugge..........		Dimanche	4	»	12 h.

Bordeaux. — Arrivée à déterminer.

L'itinéraire comprend 3.096 milles marins (le mille vaut 1.852 mètres). Il est à noter qu'à cette saison la visibilité reste entière à la nuit pendant la presque totalité du voyage. D'autre part, la navigation sur les côtes si découpées de la Norvège s'y fait presque entièrement dans les fjords. Même remarque pour les pérégrinations dans les îles Feroë. Autant d'« excursions », somme toute, qui se font au moyen du *Brazza* lui-même et sans frais, contrairement à ce qui se pratique souvent.

N. B. — Le *Brazza* venant de Bordeaux et y retournant, il sera loisible aux passagers qui le désireraient de s'embarquer ou de débarquer à ce port, moyennant une minime indemnité : 300 fr. L'arrêt du navire à Zeebrugge (deux journées environ) sera suffisante pour leur permettre la visite de Bruges, d'Ostende et même de Bruxelles. Cette visite pourra être organisée à forfait réduit.

Pour tous renseignements, service des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Billard, professeur de physiologie à l'Ecole de Clermont-Ferrand; M. le professeur José Maria Lombana Barreneche, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bogota; sir H. Cameron (de Glasgow), ancien assistant de Lister et successeur de George Buchanan dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Université de Glasgow; MM. les docteurs John Macintyre (de Glasgow), L. Baumel, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier, décédé à l'âge de 75 ans; le professer K. F. Fleurow, vice-président de thérapeutique de Moscou.

HOPITAL LAENNEC. — COURS LIBRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — Le docteur Auvray, chirurgien de l'hôpital, commencera ses conférences cliniques, avec présentation de malades, le vendredi 11 janvier, à 11 h. (amphithéâtre Landouzy), et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, opérations et examens des malades dans les salles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU PROFESSEUR G. PORTMANN. — En plus de l'enseignement quotidien et des cours spéciaux sur :

« Les nerfs craniens » (14 janvier au 23 février),

« La broncho-œsophagoscopie » (4 au 14 mars),

« L'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie (3 au 20 juin),

auront lieu, comme les années précédentes, deux cours de perfectionnement, l'un en français du 1er au 14 juillet, l'autre en langue anglaise du 22 juillet au 24 août.

Essentiellement pratiques, ces cours comprendront l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale.

Chaque assistant sera familiarisé avec toutes les interventions de la spécialité, les verra en projection ou en cinéma, les exécutera sur le cadavre, en suivra la technique sur le vivant.

Une salle d'enfants, annexée au service, permet de développer tout particulièrement la pathologie et la chirurgie spéciale infantile.

A la fin de ces cours, un diplôme sera délivré à chaque assistant par la Faculté.

On pourra s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, place de la Victoire, Bordeaux.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

CINNOZYL

Méthode d'immunisation artificielle de l'organisme tuberculeux

COMPOSITION : Chaque ampoule de **CINNOZYL** *contient la solution suivante stérilisée :*

Cinnamate de benzyle pur	0 gr. 05
Cholestérine pure	0 gr. 10
Camphre	0 gr. 125
Huile d'olives pure lavée à l'alcool	5 cc.

MODE d'EMPLOI et DOSES. — La méthode doit être appliquée le plus tôt possible dès que l'organisme est menacé par l'imprégnation bacillaire tuberculeuse. Elle exerce son activité dans la bacillose bactériologiquement confirmée. ***Elle ne vise pas les périodes ultimes de l'infection.***

1° **POUR LES FORMES DE DÉBUT** (mise en état de défense du terrain contre l'imprégnation bacillaire) *la dose quotidienne suffisante et active de* **Cinnozyl** est de 5 c.c. (une ampoule).

2° **DANS LES FORMES EN EVOLUTION** (tuberculoses bactériologiquement confirmées) *on doublera rapidement cette dose pour la porter* à 10 c.c., soit *deux ampoules.*

FORMES : Le CINNOZYL est délivré en boîtes de 6 ampoules de 5 c.c. R. C., 78-026, Seine. 1571

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *Pharm. de 1re cl., Fournisseurs des Hôpitaux* 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

LES ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES POINTS D'HISTOIRE SUR L'ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS ACTUELLES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

(TUBERCULOSE FERMÉE, ACTIVE, INACTIVE)

PAR MM.

E. LEURET et J. CAUSSIMON

Professeur à la Faculté de médecine Médecin-chef du Sanatorium Xavier Arnozan (Bordeaux). Médecin résidant

« Au point de vue dogmatique, le terme de tuberculose fermée a vécu », disait Cordier au VIe Congrès national de la tuberculose, à Lyon en 1927, à la fin de la discussion de son rapport sur la valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire. Cette conclusion catégorique ne semble pas pourtant avoir clos le débat, car la question de la tuberculose fermée ne cesse de préoccuper, sous un aspect ou sous un autre, la plupart des phtisiologues. C'est, en effet, une question capitale, tant au point de vue pratique qu'au point de vue doctrinal. En réalité, c'est la question de la nature intime de la maladie et de son évolution qui demeure à l'étude, et il apparaît que ces discussions nous conduisent peu à peu à une conception biologique et clinique de la tuberculose pulmonaire, nettement différente de ce qu'elle était il y a seulement trente ans.

L'importance de ce problème apparaît bien sous ses différents aspects, quand on examine le titre des rapports proposés aux différents Congrès de la tuberculose. En 1888, un rapport avait comme titre : Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Dans ce cadre très vaste, se trouve impliquée la question de la tuberculose fermée, de même, d'ailleurs, que les signes d activité d'une lésion tuberculeuse. Le rapport de 1891 : De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux, envisage le problème clinique, biologique et anatomo-pathologique dans toute son ampleur. Aussi les mêmes problèmes y sont-ils toujours présents.

Par la suite, il semble que l'attention se porte surtout sur le problème de l'évolution intermittente de la tuberculose, sur les variations si fréquentes de l'activité du processus infectieux. Aussi, en 1893, un rapport a-t-il comme titre : Des trêves de la tuberculose; de la durée de ces trêves; des moyens de les reconnaître et de prévoir leur cessation; des causes de la récidive. On aperçoit ici le problème de la tuberculose secondairement fermée, celui de l'expectoration bacillaire comme critérium de l'activité des lésions ; celui des signes d'activité ou d'inactivité des lésions tuberculeuses.

En 1898, le problème étudié jusque-là dans son ensemble, est divisé, comme si on éprouvait la nécessité de réaliser sur certains points particuliers un supplément d'enquête. Un rapport étudie les sérums et les toxines dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose, et un autre : Des rayons X (radioscopie et radiographie) dans le diagnostic de la tuberculose.

En 1923, avec le rapport sur les tuberculoses fermées et les tuberculoses ouvertes, le problème de la tuberculose est repris, et soulève des difficultés d'ordre biologique et clinique. La discussion ne conduit pas à un accord entre les savants. Aussi, en 1927 la même question est-elle examinée sous un angle différent dans le rapport de Cordier, sur la valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire. Enfin, le prochain Congrès porte à l'ordre du jour l'étude des signes d'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses.

N'est-ce, au fond, toujours le même problème? L'étude des signes d'activité est en relation avec l'étude du diagnostic précoce, soulevée en 1888; elle implique également l'utilisation du matériel biologique et anatomo-pathologique réuni en 1891. Cette question de l'activité des lésions pulmonaires est exactement la même, sous un autre aspect, que celle des trêves dans l'évolution de la maladie, étudiée en 1893; on ne peut pas non plus discuter l'activité d'une lésion tuberculeuse sans faire appel aux résultats fournis par la radiologie et par la biologie (1898). Enfin, malgré la déclaration de Cordier, citée au début de ce travail, le prochain Congrès reprendra, sous une autre forme, la même question que celui de 1927 et que celui de 1923.

Cette revue d'ensemble, de 1888 à 1930, qui n'est pas sans intérêt, montre sans doute un esprit de suite indéniable, dans la poursuite des recherches et de la discussion. Elle montre aussi la difficulté qu'on peut éprouver à se mettre d'accord, sur des questions pourtant fondamentales.

Ces questions présentent, en effet, un point de vue pratique, que chacun envisage suivant sa tournure d'esprit, ou suivant les intérêts dont il a la charge : on a pu voir en effet, à côté de questions purement biologiques, s'agiter des difficultés d'ordre économique. En outre certains ont pour la méthode statistique, pourtant si critiquable à certains égards, un goût trop prononcé que leur reprochent ceux qui se fient davantage à leurs impressions cliniques. Enfin, il y a des doctrines qui se tiennent, qui font corps, des doctrines auxquelles, de bonne foi, on tient parce qu'elles sont une partie de soi-même et qu'on défend âprement contre les perturbateurs. Aussi, l'accord ne se fait-il pas, sur le fond même du débat, qui est la nature même du processus de la tuberculose pulmonaire.

Nous ne voulons pas ici, reprendre l'étude de la tuberculose fermée. Nous désirons seulement retracer, pendant quelques années passées, l'attitude de quelques esprits, de façon à nous rendre compte aussi exactement que possible, de quelle façon se pose aujourd'hui le problème. Ainsi que l'écrit Rist : « En doctrine, c'est la conception générale de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte qui est en jeu. »

* * *

D'une façon générale, le problème peut être posé de la façon suivante : 1° la tuberculose fermée

existe-t-elle? 2° Si la tuberculose fermée existe, peut-elle être active ou inactive. 3° Si la tuberculose fermée existe, quelle est sa pathogénie?

Nous allons tout d'abord grouper les arguments qui ont été élevés contre la notion de tuberculose fermée. Mais au début de cet exposé, forcément incomplet, on ne peut manquer de constater combien les difficultés sont moins grandes quand on étudie, au lieu du poumon, la tuberculose du testicule, du foie, de la rate, des méninges, et même celle des os. Ici, c'est la notion de tuberculose fermée qui domine toute l'évolution anatomo-pathologique. Mais, ce qui semble ne soulever aucune difficulté pour tout autre organe, devient aussitôt inadmissible pour le poumon, et cela parce qu'il existe une théorie inhalatoire de la tuberculose pulmonaire. Cette conception, qui contient une part de vérité mais ne la contient pas toute, a été érigée en corps de doctrine. Tout se tient. Rejeter la notion de tuberculose fermée, c'est défendre la théorie inhalatoire de la tuberculose pulmonaire.

Le mouvement initial des théories actuelles de la tuberculose pulmonaire, consiste dans une réaction contre la conception de Grancher. D'après cet auteur en effet, c'est toujours dans le tissu interstitiel que se trouverait la tuberculose primitive. Ainsi la lésion pourrait évoluer longtemps en vase clos, et l'expectoration positive serait un signe tardif. Les leçons de Grancher sont de 1884 et de 1890, et cependant, dès 1882, Balmer et Fraentzel avaient proposé les deux lois suivantes : 1° Quand on trouve des bacilles tuberculeux dans l'expectoration, il y a tuberculose pulmonaire; 2° quand on ne trouve pas de bacilles tuberculeux dans l'expectoration, malgré des recherches répétées et méthodiques, il n'y a pas de tuberculose pulmonaire.

En France, malgré les travaux de G. Sée (1883), de Cochez (1884), de Sauvage (1883), le mouvement de réaction contre la théorie de Grancher fut surtout déclenché par Bezançon. En 1912, cet auteur déclarait avec I. de Jong (1) :

« ... Il est fréquent, que chez les tuberculeux, le crachat, quel que soit son aspect macroscopique, présente d'une façon précoce et assez marquée, par places, une des réactions cytologiques du crachat d'origine alvéolaire : la présence de cellules mononucléées » (p. 318), et plus loin il estime que « bien souvent, l'examen méthodique et répété des crachats révèle la présence des bacilles de Koch, alors que les symptômes d'auscultation et les symptômes rationnels manquent de précision ou même sont absents » (p. 378).

Il faut souligner cette attitude qui est exactement, et aussi loin qu'il est possible, à l'opposé de celle de Grancher. Il en résulte que le diagnostic de tuberculose pulmonaire peut se faire sur un simple examen bactériologique des crachats, même si l'examen clinique est absolument négatif. En dehors de toute question théorique, la connaissance plus complète des formes cliniques de début, le perfectionnement des procédés d'investigation surtout radiologique, l'étude des cas où les divers moyens d'investigation ne concordent pas avec la clinique ni avec la bactériologie, tout cela indique bien, qu'en 1928, l'opinion de 1912 n'a plus la valeur d'un axiome et doit être revisée. Et d'ailleurs, au cours de cet exposé, nous verrons les transformations progressives de la pensée de M. Bezançon.

(1) F. Bezançon et S.-I. de Jong. *Traité de l'examen des crachats*, Masson et Cie, 1912.

En 1916, Rist déclare que toute tuberculose active est ouverte dès son début, qu'une tuberculose fermée est une tuberculose guérie, et que, seule, la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration, permet d'affirmer la tuberculose pulmonaire (1). Les idées de Rist sont, en 1917, reprises par son élève Ch. Richet fils qui conclut avec force : 1° que la tuberculose pulmonaire en activité est ouverte dès le début; 2° que l'expectoration des tuberculeux, au début, est toujours bacillifère; 3° que les tuberculeux sont contagieux dès le début de leur affection (2). De même, Léon Kindberg et Delherm (1917) acceptent entièrement la théorie de Rist, et ne considèrent comme appartenant à la tuberculose, que les tuberculeux en état d'évolution actuelle, et présentant dans leur expectoration des bacilles de Koch, « caractéristique indispensable et suffisante d'une infection bacillaire active » (3).

En 1922, avec Ameuille, Rist montre l'importance de la lésion pneumonique dans l'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire. La pneumonie, au sens anatomo-pathologique du mot, représente pour les auteurs, comme d'ailleurs pour Letulle, la « base de toute lésion pulmonaire tuberculeuse », et la « première lésion en date ». Cette lésion pneumonique présente deux caractères fondamentaux : « 1° Sa capacité de régression complète, surabondamment démontrée par l'expérience clinique et radiologique; 2° le fait qu'elle se transforme par place en des lésions plus spécifiques : nodules scléro-caséeux, cavernes tuberculeuses, toutes lésions durables et permanentes qui survivent indéfiniment à la disparition de l'alvéolite pneumonique (4) ». Or, la lésion pneumonique étant par nature une lésion ouverte, on comprend la remarque citée plus haut de Bezançon, sur l'aspect cytologique et bactériologique précoce des crachats, et l'on conçoit du même coup que la tuberculose fermée, en tant que lésion initiale de la tuberculose pulmonaire, ne puisse pas exister,

En juillet 1923, dans un exposé au Congrès de l'Association médicale britannique, Rist met en doute l'existence de la tuberculose fermée, dont une partie vient grossir les tuberculoses vraies bactériologiquement démontrées et dont l'autre trouverait place dans le groupe des fausses tuberculoses.

L'offensive la plus grave contre la tuberculose fermée a été menée, en 1923, au Congrès de Stras-

(1) Rist. Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire, *Presse méd.*, 13 juillet 1916.

(2) Ch. Richet fils. La tuberculose évolutive fermée existe-t-elle? *Presse méd.*, 6 sept. 1917.

(3) Léon Kindberg et Delherm. Sur le triage des tuberculeux aux armées, *Presse méd.*, 16 nov. 1917.

(4) Rist et Ameuille. La pneumonie tuberculeuse, *Paris méd.*, 7 janv. 1922, n° 1.

bourg, par Rist et Ameuille (1). Les auteurs précisent les conditions qui doivent être réalisées pour qu'une tuberculose soit fermée : 1° il faut que la lésion soit strictement limitée au tissu interstitiel du poumon, sans empiéter sur les cavités aériennes. Or ces conditions seraient réalisées dans des cas très précis et à titre exceptionnel; 2° ou bien, il faut qu'une lésion qui intéresse les cavités aériennes soit exclue de la communication avec l'arbre aérien par occlusion de la bronche qui la draine. Or, c'est là une forme de tuberculose secondairement fermée, qui en réalité n'intéresse pas le fond du débat; 3° enfin, il faut que les produits pathologiques qui occupent les cavités alvéolaires y restent maintenus par leur densité, ce qui en général ne se produit pas, les sécrétions d'alvéolites étant d'ordinaire assez fluides. La conclusion qui se dégage, est que la tuberculose fermée est tout à fait exceptionnelle.

« Il semble bien, disent les rapporteurs, qu'entre l'alvéolite circonscrite et diffuse qui est la première lésion de la tuberculose pulmonaire, et la caverne, petite ou grande, ouverte dans les bronches, il n'y ait pas place pour un stade intermédiaire, ou tout au moins pour un stade intermédiaire prolongé de caséification dense, et par conséquent, de tuberculose fermée ».

A ce moment, l'unanimité des phtisiologues, malgré des réserves académiques de langage, adoptent, dans l'ensemble, la conception de la tuberculose pulmonaire primitivement ouverte dans les bronches. Seul, E. Leuret, prend une position nettement différente, et il soutient que, cliniquement, la période de tuberculose pulmonaire est précédée d'une période de « tuberculose-maladie, et que la tuberculose pulmonaire elle-même peut être active et évolutive tout en demeurant fermée du côté des bronches ».

L'accord n'ayant pu être fait en 1923, Cordier reprend la même question en 1927, au Congrès de Lyon (2). Cet auteur restreint la tuberculose fermée dans les mêmes limites que Rist et Ameuille en 1923. Il est cependant question de formes incipientes de tuberculose pulmonaire, qui seraient fermées, et dont le processus éliminatoire serait tardif. Mais la fermeture de ces lésions serait seulement transitoire, et l'auteur ne s'arrête pas davantage. On sent cependant que l'auteur est comme gêné pour prendre une attitude précise. Aussi oriente-t-il son étude, surtout sur la question des rapports de l'activité des lésions et de l'expectoration des bacilles. On sent malgré tout que le problème de la tuberculose fermée s'impose à son esprit, et l'amène à quelques concessions : « Dès lors, on pourrait dire qu'il n'y a pas de tuberculose fermée, du moins qu'il n'y en a pas de définitive, elle n'est jamais que temporaire; il ne s'agit, en somme, que d'une question de délai, et, de notre part, d'un élément de persévérance ».

Nous sommes déjà loin de la thèse initiale, et de la déclaration de Libert, élève de Rist : « La tuberculose pulmonaire évolutive est ouverte ou elle n'est pas ». Cela n'empêche pas Cordier de déclarer, pour clore la discussion de son rapport : « Au point de vue dogmatique, le terme de tuberculose fermée a vécu ».

*
* *

En face des théories précédentes, il existe un parti adverse que d'aucuns déclarent aussi extrémiste. Avant d'aborder l'exposé de ces théories extrémistes, nous devons faire une place à des attitudes intermédiaires. Il est extrêmement instructif de suivre ces tentatives de conciliation, et leur existence même montre bien que la déclaration de Cordier est loin d'exprimer une opinion définitive.

Rist lui-même admettait « qu'il serait absurde de prétendre que le diagnostic de tuberculose n'est justifié que si l'on trouve des bacilles dans l'expectoration ». Il ajoutait que « si cette recherche, conduite avec persévérance, ne mène à rien, alors, mais alors seulement, nous serons justifiés à admettre le diagnostic de tuberculose, par exclusion pour ainsi dire, et à titre d'hypothèse provisoire ».

En 1917, Sergent émet une opinion moins absolue : « Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, dit-il, ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration de l'appareil respiratoire ». Dans un autre article, en 1918, Sergent ajoute : « Je crois que Rist, en s'élevant, avec raison d'ailleurs, contre l'abus de la dénomination « tuberculose fermée », a dépassé sa pensée lorsqu'il a dit que toute tuberculose évolutive confirmée s'accompagnait d'une expectoration bacillifère, opinion que soutint et exagéra encore son élève Ch. Richet fils, dans un article très suggestif » (1).

Au moment de la discussion du rapport de Strasbourg, on entend exprimer des réserves analogues.

« Nier la tuberculose fermée est impossible », telles sont les propres paroles de Sergent. Pour Bezançon, l'alvéolite tuberculeuse ne résume plus toute l'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire : « Il y a aussi une tuberculose de la trame conjonctivo-vasculaire (follicules tuberculeux, sclérose tuberculeuse) qui ne s'accompagne pas, le plus souvent, d'élimination de bacilles; il y a enfin toutes les tuberculoses cortico-pleurales ». Le même auteur ajoute : « La tuberculose dite ouverte, est précédée souvent d'un stade où il peut ne pas y avoir d'expectoration, ou, si celle-ci existe, on ne trouve pas de bacilles dans les crachats ».

« Je ne pense pas, dit Léon Bernard, que personne nie d'une manière absolue l'existence même de la tuberculose fermée ». Cet auteur, d'ailleurs, ne veut pas que la discussion porte sur le terrain anatomo-pathologique, mais reste plutôt sur le terrain clinique. « Quoi qu'il en soit, dit-il, il semble bien certain qu'il peut exister des faits de tuberculose

(1) Rist et Ameuille. Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes, *Ve Congrès national de la tuberculose*, Strasbourg 1923.
(2) Cordier. Valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire, *VIe Congrès national de la tuberculose*, Lyon 1927.

(1) E. Sergent. Les étapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire, *Monde méd.*, nov. 1917; — La difficulté d'apprécier si une tuberculose pulmonaire chronique est en évolution active ou non, *Journ. méd. franç.*, déc. 1918.

pulmonaire à lésions ulcéreuses avérées, et qui, au moins pendant un certain temps, peut-être très long, ne présentent pas d'élimination de bacilles à l'extérieur ». Pourtant, malgré ce qu'il vient de dire, Léon Bernard pense que la tuberculose véritablement fermée, comme tuberculose de début, est tout à fait exceptionnelle. Cependant, il met dans le cadre des tuberculoses fermées, les « scléroses apexiennes » non évolutives, mais dites « actives » parce qu'elles s'accompagnent de phénomènes généraux, et les « scléroses apexiennes non évolutives, dites « inactives » parce qu'elles ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux.

En 1913, Sergent et Pruvost (1) considèrent que, d'après la théorie anatomo-pathologique généralement admise, la tuberculose pulmonaire fermée ne peut pas exister. Ils admettent cependant que cette conception doctrinale est démentie par les faits cliniques. Ils font un effort pour ne rien sacrifier, et essayer de concilier la doctrine avec la clinique. Malgré cela, ils sont obligés de donner la priorité à l'examen clinique. « On sera en droit, écrivent-ils, de conclure à l'existence de lésions bacillaires actives, si on apporte suffisamment d'autres preuves, si on arrive à réunir un faisceau de symptômes positifs, en faveur de la tuberculose, et de résultats négatifs, eu égard aux différentes affections qui peuvent simuler la tuberculose ». Ils exposent ensuite deux observations de tuberculose fermée, tout en admettant que ce diagnostic ne doit être « porté qu'avec sursis », ils concluent que « on n'a pas le droit de nier la tuberculose fermée » malgré sa rareté relative.

Dans un autre travail, Sergent et Turpin expriment le même différend entre la doctrine et la clinique. Pour réaliser la conciliation, ils proposent de supprimer la difficulté en remplaçant la dénomination de tuberculose fermée par celle de « tuberculose active non évolutive » (2). La solution, pourtant, ne semble pas heureuse, car, outre que ce changement d'étiquette ne résout pas le problème, il apparaît que certaines tuberculoses fermées peuvent être inactives, et que d'autres peuvent être évolutives. Ainsi que Jaquerod le faisait remarquer à Strasbourg, les lésions les mieux fermées par rapport aux bronches « ne le sont pas par rapport au poumon, puisqu'elles sont largement ouvertes dans les voies lymphatiques et sanguines ».

Léon Bernard demande aussi un changement dans la terminologie (3). Il propose de substituer les termes de tuberculose avec bacilles dans les crachats ou sans bacilles dans les crachats, à ceux de tuberculose ouverte ou fermée. Cet auteur distingue alors : *a.* les tuberculoses ulcéro-caséeuses; *b.* les tuberculoses ulcéro-caséeuses chroniques où l'examen des crachats reste toujours négatif. Ces cas, qui ne peuvent pas être niés, seraient très rares; *c.* les cas où le médecin discernerait une évolution initiale de tuberculose évolutive avant qu'elle n'ait donné lieu à l'apparition du bacille dans les crachats. Ces cas seraient possibles mais très rares; *d.* les tuberculoses où le bacille, constaté à un certain moment, a ensuite disparu; *e.* enfin les formes non évolutives de tuberculose du poumon, les scléroses apexiennes, sur lesquelles l'auteur a souvent insisté.

(1) Sergent et Pruvost. Les tuberculoses pulmonaires fermées, *Journ. de méd. et de chir.*, 10 nov. 1913.

(2) Sergent et Turpin. Ce qu'il faut entendre par tuberculose fermée. La tuberculose active non évolutive, *Paris méd.*, 25 juillet 1925.

(3) Léon Bernard. La tuberculose pulmonaire et l'expectoration bacillifère, *Paris méd.*, 3 janv. 1925.

Au Congrès de Lyon, on retrouve les mêmes réserves et les mêmes tentatives de conciliation.

Bezançon et P. Braun, déclarent que toute notre observation clinique journalière nous montre « que la phase broncho-pulmonaire bacillifère manifeste, est précédée d'une période plus ou moins longue pendant laquelle, souvent, le malade ne crache pas ». Les auteurs parlent alors d'une forme de tuberculose qui demeurerait longtemps fermée : la *tramite.*

Malgré toutes les restrictions précédentes, malgré les déclarations réitérées de tous ceux qui sentent le désaccord entre la réalité clinique et les conceptions théoriques de la tuberculose pulmonaire, alors que Bezançon lui-même, après avoir défendu en 1912 l'expectoration bacillifère précoce et la formule cytologique alvéolaire des crachats, en arrive en 1928 à décrire une tramite, au fond une tuberculose interstitielle demeurant longtemps fermée, Rist demeure sur ses positions, et déclare : « On me paraît bien enclin à admettre que, théoriquement tout au moins, la notion d'une tuberculose pulmonaire active ou évolutive fermée n'a plus guère de justification ».

* * *

Il convient d'examiner maintenant les déclarations de ceux qui se placent exactement et sans hésitation, à l'opposé de la conception de Rist.

En 1918, Dumarest protestait contre une suppression aussi radicale des tuberculoses fermées. Il ne voit aucune objection théorique à la notion de tuberculose fermée, et il met au premier plan les observations fournies sur ce point par la clinique (1).

La même année, Mantoux cite 59 observations de tuberculose fermée, dont 19 comprennent des hémoptysies vraies, d'origine pulmonaire, et dont 40 concernent des malades à localisations tuberculeuses extrapulmonaires. Il montre que dans ces deux modalités la preuve de la tuberculose s'administre d'elle-même, du fait de la clinique, en dehors de tout examen bactériologique. Il prouve que, dans 15 p. 100 des cas, les tuberculoses fermées font voir, à la radioscopie, des champs pulmonaires quasi normaux coexistant avec des signes physiques indiscutables de lésions pulmonaires, et des symptômes fonctionnels et généraux qui ne permettent pas de douter d'une tuberculose active. Mantoux (2) distingue trois catégories principales de tuberculose fermées : *a.* Les anciennes tuberculoses ouvertes, guéries ou en voie de guérison; *b.* les tuberculoses au début, qui, ulcérant leurs lésions, deviennent

(1) Dumarest. Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire, *Presse méd.*, 6 juin 1918.

(2) Mantoux. La tuberculose pulmonaire ouverte et la tuberculose pulmonaire fermée, *Presse méd.*, 30 nov. 1918.

plus tard des tuberculoses ouvertes; *c*. les tuberculoses continuant à donner des signes évidents d'activité pendant des mois et des années, tout en restant fermées. Il s'agit alors non d'un stade passager, mais d'un processus durable.

Burnand, en 1921, attire l'attention sur les états bacillaires chroniques (1). Dans ces cas, on observe : 1° la température subfébrile durant des mois et des années; 2° l'état valétudinaire chronique; 3° les antécédents bacillaires ou la présomption de tuberculose; 4° la latence prolongée ou indéfinie de la ou des lésions que l'on soupçonne. L'auteur a bien soin dans ce problème clinique délicat, d'éliminer tous les états chroniques non tuberculeux, qui s'accompagnent cependant d'état fébrile continu ou irrégulier, et d'altération de l'état général.

Au Congrès de Strasbourg, Küss n'est pas de l'avis des rapporteurs sur la rareté de la tuberculose fermée. Cet auteur accorde la plus grande valeur aux arguments cliniques, et surtout à l'étude de l'évolution de la maladie. La tuberculose fermée peut exister, dit Küss, pendant « de longues années ». Et il ajoute : « Les diagnostics de tuberculose pulmonaire fermée sont exacts dans la majorité des cas, s'ils ont été bien étudiés; maintes fois, on obtient, au bout de plusieurs mois ou d'années, la preuve de cette exactitude, quand on voit telle lésion pour laquelle on hésitait à conclure, évoluer franchement dans le sens du ramollissement tuberculeux, avec apparition de bacilles dans les crachats ».

E. Leuret rapporte 17 cas qui n'avaient pu, malgré des présomptions cliniques, faire la preuve de leur tuberculose, et avaient été éliminés du sanatorium après bacilloscopies réitérées et toujours négatives. Or, après deux ans, 11 sur les 17 cas sont devenus des tuberculeux ouverts. Et cet auteur montre comment déclarer que le diagnostic de la tuberculose doit se faire désormais avec l'examen des crachats, appuyé d'un examen radioscopique, est une tendance nouvelle et dangereuse.

Au Congrès de Lyon, Dumarest s'écrie : « Quand donc se souviendra-t-on que l'infection bacillaire est souvent une maladie générale, septicémique avant d'être une maladie locale; qu'il faut attacher une importance séméiologique capitale aux accidents toxi-infectieux du début, et exiger la vérification radiologique pulmonaire dans tous les cas où une altération de la santé générale se produit, même si rien n'attire l'attention sur le poumon! ».

E. Leuret, Caussimon et Malaplatte, présentent 24 observations de tuberculose fermée. Chez 9 de ces malades, les lésions se sont ouvertes secondairement; chez 7 malades, le diagnostic n'a pas été confirmé par l'ouverture des lésions, et on a observé une amélioration complète; dans ce cas, il s'agissait de tuberculose fibreuse non bacillifère; 2 malades semblent enfin avoir présenté une forme autonome de tuberculose fermée. L'étude de ces cas a été reprise en détail par Malaplatte (1) qui propose au sujet des tuberculoses fermées la classification suivante : 1° les diverses formes de la tuberculose miliaire aiguë; 2° les anciennes tuberculoses ouvertes, actuellement fermées; 3° les tuberculoses pulmonaires à expectoration bacillifère intermittente; 4° les tuberculoses qui, d'abord fermées, s'ouvrent ultérieurement; 5° les tuberculoses fermées qui, avant d'aboutir à un stade ouvert, semblent évoluer vers la guérison; 6° les tuberculoses fermées autonomes.

(1) BURNAND. La tuberculose latente et les états bacillaires chroniques, *Revue de la tuberculose*, fév. 1921.

(1) MALAPLATE. Contribution à l'étude des fausses tuberculoses pulmonaires et de la tuberculose pulmonaire fermée, *Th. de Bordeaux*, 1928.

*
* *

Nous venons d'exposer les deux thèses opposées, et la thèse intermédiaire conciliatrice. Ce serait faire incomplètement l'histoire de la tuberculose fermée, si nous ne recherchions pas maintenant les arguments d'ordre biologique et pathogénique, qui permettent à certains de défendre son existence, alors que d'autres semblent regretter de ne pouvoir le faire, en toute liberté d'esprit.

En somme, la théorie Rist-Ameuille, opposée à la tuberculose fermée, s'appuie sur deux conceptions fondamentales : 1° l'importance capitale de la voie inhalatoire comme porte d'entrée de l'infection tuberculeuse du poumon et de l'organisme; 2° le type alvéolaire, pneumonique des réactions initiales du tissu pulmonaire à l'infection tuberculeuse.

La théorie opposée, favorable à la notion de tuberculose fermée, s'appuie sur les conceptions suivantes : 1° importance primordiale de la voie digestive comme porte d'entrée de l'infection tuberculeuse de l'organisme, et secondairement de l'appareil pleuro-pulmonaire; 2° l'importance de la voie lymphatique et sanguine pour le développement et la dissémination des lésions tuberculeuses; 3° l'existence des lésions interstitielles, qui, à côté des lésions alvéolaires, peuvent jouer un rôle considérable dans l'évolution de la maladie.

Pour ce qui est de la pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme par la voie digestive, il suffit de rappeler, parmi les nombreux expérimentateurs, les travaux de Calmette et de ses élèves. Il est impossible de reprendre ici cette question en détail. Citons seulement ces lignes de Calmette lui-même : « Si cette prédominance évidente de l'infection par le tractus digestif (bouche et intestin) est encore si difficile à faire accepter par quelques cliniciens, la raison en est dans ce fait que la *loi de Conheim* pèse sur leur esprit comme un dogme intangible, et qu'ils sont toujours préoccupés de rechercher dans les autopsies qu'ils pratiquent, « la signature » du virus, à sa porte d'entrée dans l'organisme. Or, je l'ai déjà dit, et beaucoup d'expérimentateurs l'ont démontré, *cette loi n'est exacte que lorsqu'il s'agit d'infections massives*, telles qu'on les réalise habituellement dans les expériences d'infection alimentaire, d'inhalation ou d'inoculation sous-cutanée aux animaux ». Calmette ajoute plus loin que « dans les cas, aujourd'hui reconnus si nombreux, que décèlent seules les recherches tuberculiniques, la loi de Coheim est en défaut ». Il conclut enfin « que chez tous les animaux sensibles, y compris l'homme, la tuberculose, dans toutes ses modalités de localisation, ganglionnaire, pulmonaire, etc... surtout dans ses formes à évolu-

tion lente, résulte dans l'immense majorité des cas, d'une infection primitivement lymphatique, puis sanguine, ayant son origine dans l'absorption de bacilles tuberculeux par le tractus digestif, principalement par les muqueuses buccale, pharyngienne et intestinale » (1).

En ce qui concerne le rôle capital du sang et de la lymphe dans le développement de la tuberculose pulmonaire, il faut faire une large place aux travaux de Jousset. Un article de 1927 résume ses travaux antérieurs (2). Jousset rappelle qu'en 1915, il a déjà réfuté la loi de Conheim (3). Il indique que la loi de Parrot n'est que le reflet de la loi de Conheim. Il montre que la pénétration du bacille dans le cul-de-sac alvéolaire par la voie inhalatoire, demeure une pure hypothèse. De même, la migration du bacille, de l'alvéole au ganglion, est également hypothétique. L'auteur conclut que l'adénopathie médiastine est la première localisation de la tuberculose. Dans le cas de la tuberculose pulmonaire, « c'est le ganglion qui commence ».

Tout ce qui a été fait depuis sur la tuberculose ganglionnaire de l'enfant, sur les hilites et les périhilites, démontre l'importance du système lymphatique dans le développement de la tuberculose pulmonaire. Nous ne pouvons pas nous y attarder.

Les septicémies bacillaires, et le rôle des bacillémies dans le développement de la tuberculose pulmonaire chronique, ont été étudiés par de nombreux auteurs. Citons le travail qui fait date, de Bernard, Debré et Baron (4).

Reprenant cette question dans son ensemble au point de vue pathogénique, E. Leuret, en 1921, montre comment peut se concevoir le mécanisme de la tuberculose pulmonaire (5). La première étape serait réalisée par une septicémie. La lésion tuberculeuse représente le deuxième acte, ou le stade anatomique de l'infection. On observe enfin, en troisième lieu, « l'évolution septicémique à rechute qui caractérise essentiellement l'évolution tuberculeuse, pour aboutir à l'état que l'on appelle en clinique la phtisie ». L'auteur rappelle à ce sujet les travaux de Landouzy et de ses élèves sur la typho-bacillose et ses formes cliniques. Il montre que lorsque « on fouille avec soin le passé des tuberculeux pulmonaires, on retrouve nettement et presque toujours, dans une période de leur existence, et le contact infectant, et l'épisode aigu de première infection. Souvent le malade ne s'est pas mis à tousser ni à cracher après son infection, mais toujours une localisation bacillaire plus ou moins évidente a succédé à cet état infectieux bacillaire ». E. Leuret montre ensuite la formation et l'évolution du tubercule interstitiel et les phénomènes cliniques qui en sont la conséquence :

« Quand on suit au jour le jour un malade atteint d'une poussée bacillémique, on se rend compte bien vite qu'il n'est pas vrai qu'il commence par tousser et par cracher, par présenter des signes cliniques de bronchite avant d'avoir des signes d'auscultation dénotant une atteinte du parenchyme. Ce sont au contraire, très souvent, des signes physiques (début de pleurésie; condensation pulmonaire en bloc) qui surviennent avant que des phénomènes fonctionnels (toux, expectoration) attirent l'attention du malade ou de l'entourage sur la poitrine ».

La formation du tubercule s'accompagne d'une réaction fluxionnaire intense. Mais au bout d'un certain temps « la congestion s'apaise, et comme c'est la congestion que l'auscultation a fait percevoir et non le tubercule..., les signes d'auscultation disparaissent graduellement, pendant que le tubercule, au contraire, prend corps ».

« Malgré l'état général satisfaisant, bien que ces phénomènes généraux qui paraissent liés surtout aux poussées d'infection septicémiques tuberculeuses, aient disparu, que le malade apyrétique, mangeant bien et engraissant, ait repris son travail, si une cure de repos prolongé n'a pas permis la cicatrisation totale des lésions, et l'étouffement scléreux solide de la lésion d'ensemencement, cette région va subir lentement, à bas bruit, la fonte caséeuse, la fistulisation, et la formation d'une perte de substance souvent importante, qui va suppurer comme suppure un abcès froid, sans retentir d'une façon appréciable sur l'état général ».

En ce qui concerne la création de nouveaux foyers, l'auteur ajoute : « L'apparition constante en clinique du syndrome typho-bacillaire précédant l'éclosion d'une nouvelle localisation tuberculeuse, me fait admettre personnellement qu'il n'est pas possible d'interpréter les faits cliniques autrement que comme la localisation nouvelle d'une poussée septicémique bacillaire, ayant son point de départ dans le travail congestif et l'éclatement infectant de la première lésion ».

La question des bacillémies tuberculeuses a été reprise par Caussimon (1) à l'occasion des fièvres menstruelles chez les tuberculeuses pulmonaires. Dans certains cas de poussée septicémique survenant à cette période, l'auteur a pu mettre le bacille de Koch en évidence dans le sang circulant. Ces recherches ont été récemment confirmées par Valtis et Jeanne Misiewicz (2) qui ont montré, en outre, que le sang circulant peut recéler à cette période l'ultravirus tuberculeux.

En 1927, à l'occasion du Centenaire de Villemin, E. Leuret et J. Caussimon (3) ont repris l'étude de ces septicémies bacillaires, et ont montré la place qu'elles occupent dans le développement de la tuberculose pulmonaire chronique. Ils ont insisté de nou-

(1) CALMETTE. *L'Infection bacillaire et la tuberculose*, Masson, Paris 1928, 3e édition, p. 212, 213 et 216.

(2) JOUSSET. L'adénopathie médiastine et la première localisation de la tuberculose, *Presse méd.*, 22 juin 1917.

(3) A. JOUSSET. *Acad. de méd.*, 9 mars 1915; — *Le Nourrisson*, 1915, n° 1.

(4) BERNARD, DEBRÉ et BARON. Présence du bacille de Koch dans le sang circulant des tuberculeux, *Ann. de méd.*, 1914, t. I, p. 230.

(5) E. LEURET. Introduction à l'étude de la phtisiologie, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1921.

(1) CAUSSIMON. Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire, *Th. de Bordeaux*, 1925.

(2) VALTIS et J. MISIEWICZ. *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 juin 1928, vol. XCIX, p. 7.

(3) E. LEURET et J. CAUSSIMON. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, oct. 1927, t. LXXXVII, n° 4.

veau sur ce point au XIXe Congrès de médecine, à Paris en 1927.

Il n'est pas besoin de s'attarder davantage pour montrer comment ces faits peuvent venir à l'appui de la conception de la tuberculose pulmonaire fermée. Il est cependant une objection importante d'ordre anatomo-pathologique : La fréquence des lésions d'alvéolite sur les coupes de tuberculose pulmonaire paraît être en désaccord avec la conception que nous avons exposée plus haut.

Or, quand on étudie, comme l'a fait Coulaud (1) et comme nous l'avons fait nous-même (2), les réactions du tissu pulmonaire consécutives aux injections intraveineuses de B. C. G. au cobaye et au lapin, on se rend compte que la voie sanguine peut déterminer non seulement des lésions interstitielles, mais encore des lésions alvéolaires. En suivant sur les coupes le cheminement des bacilles, on voit qu'ils sont progressivement éliminés par la réaction alvéolaire. Ainsi la réaction d'alvéolite ne se présente point comme une lésion de pénétration, mais plutôt comme une lésion d'élimination. Il est très rare de constater, en dehors des infections massives, des bacilles intacts au sein de l'alvéole. Ceux-ci sont phagocytés et réduits en une fine poussière acido-résistante. Ces réactions obtenues avec des bacilles à virulence atténuée, permettent de voir en quelque sorte « au ralenti » le processus de défense de l'organisme. Ou bien, le bacille détruit est éliminé grâce à la réaction alvéolaire, ou bien il demeure fixé dans le tissu interstitiel, et donne naissance à une formation nodulaire qui représente schématiquement ce qu'on peut concevoir comme tuberculose fermée, à son stade initial.

L'origine hématogène commune des réactions alvéolaires et des réactions interstitielles a d'ailleurs été admise par Rist et ses élèves (3) en ce qui concerne la tuberculose humaine.

« On peut très bien admettre — disent-ils — que des leucocytes bacillifères, puissent, par diapédèse, franchir la paroi capillaire, et tomber dans la lumière alvéolaire où ils déterminent les réactions histopathologiques que les allemands ont désignées sous le nom de lésions excrétrices alvéolaires ». Et plus loin : « Nous pensons que ces dernières (les granulies alvéolaires) peuvent parfaitement avoir, comme les lésions dites interstitielles, une pathogénie vasculaire sanguine ou lymphatique, et que c'est une erreur d'assortir obligatoirement le concept de la topographie alvéolaire des lésions à celui de leur origine aérienne. Si l'on admet l'origine sanguine des granulies folliculaires développées dans l'alvéole, cette origine nous paraît devoir être admise également pour certaines lésions miliaires purement pneumoniques ».

* *

Ainsi, à la lumière de tous ces faits, ce qu'il paraissait y avoir d'irréductible entre les deux conceptions opposées semble s'atténuer. Sans doute personne ne met en doute la grande valeur sémiologique de l'examen bactériologique des crachats. Sans doute doit-on s'attacher à poursuivre le résultat positif par tous les moyens possibles et avec la plus grande persévérance. Sans doute les réactions alvéolaires sont-elles la règle dans la tuberculose pulmonaire.

Il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue clinique on peut observer la tuberculose fermée, soit active, soit inactive, soit même évolutive, et il apparaît en outre qu'au point de vue biologique cette conception peut s'appuyer sur des arguments qui ne sont pas sans valeur.

D'ailleurs, cette longue discussion dont nous venons d'exposer les différentes étapes n'est pas purement académique. Elle comporte des déductions pratiques graves.

Si la première manifestation clinique de la tuberculose pulmonaire est le rejet d'un crachat bacillifère (conclusion logique de la conception de Rist), il faut s'entourer de toutes les précautions voulues pour constater précocement la bacilloscopie positive et soigner comme tuberculeux avérés ceux qui auront fait la preuve d'une tuberculose ouverte, la seule existante.

Par contre, si la recherche de cette preuve bactériologique échoue, malgré des conditions de recherche impeccables, le malade devra être considéré comme non tuberculeux et éliminé du cadre des malades à soigner.

Or, les tuberculeux, qui attendent la démonstration d'une tuberculose ouverte pour se soigner, peuvent guérir dans 15 à 20 p. 100 des cas.

Par contre, les malades qui se soignent correctement dès le début de leur infection bacillaire, alors qu'ils sont porteurs de lésions tuberculeuses fermées (ganglions, plèvre, poumon), ont 80 p. 100 de chance de guérison.

On voit immédiatement la conséquence pratique qui résulte de la différence des deux conceptions.

La théorie de la tuberculose primitivement ouverte, si elle est erronée, peut faire perdre à certains malades 60 p. 100 des chances qu'ils pourraient avoir d'améliorer ou de guérir leurs lésions.

Ou bien la tuberculose est une infection primitivement générale, une infection du système lymphatique, et il faut la soigner et tenter de la guérir dès ce moment-là, ou bien la tuberculose est primitivement ouverte, et le traitement ne doit commencer qu'après constatation de la preuve bactériologique.

Nous ne pensons pas déformer la pensée de Rist, d'Ameuille, de Cordier, en schématisant ainsi les deux attitudes opposées, et nous concluons, en opposition formelle avec le rapport de Cordier (Lyon 1927). Au point de vue clinique, ce n'est pas la notion de tuberculose primitivement fermée qui a vécu, c'est au contraire la notion de tuberculose initialement ouverte qui doit disparaître parce qu'elle ne répond pas exactement aux faits et qu'elle peut avoir des conséquences pratiques regrettables.

Il est facile de voir, de 1923 à 1928, combien de phtisiologues, de façon plus ou moins nette, ont

(1) Coulaud. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1927.

(2) Leuret et Caussimon. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVIII, p. 952. — *Gaz. des hôpit.*, 14 nov. 1928, p. 1597.

(3) Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille. *Revue de la tuberculose*, oct. 1927, n° 5.

pris position dans le sens des conclusions ci-dessus exposées. On peut se demander qui encore défendrait aujourd'hui cette notion du crachat bacillifère comme premier acte de la tuberculose pulmonaire. En tout cas, pas un seul praticien ne niera que le tuberculeux est malade avant de cracher, aucun ne soutiendra qu'il crache avant d'être tuberculeux.

CLINIQUE CHIRURGICALE « DE LA JOLIETTE »

A PROPOS DE L'ABCÈS DE FIXATION

Par le docteur LOP (de Marseille),
Correspondant national des Sociétés de médecine légale de France et de Thérapeutique de Paris,
Médaille d'or de l'Académie de médecine.

I

Tout a été dit à ce sujet, je ne ferai donc ni l'historique de la question, ni les discussions de son application.

Celle-ci étant décidée, j'indiquerai comment j'y ai été conduit, il y a vingt-cinq ans.

J'étais tout jeune médecin quand Fochier fit connaître sa méthode, exclusivement réservée à l'infection puerpérale. Chef de clinique et suppléant de clinique obstétricale, je l'ai employée à cette époque dans nombre de cas. Je l'ai mal appliquée. Je me permettrai d'ajouter que je ne devais pas être le seul. Les résultats n'étaient pas brillants, son action étant trop tardive. Neuf fois sur dix elle s'exerçait in extremis. C'était, l'on m'excusera de la comparaison, l'extrême-onction thérapeutique des infectées puerpérales.

Telle est aussi l'opinion, non moins formelle, de Œlnitz Bonnet et Mlle Venoni (Soc. de méd. et de clin. de Nice, déc. 1927) qui, dans leurs communications, s'expriment ainsi : « L'abcès de fixation ne doit plus être une détermination tardive ni un traitement de désespoir. »

Découragé, j'aurais abandonné l'abcès de fixation si quelques accidents graves, consécutifs à des injections massives de sérums artificiels mal stérilisés, ne m'avaient frappé par leur heureuse action chez les infectées qui en avaient été involontairement les victimes.

La sérothérapie artificielle dans les infections était à ses débuts. Ses résultats heureux, nombreux, dans la pluralité des cas où elle était employée en temps opportun et dans les formes non malignes, hélas encore inaccessibles à nos moyens actuels.

Dans les cas auxquels je fais allusion, l'injection précoce de sérum artificiel insuffisamment stérilisé, l'avait-il été même, ne s'était-on pas, à la rigueur, contenté d'une ébullition plus ou moins prolongée? Quoi qu'il en soit, ces injections provoquèrent de véritables abcès phlegmoneux; la rapidité de leur évolution, l'abondance de leur suppuration furent tels chez ces infectées, presque condamnées, qu'elles guérirent, non seulement complètement, mais rapidement.

De cette observation malencontreuse à l'application précoce de la méthode de Fochier fut pour moi une révélation. Depuis lors, voilà bientôt vingt ans, je le répète, je provoque des abcès de fixation, non plus in-extremis, si je suis appelé à temps, mais d'une façon tout à fait précoce, non plus seulement dans les infections puerpérales, mais dans toutes les septicémies médicales et chirurgicales. En 1918, pendant l'épidémie de grippe, j'ai dû soigner beaucoup de cas de celle-ci. A peu près dans tous les cas graves, j'ai employé la méthode Fochier. Je n'ai pas eu à le regretter.

A ma Clinique, dans le service de médecine, j'ai toujours recommandé à mes collaborateurs de l'employer dans la fièvre typhoïde; dans la grippe. Dans une épidémie de spirochétose ictéro-hémorragique, survenue parmi les hommes d'équipages d'un transport japonais, les résultats en ont été des plus heureux. J'en ai usé de même dans les septicémies chirurgicales anté ou postopératoires ou autres, à forme grave.

Le vaccin de Delbet (1) et la méthode de Fochier, dans mon service, marchent de pair. Je ne cacherai pas que la deuxième m'a donné, jusqu'à ce jour, autant de succès que le premier. Depuis que le Propidon a été introduit dans la thérapeutique des infections, ses indications et son application m'ont paru différentes de l'abcès de fixation. Le premier est un agent de la première heure, que l'infection soit localisée ou généralisée. L'abcès doit être exclusivement réservé aux infections généralisées, inopérant dans les infections locales (panaris, anthrax, etc.), le Delbet constituant dans ces dernières un élément « d'attaque » réellement merveilleux fréquemment curatif et très souvent empêchant l'infection de se généraliser ou de se diffuser trop rapidement.

II

L'âge des malades, enfants, vieillards, ne constitue, à mon avis, aucune contre-indication formelle. Tout, à mon avis, est affaire d'opportunité et de doses. Chez les enfants, je ne dépasse pas 2 centimètres cubes, chez les adultes, 3, 4 constituent une dose minimum et 5 centimètres cubes la dose maximum. Chez les vieillards, à moins qu'ils ne soient trop déficients, j'atteins les mêmes doses. Les confrères cités plus haut préconisent aussi les doses élevées. Ils vont même jusqu'à 1 centimètre cube chez le nourrisson, et dans les cas très graves de l'enfance ils injectent les mêmes doses que chez l'adulte.

Si, après la suppuration du premier abcès, l'état général ne s'est pas franchement amélioré, je n'hésite pas à provoquer un deuxième abcès.

Dans leur communication (loc. cit.), les auteurs précités sont aussi d'avis de faire, si nécessaire, une deuxième et même, si l'abcès n'est pas apparu, une troisième injection. Je partage absolument leur avis.

Il est rare que cela soit nécessaire. Il faut y penser lorsqu'une autre cause n'entretient pas la température et le mauvais état général. Provoquer un abcès de fixation, lorsqu'un organe accessible suppure, foie, plèvre, rein, vessie, constitue une

(1) Dont je ne puis pourtant que me louer et qu'à mon avis on n'emploie pas assez.

erreur formidable et un manque de sens clinique et thérapeutique non moins grand.

III

Aucune contre-indication, à mon avis, pas de phénomènes de shock à redouter ou si peu qu'il ne faut pas en tenir compte. Je ne saurais trop y insister, il faut prévenir les familles, obtenir leur autorisation. Aujourd'hui, plus que jamais, avec la crise de conscience, de reconnaissance et le besoin de se faire des rentes, à nos dépens, qui sévit chez nos clients, on ne saurait être trop prudent. Au besoin appeler un consultant et rédiger une consultation écrite.

Pour ne pas avoir prévu cette absence de sentiments, j'ai failli être la victime d'un mari, hélas médecin, dont la femme n'a dû la vie, j'en suis convaincu, qu'à son abcès de fixation — formidable il est vrai — qui ne demanda pas moins de trois mois de soins. Je n'injectais pourtant, à cette époque, que 1 à 2 centimètres cubes.

La technique de l'injection, le lieu d'élection de celle-ci et les précautions à prendre, tout le monde la connaît.

Quant à l'essence, j'estime qu'il la vaut mieux récente que vieille, et, contrairement à ce que certains prétendent, brute et non rectifiée.

Depuis quatre ou cinq ans, dès que la suppuration est tarie et la plaie présentant un bon aspect, je la ferme — suture aux crins profonds. J'en suis très satisfait. Il faut aussi, quand aucune contre-indication n'existe, faire lever dès que possible les malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1929)

Analyse quantitative et caractérisation de l'allantoïne. — M. B. Fosse et Mlle V. Bossuyt.

Recherches sur les phospho-aminolipides et les stérides du plasma et du sérum sanguins. — M. M.-A. Machebœuf.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1929)

Installation du bureau. — M. le président Béclère annonce à l'Académie la mort de M. Maurice Letulle.

Il donne ensuite lecture du discours traditionnel, remercie ses collaborateurs et prononce l'éloge des collègues disparus au cours de l'année 1928. En terminant M. Béclère fait un excellent résumé des travaux de la compagnie, puis il appelle au fauteuil présidentiel M. Quénu, président pour 1929.

La transmission des pouvoirs se fait au milieu des applaudissements saluant l'ancien président qui a donné pendant l'année écoulée tant de preuves de tact, d'autorité et de courtoisie.

M. Quénu prononce alors l'allocution d'usage.

Sur la durée de l'immunité conférée par la vaccination antityphoïdique. (*A propos du procès-verbal.*) — M. H. Vincent. « On s'est souvent demandé pour combien de temps un sujet vacciné contre les maladies typhoïdes est immunisé. Il est, a priori, impossible de donner une limite fixe car les effets immunisants d'un vaccin quelle que soit, d'ailleurs, la nature de la maladie, varient avec chaque individu. Le temps seul permet de donner une réponse précise. Néanmoins, on sait maintenant (Achard, J. Renault, etc.) que les épidémies typhoïdiques survenues depuis la guerre ont témoigné d'une protection prolongée des anciens mobilisés vaccinés, la fièvre typhoïde ayant frappé surtout les jeunes gens, les femmes et les enfants. M. J. Renault a signalé que la récente épidémie lyonnaise a apporté la même confirmation.

On ne saurait attribuer ce résultat très favorable au nombre multiple des injections reçues pendant la guerre par certains militaires, cette remarque ne s'appliquant évidemment pas aux sept ou huit millions de vaccinés. D'autre part, malgré une surveillance constante, un nombre très appréciable de soldats mobilisés n'ont été qu'incomplètement vaccinés. Enfin la même longue protection s'est manifestée, ainsi que je vais le montrer, chez des sujets ayant reçu des doses normales de vaccin. Mais, de même que la fièvre typhoïde peut récidiver chez certains individus (1 à 2 p. 100), de même la typho-vaccination ne peut évidemment assurer une immunité définitive. Cependant celle-ci a été parfois prolongée, ainsi que l'établissent les faits précédents et ainsi qu'il résultera des suivants. Ils concernent la vaccination par ma méthode du vaccin à l'éther, le seul sur lequel il m'ait été donné des renseignements.

Avignon, ville d'endémie typhoïdique, a été le siège, en juin 1912, d'une terrible épidémie qui a frappé 155 militaires et un nombre extrêmement élevé d'habitants. On estime qu'il y a eu au total 1.500 cas de fièvre typhoïde, ce qui correspondrait pour Paris à près de 100.000 atteintes. Effrayés, les habitants se firent vacciner en grand nombre. La morbidité fut nulle chez les militaires et les habitants vaccinés.

En 1922, c'est-à-dire dix ans après, j'ai fait une enquête afin de savoir combien de cas de fièvre typhoïde étaient apparus, depuis lors, parmi ces habitants anciennement vaccinés. La réponse a été uniformément *qu'aucun d'entre eux n'avait été atteint*. Il y a quelques semaines, le fait m'a été encore confirmé par M. le docteur Donnat, médecin en chef de l'hôpital.

De même, j'ai demandé à M. le docteur Grancher (de Jargeau), qui avait observé en 1913 une grave épidémie dans cette localité, combien de cas de fièvre typhoïde étaient survenus chez ces anciens vaccinés. Il m'a répondu que, bien que la maladie persistât (6 cas en 1928), aucun vacciné n'a été jusqu'ici infecté.

Ces exemples montrent que l'immunité conférée par la vaccination antityphoïdique peut se prolonger pendant de nombreuses années (quinze à seize ans), dans la population des localités à infection endémique. »

Prophylaxie typhoïdique. Comment une des garnisons des plus typhoïdiques de France est devenu saine. — M. Delorme, dans une très importante communication, rappelle la marche d'une épidémie de fièvre typhoïde qui éclata à Lunéville en 1908.

A ce moment la morbidité était de 11,84 p. 1000 dans la garnison de Lunéville. Grâce aux mesures d'assainissement, épuration chimique et javellisation que M. Delorme obtint de la municipalité, la morbidité tomba à 1,64 p. 1000 en 1912. En 1914 on ne comptait plus qu'*un* cas de fièvre typhoïde dans la troupe.

Les statistiques interrompues par la guerre furent reprises en 1919. De 1919 à 1928 on a constaté un seul cas de fièvre typhoïde.

M. Delorme tire de son éclatante démonstration les conclusions suivantes :

« 1° L'assainissement des villes typhogènes dû à l'initiative du service de santé militaire lui fait le plus grand honneur et lui mérite la reconnaissance du pays;

2° Les grandes épidémies typhoïdiques sont d'origine hydrique. Leur cessation après l'épuration des eaux en donne une preuve irrécusable;

3° L'épuration par les procédés chimiques, en particulier par la javellisation est la *plus simple, la plus économique*. Elle doit occuper la première place dans la *prophylaxie antityphoïdique*;

4° *Toute localité, quelle que soit sa population et son budget, doit aujourd'hui rechercher ce mode de prémunition surtout si ses eaux sont suspectes*;

5° C'est l'épuration chimique, la javellisation qui actuellement réalise le plus facilement et le mieux la *prémunition* collective *généralisée*;

Elle n'a pas à compter avec les indifférences et les résistances, elle n'a pas à éprouver de limites à son emploi du fait de tares individuelles. *Tous les habitants d'une ville en bénéficient.* Elle ne connaît pas de réactions soit locales soit générales; elle est sûre toujours et d'action persistante. Elle ne porte pas atteinte à la liberté individuelle.

Les autres moyens ont des indications limitées. »

La douleur en clinique et le réflexe pharyngien. — M. Caplesco (de Bucarest). Le symptôme douleur domine toute la pathologie, aussi son absence peut, dans certains cas, fausser les diagnostics. M. Caplesco montre que dans ces cas très fréquents (40 p. 100), on constate l'abolition du réflexe pharyngien.

Il cite à l'appui des cas d'appendicite aiguë sans la douleur classique. Pour le bien des malades, l'auteur estime que dans le doute, il faut chercher le réflexe pharyngien. S'il est aboli, on ne doit plus tenir compte de l'absence du symptôme douleur.

Ce qu'il faut entendre par les termes de typho-malaria ou de fièvre typho-palustre. — M. Trabaud. Le terme de typho-malaria ou de fièvre typho-palustre est parfaitement légitime lorsque l'examen montre des B. d'Eberth ou des B. paratyphiques, mais lorsque le paludisme, seul incriminable, imprime au malade un état typhique, il conviendra, avec Kelsch et Billet, de recourir au vocable de malaria à forme typhoïde.

L'avitaminose suffit-elle à expliquer le béribéri humain? — M. Trabaud rapporte des cas qui ne laissent pas que d'éveiller des doutes sérieux sur l'action unique et efficace de l'avitaminose dans la genèse du béribéri humain. Cela ne veut pas dire que l'avitaminose doive être complètement délaissée dans l'étiologie du béribéri. « Nous ne pouvons oublier que chez les mangeurs de riz exclusifs, le son de riz consommé sous la forme de gâteaux ou la substitution du riz rouge au riz blanc fait disparaître la maladie, non pas en supprimant les toxiques, mais en supprimant l'avitaminose qui s'ajoutait à l'intoxication. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1928)

Toxine diphtérique et cortico-surrénale. — MM. G. Mouriquand, A. Leulier et P. Sédallian. La toxine diphtérique altère profondément la composition chimique de la zone corticale des surrénales. La teneur en cholestérine s'abaisse proportionnellement à la gravité de l'intoxication. Les auteurs ont signalé des faits analogues en ce qui concerne l'adrénaline de la zone médullaire.

Action de la toxine tétanique sur la cortico-surrénale. — MM. G. Mouriquand, A. Leulier et P. Sédallian. La toxine tétanique n'a aucune action sur la teneur en lipoïdes de la cortico-surrénale, quelle que soit la gravité des phénomènes toxiques observés.

Les auteurs ont signalé déjà son action nulle sur la zone médullaire des surrénales.

Du rôle des cristalloïdes dans le pouvoir anagotoxique des eaux minérales. — MM. P.-L. Violle et A. Giberton. On sait que les cristalloïdes semblent être les éléments qui, dans les eaux minérales envisagées, confèrent le pouvoir anagotoxique pour le cuivre.

Des recherches rapportées dans la présente note, il ressort que, parmi les composants d'une eau sulfatee bicarbonatée calcique et magnésienne, qui s'était montrée nettement anagotoxique, l'ion Ca seul est doué de cette propriété. Les auteurs peuvent dire, dès à présent, avec certitude, que le pH du milieu joue un rôle considérable dans le mécanisme de l'action anagotoxique de certains ions pour le cuivre.

Essais comparatifs de renforcement de l'immunisation antigangréneuse des chevaux producteurs de sérum par des substances aspécifiques et spécifiques. — MM. Weinberg et J. Barotte ont cherché s'il était possible d'améliorer les qualités spécifiques des sérums antigangréneux en ajoutant aux toxines centrifugées formolées diverses substances non spécifiques (sang, tapioca) ou des corps microbiens (microbes homologues).

Les pouvoirs antitoxique et anti-infectieux des sérums paraissent légèrement améliorés par l'addition de diverses substances à la toxine centrifugée formolée ; mais les variations obtenues dans le taux des anticorps sont toujours inférieures ou égales à celles que l'on peut observer dans une série de chevaux traités d'une façon identique par le même antigène et qui résultent de l'aptitude différente des divers sujets à réagir au même antigène.

Si l'on désire renforcer l'immunisation des sujets en provoquant une réaction locale intense au point d'inoculation de la toxine, il est indiqué d'ajouter à celle-ci une dose appropriée de corps microbiens homologues. A l'action irritante locale qui résulte de l'addition de ces corps microbiens formolés s'ajoute une action spécifique due à l'étroite spécificité de leurs protéines, qui est doublement favorable à l'immunisation.

Sur l'action cholagogue du chlorure de magnésium. — MM. E. Chabrol et M. Maximin. Contrairement aux expériences de Laborde, le chlorure de magnésium, injecté à fortes doses par voie veineuse, ne détermine point d'hypersécrétion de la bile chez le chien porteur d'une fistule cholédocienne temporaire.

A faible dose, le même sel exerce un pouvoir cholagogue déjà relaté par MM. Carnot et Gaehlinger. Le volume de la bile varie du simple au double, tandis que sa tension superficielle subit un abaissement sensible. Ces phénomènes semblent dus à une excrétion abondante de sels biliaires.

Cette action cholagogue du chlorure de magnésium à faibles doses reste infime en regard de celle de l'atophan qui, injecté, réalise de véritables cholerragies quintuplant en une demi-heure le volume de la bile excrétée.

Nouvelle contribution à l'étude de l'action cardiaque du chlorhydrate d'éphédrine naturelle sur le lapin. — MM. L. Launoy et P. Nicolle, poursuivant leur étude sur l'action cardiaque de l'éphédrine naturelle, ont vu qu'à partir des doses de 5 milligrammes par kilogramme (injectées par voie veineuse) la phase dépressive cardiaque très courte avec les doses liminaires, s'accroît progressivement, la phase toxique finissant par disparaître. Ils concluent de leurs recherches que phénomènes cardiaques et phénomènes vasculaires sont

indépendants, encore que l'action dépressive cardiaque ait son retentissement sur l'action vasculaire.

De la vaccination « per os » contre la paratyphique B. — M. W. N. Kosmodemiansky a montré qu'en administrant à des pigeons *per os* des cultures tuées de bacilles paratyphiques, on arrive à les vacciner contre l'infection mortelle produite par ingestion de bacilles paratyphiques vivants et virulents. Le sérum des pigeons ainsi vaccinés ne renferme ni agglutinines, ni bactériolysines, ni pouvoir préventif; leur immunité est donc d'essence locale, intestinale.

Etude sur la purification et la nature de la toxine dysentérique. — MM. S. Hosoya et G. J. Stefanopoulo. Le filtrat d'une culture de bacille de Shiga en bouillon Martin à l'extrait aqueux et alcalin d'une émulsion de corps bacillaires peut être utilisé pour la préparation d'une toxine purifiée. Un premier essai de purification, fait suivant la méthode des auteurs par $ZnCl^2$, leur a fourni une toxine purifiée mais dans laquelle la réaction du biuret est positive.

Sur la durée de vitalité et de virulence de « Trichophyton gypseum » incorporé à des litières. — M. A. Urbain. Certains parasites des teignes animales, et en particulier Trichophyton gypseum, sont capables, non seulement de végéter, mais encore de pulluler dans les litières où il est possible de les retrouver vivants et virulents après un séjour de neuf mois. Ce délai semble d'ailleurs pouvoir être dépassé puisque l'auteur a antérieurement constaté que sur des épis de blé Tr. gypseum en culture pure peut vivre plus de deux ans.

Action de l'ultravirus tuberculeux sur la formule hémo-leucocytaire chez le cobaye. — MM. T. de Sanctis Monaldi. Les filtrats de bacilles tuberculeux agissent sur la formule hémo-leucocytaire en déterminant chez le cobaye une légère anémie de type secondaire, une diminution des leucocytes neutro et éosinophiles et une augmentation des lympho et des monocytes avec déviation à gauche de la formule d'Arneth.

Ces modifications paraissent dues au virus filtrable tuberculeux puisque ni la tuberculine filtrée, ni la tuberculine centrifugée et décantée, ni le filtrat chauffé à 60 degrés ne sont capables de les reproduire.

Les changements temporaires provoqués dans la formule hémo-leucocytaire par l'injection du culot de centrifugation de la tuberculine peuvent être attribués aux corps et débris bacillaires contenus dans cette substance.

Sur les lésions ganglionnaires produites chez le cobaye par la tuberculine brute. — MM. A. Saenz et F. van Deinse. La tuméfaction des ganglions régionaux observée sur les cobayes inoculés avec de la tuberculine brute est due, non pas aux produits solubles que contient cette substance, mais aux bacilles morts qui s'y trouvent entraînés au cours de sa préparation. D'autre part, l'hypertrophie des ganglions viscéraux ayant été fréquemment constatée chez des cobayes normaux, l'action pathogène des éléments filtrables du bacille tuberculeux ne peut être affirmée que si les animaux inoculés présentent des bacilles acido-résistants typiques dans leur système ganglionnaire.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(séance du 20 novembre 1928)

M. Ménard présente une **boîte stérilisable** contenant tous les instruments nécessaires à une pulpectomie, qui intéressera vivement tous les praticiens.

M. Félix Ginestet présente une **modification des attelles** Ponroy qui, dans certains cas, peut rendre plus facile la contention des fractures. Il insiste sur l'insuccès de l'ostéosynthèse.

Essai de physiologie mandibulaire chez les carnivores. — M. Lafon expose l'anatomie et la physiologie de l'appareil dentaire et masticateur chez les carnivores.

Propos sur un accident de dent de sagesse. — M. Gornouec présente l'observation d'un malade qui, après avulsion d'une dent de sagesse présentant des accidents muqueux, a fait une stomatite, puis une ostéomyélite, et enfin une septicopyohémie. Il insiste sur cette évolution qui contraste avec l'évolution telle que la décrivent les classiques pour lesquels l'ostéomyélite est le plus souvent secondaire à une septicopyohémie. Il conseille autant que faire se peut de n'extraire les dents de sagesse qu'après disparition des phénomènes inflammatoires aigus.

(séance du 18 décembre 1928)

Présentations. — M. Leclercq présente deux malades qui semblent prouver que l'on a intérêt à suturer les plaies buccales après intervention sur les maxillaires.

M. Nespoulous présente un ingénieux stérilisateur pour brosses à dents, constitué d'un tube de verre et d'un bouchon portant du trioxyméthylène.

M. Ponroy montre une technique de contrôle d'ajustage des appareils de prothèse par l'usage d'une surempreinte en cire.

Il présente ensuite une malade atteinte d'une perforation palatine, portant un appareil obturateur parfait, mais dont l'amélioration phonétique ne fût obtenue que par rééducation de la parole.

M. Crocquefer présente une nouvelle technique d'exécution des dents à tenon qui fait gagner du temps à l'opérateur et lui évite tout travail. C'est une dent à chape coulée, entièrement exécutée à l'atelier sur un modèle en amalgame obtenu par un procédé analogue à celui décrit pour l'exécution des jackets crown.

Communication. — **A propos d'un cas de staphylococcémie consécutive à une ostéite diffuse du maxillaire supérieur.** — MM. Lattes et Peroz.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(octobre-novembre 1928)

Présentation d'un malade porteur d'une prothèse palatine. — MM. Beltrami et Maurech présentent un malade opéré il y a quatre ans d'une tumeur du maxillaire supérieur droit et porteur d'une énorme cavité faisant communiquer largement la bouche avec les fosses nasales après résection totale du rebord alvéolaire du maxillaire correspondant. La prothèse est faite en deux parties, l'une (ébonite et caoutchouc) constitue l'obturateur et comporte un dispositif original destiné à accrocher sur le rebord alvéolaire artificiel l'appareil complet qui constitue la deuxième partie. Une des particularités de cette prothèse est sa simplicité et l'emploi de matériaux d'un prix de revient peu élevé.

Sarcomatose multiple hémorragique de Kaposi. — MM. Paul Vigne et Buisson présentent un malade atteint de cette affection. Le début, par les extrémités, remonte à deux ans, et aux dires du malade à la suite d'un léger traumatisme de la main. On note aussi sur les jambes des placards durs, brunâtres, d'où coexistence, dans ce cas, des deux formes cliniques : la forme hémorragique et la forme pigmentaire.

Nanisme familial chez deux sœurs. — MM. Henri Roger, Albert Crémieux et Joseph Pourtal présentent deux sœurs âgées de quinze à dix-sept ans mesurant l'une 109 et l'autre

108 centimètres. L'aînée présente l'habitus féminin de son âge, sauf la pilosité et n'est pas encore réglée. Psychisme et ossification du squelette répondent à peu près à son âge. La cadette n'a pas encore le développement de ses caractères sexuels secondaires. Les auteurs discutent le diagnostic entre infantilisme et nanisme et en raison des proportions parfaites du corps et de l'examen radiographique concluent plutôt à du nanisme vrai. A remarquer que ce nanisme familial frappe uniquement la descendance féminine.

Torticolis ancien par paralysie infantile des muscles cervico-scapulaires droits. — MM. ROGER, CRÉMIEUX et J. POURTAL présentent un malade soudé en attitude de torticolis droit très accusé avec atrophie considérable des muscles trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, muscles de la nuque et légère atteinte partielle du groupe Duchenne-Erb, scoliose à convexité gauche dont le sommet répond à D4, D5. Cette attitude s'est installée à l'âge de douze ans à la suite d'une infection poliomyélitique. Les auteurs insistent sur la rareté de pareil fait clinique.

Cancer médiastino-pulmonaire rétrosternal avec syndrome radiologique d'ectasie aortique. — MM. BOINET, TURRIÈS et Antoine RAYBAUD. Ce malade, âgé de soixante-six ans, présentait un syndrome médiastinal supérieur et antérieur, avec tension artérielle plus basse à gauche qu'à droite (Dr. 18-8, Ga. 15-8). La radiologie semblait confirmer l'impression qu'on pouvait avoir d'une ectasie aortique. L'autopsie révéla une volumineuse masse préaortique du niveau du sommet de la crosse, avec adénopathie médiastinale diffuse et totale. C'est à ces lésions que sont dus et l'image d'ectasie et l'obscurcissement du médiastin postérieur.

Erythroplasie du gland. — MM. Paul VIGNE et FOURNIER présentent un malade de soixante-dix ans atteint d'érythroplasie de la verge et du gland. Les lésions sont constituées par des surfaces rouges, un peu velvétiques, luisantes et comme vernissées. Elles datent de sept mois, se sont lentement développées, sans douleur. L'examen histologique a montré des bourgeons interpapillaires hypertrophiés, un abrasement de la muqueuse, un infiltrat assez dense où on note un nombre important de vaisseaux sanguins dilatés.

Sur un cas isolé de syndrome de Bitot : xérosis et héméralopie. — M. AUBARET. Ce syndrome de Bitot, survenu chez une fillette de neuf ans et datant de six mois, a disparu après ingestion d'huile de foie de morue : l'héméralopie a disparu en une huitaine de jours et le xerosis s'est effacé en trois semaines environ. M. Aubaret signale ce fait à l'appui des travaux récents établissant la relation des héméralopies et des avitaminoses et rappelle ses travaux sur l'héméralopie des tranchées.

Abcès chronique fétide pulmonaire. — MM. BOINET, Antoine RAYBAUD et Mlle ROBERT.

Curieuse évolution d'une caverne pulmonaire. Ouverture dans la bronche inférieure gauche et l'œsophage. — MM. BOINET, Antoine RAYBAUD, Mlle ROBERT et M. BENREKASSA.

Deux observations d'arséno-résistance. — M. A. FOURNIER. Ces deux observations d'arséno-résistance des plus nettes permettent à l'auteur de rappeler les observations de faits semblables publiés récemment, les explications pathogéniques qui en ont été données et de conclure à un rythme plus accéléré du traitement arsénical, à l'emploi de doses aussi élevées que possible et à la succession, sans interruption, des diverses médications antisyphilitiques.

Sarcome du fémur chez un enfant de trois ans. Désarticulation de la hanche. Guérison maintenue sept mois après. — M. G. DARCOURT rapporte le cas et les radiographies d'un sarcome du fémur gauche chez un enfant de trente-quatre mois. Ce sarcome à évolution périostée fut d'un diagnostic radiologique particulièrement délicat d'avec une périostite syphilitique. Cependant l'évolution rapide et l'échec du traitement d'épreuve confirmèrent le diagnostic. Désarticulation de la hanche précédée d'une incision exploratrice comme premier temps. Guérison opératoire maintenue sept mois après. L'examen microscopique (docteur Marcou) montre qu'il s'agissait d'un sarcome lymphoblastique de siège osseux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

On nous pose la question suivante : une assistante de laboratoire, en manipulant des cultures microbiennes liquides, s'inocule par voie buccale — il s'agissait de pipette mal conditionnée — et huit jours après contracte une septicémie d'Ebert. Peut-on considérer ce fait comme un accident du travail et demander par suite à l'assurance le paiement des soins médicaux et hospitalisation?

1. En s'en tenant aux principes généraux, nous pensons qu'il y a *accident du travail* dans le cas ainsi précisé, et, par conséquent, qu'il y a lieu de se conformer aux prescriptions légales, pour les motifs qui vont suivre.

L'accident est, en effet, une atteinte au corps humain, provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure; il s'entend de toute lésion de l'organisme, apparente ou non apparente, interne ou externe, profonde ou superficielle. Ce sont notamment des blessures, contusions, plaies, entorses, fractures, foulures; ce sont aussi, sous forme de submersion, l'asphyxie, l'intoxication. La jurisprudence a une tendance à élargir la définition de ce que constitue l'accident, en matière d'application de la loi du 9 avril 1898.

D'autre part, pour que l'accident donne droit aux indemnités fixées par la loi de 1898, il faut qu'il soit survenu *par le fait ou à l'occasion du travail* de la victime. Par travail, on entend l'accomplissement de la fonction spéciale à laquelle la victime de l'accident est préposée; l'accident est réputé *par le fait du travail*, lorsqu'il a eu pour cause immédiate ou directe le travail même que l'ouvrier était en train d'exécuter; il est survenu *à l'occasion du travail* quand il a un lien plus ou moins étroit, un lien indirect, même purement occasionnel, avec le travail de la victime.

Enfin, il y a lieu de considérer que l'accident se distingue de la maladie, en ce qu'il a toujours une cause extérieure et que cette cause se manifeste d'une façon soudaine. Au contraire, la maladie a généralement une cause intérieure et son évolution est d'ordinaire lente et continue. La loi du 25 octobre 1919 a étendu la législation sur les accidents du travail aux maladies d'origine professionnelle, sous certaines conditions; pour qu'elle s'applique, il faut que la maladie professionnelle soit mentionnée dans les tableaux annexés à la loi.

2. Au cas actuel, il ne s'agit pas d'une maladie professionnelle, d'abord parce que l'état morbide de l'assistante n'est pas compris dans la nomenclature des maladies professionnelles visées par la loi; ensuite parce que cet état ne répond pas à la définition de la maladie. Il paraît bien s'agir d'une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure : l'assistante a employé une pipette; par le fait de la défectuosité de cet objet qu'elle manipule, elle absorbe soudain des cultures microbiennes qui agissent immédiatement sur l'organisme. En ce qui regarde l'assistante, l'accident du travail ne paraît pas douteux; car il est survenu par le fait même du travail; et l'exploitation d'un laboratoire nous semble bien rentrer dans les prévisions de la loi.

Il faut remarquer que, si l'accident est le résultat d'une

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10, Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01). } *Une ampoule par jour*
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg 0,015). } *pendant 10 à 15 jours*

INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12 Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.823

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intra veineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes.

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.
Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).
Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

faute du patron, la Compagnie d'assurances peut recourir contre l'auteur responsable. L'article 7 de la loi du 9 avril 1898 permet, en effet, de recourir contre le tiers responsable. Au cas présent, s'il était établi que l'état défectueux de la pipette ne pouvait échapper à personne et qu'un simple acte d'attention aurait dû empêcher de le laisser utiliser, il est à craindre que la responsabilité du patron ne soit engagée; mais c'est là une question de fait qui est laissée à l'appréciation des juges.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

CONGRÈS

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (LONDRES, 6-11 mai 1929) sous le haut patronage de S. M. le Roi Georges V. — Présidents d'honneur : MM. Tuffier (France); médecin inspecteur général Wibin (Belgique); maggior general medico della Valle (Italie); médecin général inspecteur Vincent (France); général St. Rouppert (Pologne).

Présidents du Comité d'organisation : lieutenant général sir Matthew, H. G. Fell, KCB, CMG, KHP, FRCS, director general Army medical servius.

Secrétaire général : major A. D. Sterling, DSO, MB, RAMC, The war office Whitehall, London SWI.

Questions à l'ordre du jour :

1° *Les évacuations par eau et par air : liaison des services de santé des armées de terre et de mer* (Grande-Bretagne et France).

2° *Fièvres tropicales de courte durée* (Grande-Bretagne et Pays-Bas).

3° *Les blessures des vaisseaux et leurs séquelles* (Grande-Bretagne et Belgique).

4° *L'analyse physique et chimique de la verrerie et des objets en caoutchouc utilisés par le Service de santé* (Grande-Bretagne et Espagne).

5° *L'état de la denture et l'aptitude physique aux différents services militaires* (Grande-Bretagne et Cuba).

Cotisations : 10 shillings (homme), 7 1/2 shillings (dame).

De nombreuses excursions sont organisées et des facilités de transport ont été accordées.

Au sujet de ce Congrès, le ministère de la Guerre nous communique la note suivante :

1° La participation au Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de Londres sera comptée aux officiers de réserve du Service de santé pour une période de dix jours.

2° Les officiers de réserve participant à ce Congrès, considérés comme étant en période, bénéficieront pour le voyage du tarif militaire à l'aller et au retour entre leur résidence et le port d'embarquement.

3° Les officiers du Service de santé désirant participer au Congrès trouveront tous les renseignements nécessaires auprès du directeur du Service de santé de leur région, auquel seront transmises, au fur et à mesure qu'elles parviendront, toutes les informations concernant le Congrès.

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE. (MADRID, avril 1930.) — Président : docteur L. Gonzalez, Bravo (Madrid); secrétaire général : Salvador Pasenal, Madrid, Genova II (Madrid).

Questions : *Hydronéphroses.* — Rapporteur : M. Covisa (Madrid).

Infections colibacillaires. — Rapporteur : M. Perearnau (Barcelone).

Antiseptiques urinaires. — Rapporteur : M. Pulido (Madrid).

LIVRES NOUVEAUX

Comment doit vivre le diabétique. Régime et insuline (1), par R.-D. LAWRENCE, professeur de chimie pathologique au Kings College Hospital de Londres.

Ce livre s'adresse également au médecin et au malade. Il a pour but de renseigner le médecin sur le traitement actuel du diabète par les cures de régime et d'insuline et de mettre ce traitement autant que possible à la portée du malade dont la coopération intelligente est indispensable en vue d'obtenir les meilleurs résultats.

Au moyen d'une méthode diététique simple, mais précise et variée — le régime par la méthode des lignes-rations — le médecin le plus occupé peut commencer l'institution d'un traitement d'une grande précision sans être astreint à des calculs laborieux, pour répartir la diète dans l'établissement du régime selon la valeur relative des aliments. En même temps, le malade peut sur-le-champ suivre et appliquer la méthode, varier son régime selon ses goûts, de sorte que, même au début du traitement, son entrée à l'hôpital n'est presque jamais nécessaire.

Aucun diabétique n'est astreint à souffrir de la faim ou de la soif. Il a le choix parmi une grande variété d'aliments selon ses goûts et sa bourse et il acquiert suffisamment d'énergie pour tous les travaux habituels de la vie. Toutefois, il doit accepter son credo diabétique et s'y conformer scrupuleusement.

Le but principal de ce livre est d'être utile au médecin et d'aider le malade à suivre son traitement intelligemment afin d'en obtenir les meilleurs résultats. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 16 janvier. — Jury : MM. Ménétrier, président; Sébileau, Tanon et Olivier. — M. PILPOUL. La querelle de l'antimoine. — M. MARION. Du traitement des laryngites tuberculeuses. — M. SANTOS. L'ankylostomiase à Puerto-Rico.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre et Moussu. — M. GUGUEU. Essai d'animaliculture.

Jeudi 17 janvier. — Jury : MM. Lecène, président; Gougerot, Dognon et Leroux. — M. BHAT. Mycétomes ou pied de madura à grains noirs. — M. MÉNAGER. Etude et traitement du cancer du rectum.

(1) Un volume in-16 de 216 pages avec figures. — Prix : 16 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN

DYSPEPSIE — GASTRALGIE

ENTÉRITE — CHEZ L'ENFANT — CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Bould Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C. 133, Aubenas.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU IVRY (Seine). **LYSOL**

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France.

Épilepsie ! !

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MUTHANOL

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE

LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd DE STRASBOURG PARIS (10)

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteïnée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 *de Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16.. Seine.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HEPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

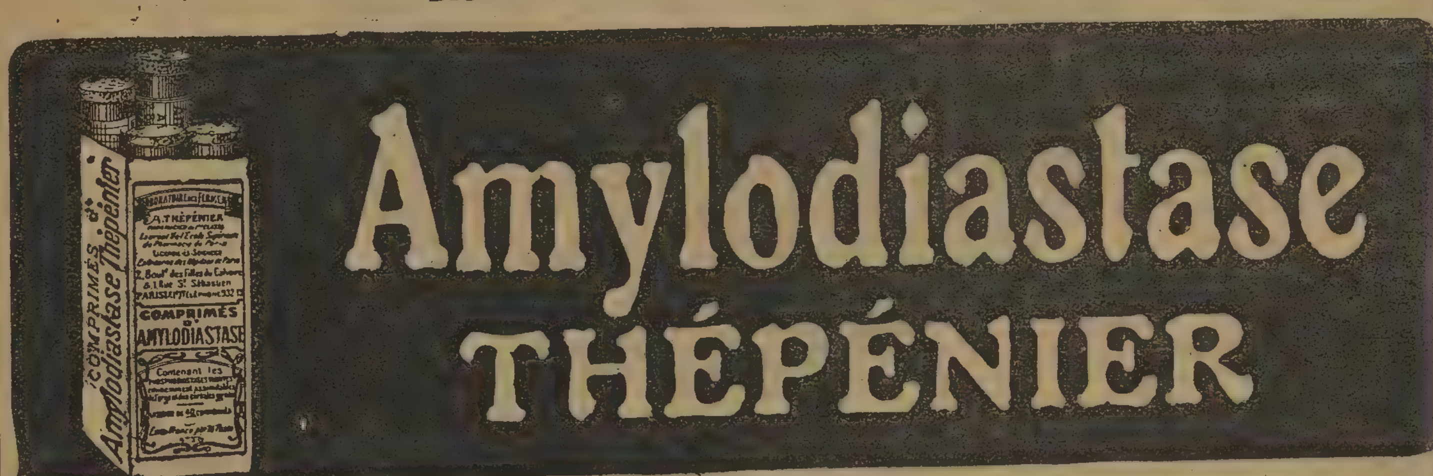
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTEES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

N° 5. — MERCREDI 16 JANVIER 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 16 JANVIER 1929. — N° 5.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 février 1929, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 28 janvier au samedi 9 février 1929 inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours pour une place de professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine s'est terminé par la nomination de M. le docteur de Girardier.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX DUBREUIL. — Le prix est décerné à M. Henri Fischer (de Bordeaux) pour son mémoire intitulé : « Etude anatomique et clinique de la lombalisation de la Ire vertèbre sacrée. »

PRIX DUVAL-MARJOLIN. — Le prix est décerné à M. Raymond Leibovici, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son travail : « Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles par artérites chroniques non syphilitiques. »

PRIX CHUPIN. — Le prix est décerné à MM. les médecins commandants H. Lacaze et P. Melnotte pour leur mémoire : « Contribution à l'étude de l'amibiase hépatique et de son traitement. »

PRIX LE DENTU. — Le prix est décerné à M. Merle d'Aubigné, interne à l'hôpital Saint-Antoine, médaille d'or (chirurgie) en 1928.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le professeur Luis Morquio (de Montévidéo), membre correspondant de l'Académie de médecine. Nous sommes heureux d'adresser nos très vives félicitations à l'éminent pédiatre dont les travaux sont si appréciés. On n'a pas oublié la belle conférence qu'il fit il y a quelques mois, à Paris, dans le service du professeur Sergent sur les kystes hydatiques du cerveau chez l'enfant.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — MM. Rougier (Tonkin), Nguyen Si Dung (Annam).

Médaille d'argent. — MM. Hermant, Ung-Thong (Annam), Rakotozafy, élève à l'Ecole de médecine de Tananarive (à titre posthume); Tardieu et Bourgeon (Annam).

Médaille de bronze. — MM. Morin (Annam), Fonquernie et Advier (Tananarive), Terrisse (Annam), Charrier, Marcel, Le Van Ri (Tonkin), Rajaona, Andrianarison, Ralahatra, Ratzimbazafy, Ratovondrahona, Ramenason (Madagascar), Truong Dinh Vy (Laos).

Mention honorable. — MM. Reyneau, Marquand, Rahabarisoa, Andrianarison, Rafaralahy, Ramanoël, Ratrema, Razafimandimby (Madagascar), Le Dinh Tham (Annam).

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 12 janvier 1929 publie un avis relatif à l'ouverture de concours, en 1929, pour l'obtention du titre de médecin, de chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du Service de santé colonial.

Ces concours s'ouvriront le 3 juin 1929, au Val-de-Grâce. Adresser les demandes par la voie hiérarchique avant le 1er avril 1929, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau).

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boult de Port-Royal, PARIS

— (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin capitaine. — MM. Abon, Collomb. Warin, Richard, Laurent, Deffuant, Meuge, Cavalie, Gourc, Ducastaing, Dauphin, Paugam, Meudic, Bettinger, Stevenin, Lemaire, Hardouin, Gay, Belfort, Debono, Sanson, Donzelot, Bertholey, Gatellier, Lavalley, Aguillon, Darre, Godard, Mitton, Louart, Deleuil, Petit-Dutaillis (D.-E.-C.), Grunberg, Netter, Micheleau, Taburci, Arlet, Constantin, Vielle, Saiget, Brun, Tramini, Allard, Brochet, Barraud, Le Paumier, Savin, Mercier, Fey, de Nabias, Gaudard d'Allaines, Vallery-Radot, Bloch, Braine, Roume, Sappey, Gautier, Capart, Petit, Costantini, Errard, Blachmann, Bunet, Auvigne, Monod, Lacombe, Boppe, Saugues, Bigot, Lattes, Marquezy, Moulonguet, Mornard, Briand, Moquet, Voisin, Gouverneur, Marais, Cathala, Cleisz, Richon, Portes, Guillemin, Capelle, Rouillard, Godard, Langle, Baudin, Mouries, Nalin, de Vernejoul, Sauze, Perrin, Rochet.

(Troupes coloniales.) *Au grade de médecin lieutenant-colonel.* — MM. Sarrailhe, Ouzilleau.

Au grade de médecin commandant. — MM. Pistre, Dodier, Saporte, Margain, Villeneuve, Alphand.

Au grade de médecin capitaine. — M. Dartiguenave.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. Cazamian.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Bouthillier.

Au grade de médecin principal. — M. Santarelli.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Morvan, Badelon, Prade, Herment, Le Meur, Coupiny.

MINISTÈRE DE L'AIR. — Le *Journal officiel* du 11 janvier 1929 publie un décret modifiant le taux des indemnités allouées aux médecins des centres médicaux d'examen et d'études.

Le médecin-chef reçoit une indemnité mensuelle de 2.000 fr., les médecins-chefs des centres régionaux de 500 fr., les médecins spécialistes touchent une allocation, par séance et par journée de présence, de 200 fr. pour le médecin du centre principal, de 100 fr. pour les médecins des centres régionaux.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu à Paris, au ministère du Travail et de l'Hygiène, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans la Seine-et-Oise.

La date de ce concours sera fixée ultérieurement et notifiée aux intéressés lors de leur convocation à l'examen.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de trente au moins et de cinquante ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture de Seine-et-Oise, 3e division, au plus tard le 1er mars 1929.

Le traitement de début de l'inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise est fixé à 36.000 fr. auquel s'ajouteront, s'il y a lieu, les indemnités de charges de famille allouées par le département à ses fonctionnaires. Ce traitement est susceptible d'augmentations successives, jusqu'à la limite d'un maximum de 50.000 fr., par échelons de classe qui seront déterminés ultérieurement.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 1er mars 1929, dernier délai.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Arthur Miguet (de Saint-Etienne), le professeur Jacques Reverdin, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre associé de l'Académie de médecine, décédé à Genève à l'âge de 80 ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE PARASITOLOGIE ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. Joyeux, agrégé, a commencé ses conférences le jeudi 10 janvier 1929, à 17 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

« Némathelminthes, arthropodes, animaux venimeux et vénéneux, animaux réservoirs de virus, champignons parasites et vénéneux. »

— M. le professeur J. Maisin, de l'Université de Louvain, fera à l'amphithéâtre Vulpian, à 16 h., les conférences suivantes :

Mercredi 16 janvier : « La maladie générale du cancer.

Vendredi 18 janvier : « Le déterminisme local du cancer ».

Ces conférences seront accompagnées de projections.

— CLINIQUE MÉDICALE SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. F. BEZANÇON.) — Le professeur Bezançon, de retour de sa mission au Caire, a repris la direction de son service et son enseignement. Comme par le passé, les leçons auront lieu tous les vendredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Les leçons annoncées pour janvier 1929 sont les suivantes :

Vendredi 18 janvier : Le syndrome radiologique de la pleurésie séro-fibrineuse.

Vendredi 25 janvier : L'état de mal asthmatique.

Vendredi 1er février : Dilatation des bronches et abcès bronchectasiques.

CORRESPONDANCE

SYNDICAT MÉDICAL DE SAINT-NECTAIRE.

Les soussignés, médecins consultants à Saint-Nectaire, réunis le 27 novembre 1928, ont adopté la délibération suivante :

Les membres du « Syndicat médical de Saint-Nectaire » ont pris connaissance de l'arrêté de M. le ministre de l'Hygiène, en date du 5 novembre 1928, instituant un contrôle médical et une surveillance permanente des sources et établissements thermaux de Saint-Nectaire. Ils prient M. le ministre de l'Hygiène d'agréer leurs respectueux remerciements pour avoir répondu favorablement à la demande qu'ils lui ont adressée au mois de septembre 1928 et pour avoir ainsi donné aux malades les garanties nécessaires et défendu les intérêts de la station de Saint-Nectaire.

Drs D. PORGE, POUYET, E. ROUX.
Drs J. SERANE, G. SIGURET, A. VERSEPUY.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE DES HÔPITAUX, 24 ans, terminant sa scolarité, recherche emploi permanent anesthésiste auprès chirurgien ou maison de santé, possède téléph. — Ecr. R. P. au Journal.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

ADOVERNE 'ROCHE'

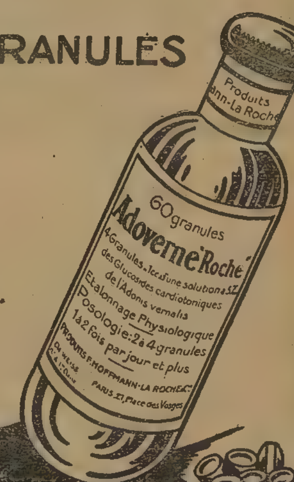
Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES — GRANULÉS

Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.



Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS (3e)

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS**

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
o.gr. 54 d'iode par cm.3
69 Rue de Provence, PARIS IXe

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr d'Iode par cuillerée à café.

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

Chez l'adulte,
une heure avant le coucher,
la prise d'un ou deux comprimés de

SONÉRYL

suivie d'une infusion chaude
permet un sommeil *CALME, RÉPARATEUR,*
assure un *RÉVEIL EUPHORIQUE.*

Les Établissements POULENC FRÈRES
PARIS (3e). — 86 et 92, rue Vieille du Temple. — PARIS (3e)

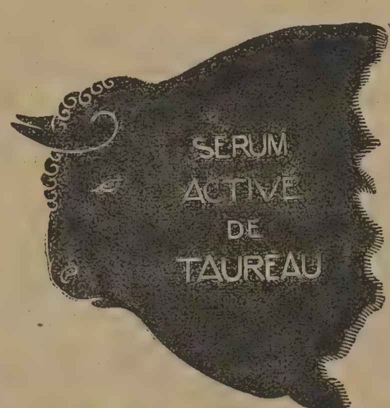
SÉRODAUSSE

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTITOXISÉNYL



ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE, A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER. UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

UN CAS D'URETÈRE DOUBLE

AYANT, PAR NÉPHRITE DOULOUREUSE, SIMULÉ UNE AFFECTION HÉPATIQUE

Par M. F. ODY,

Chef du Second service de chirurgie de l'hôpital cantonal de Genève.

Voici une observation qui nous paraît intéressante à divers points de vue, en particulier par son résultat opératoire éloigné.

M. Stir..., trente-neuf ans. Ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires et personnels. Marié, à trois enfants en bonne santé.

Depuis une année se plaint de douleurs, survenant par crises et localisées dans la région supérieure dr l'hypocondre droit. Ce malade a eu, il y a deux ans, une jaunisse qui a duré plusieurs semaines. Les crises actuelles sont très douloureuses et l'obligent à garder le lit. Elles semblent se répéter à intervalles de plus en plus courts, sont accompagnées de vomissements, très souvent de diarrhées et plus rarement d'une légère poussée de température. Le malade a l'impression que certains aliments jouent un rôle dans le déclanchement des crises. Les substances grasses, en particulier, lui répugnent et lui paraissent favoriser l'apparition des douleurs Les selles n'ont jamais été décolorées; l'examen de laboratoire n'y a jamais révélé de sang. Les urines sont normales. Aucun trouble de la miction.

Le patient a déjà consulté deux médecins qui, tous deux, posèrent le diagnostic de coliques hépatiques et conseillèrent une intervention. A mon tour, je l'examine.

Status. — Homme de forte constitution. Rien de particulier à l'examen des divers organes. Le malade est en état de crise douloureuse depuis trente-six heures. L'abdomen est nettement plus sensible, dans la région vésiculaire qui offre une légère résistance à la palpation. Pourtant ni voussure ni tumeur. Aucun ballonnement rénal. Point d'Israël lombaire positif.

Le transit fait cinq jours plus tard, une fois la crise douloureuse terminée, nous montre un retard d'évacuation gastrique, une accélération dans l'intestin grêle, une atonie des côlons ascendant et transverse, alors que le descendant est tout à fait spastique.

L'examen rénal, pratiqué dans le but surtout de compléter nos investigations, nous donne à la *cystoscopie* : deux orifices urétéraux à droite et un seul du côté gauche. Aucun signe de cystite.

Chromocystoscopie (indigocarmin intraveineux) :

A droite : orifice supérieur, 5′; orifice inférieur, 6′.

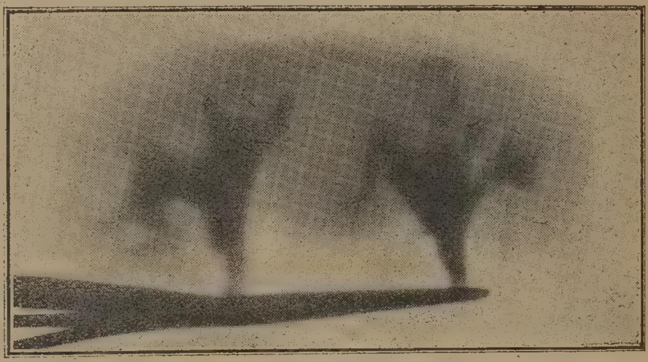
A gauche : de 5′ à 8′ aucune contraction, puis forte éjaculation bleue.

Pyélogramme. — L'injection de 10 centimètres cubes de NaBr dans le méat supérieur et de 8 centimètres cubes dans l'inférieur éveille les mêmes douleurs que celles que le malade accuse spontanément, au moment des crises douloureuses. Bien plus, ce patient peut préciser qu'il ressent lors de cette épreuve deux douleurs bien distinctes qui sont celles qu'il connaît déjà.

A la radio, l'on constate qu'il s'agit d'un rein bilobé avec deux bassinets indépendants auxquels aboutissent deux uretères.

Bien que ces constatations ne posent, en somme, aucune indication opératoire, l'intensité des manifestations douloureuses dont se plaint le malade nous décide à intervenir le 15 juillet 1926.

Incision lombaire. Mise à nu du rein droit, lequel est augmenté de volume, bien que d'aspect normal. A titre de contrôle, nous ouvrons le péritoine et découvrons la vésicule biliaire qui ne présente aucune modification particulière. A la palpation, on ne sent aucun calcul ni dans la vésicule ni dans le cholédoque. Le contenu vésiculaire se laisse très facilement exprimer. Extirpation du rein, malgré son apparence tout à fait saine. Drain. Suites opératoires simples. Guérison complète et définitive. Le malade a recouvré sa complète activité d'autrefois et cela depuis déjà deux ans.



Radio faite après extirpation, excluant une hydronéphrose.

Examen de la pièce anatomique (professeur Askanazy). — Rein de 10-4-5. La surface est ridée par de nombreuses cicatrices, par endroits assez superficielles, par endroits profondes de 3 à 4 millimètres, donnant au rein une ressemblance avec les circonvolutions cérébrales. A la coupe, la substance corticale, large en moyenne de 7 millimètres, par endroits réduite à 5 millimètres (à l'endroit des cicatrices), se délimite bien des pyramides, dont la pointe est légèrement jaunâtre. La muqueuse du bassinet est blanchâtre, par endroits colorée en brun. On constate l'existence de deux uretères.

Au microscope, on trouve des cicatrices déprimant la surface, laquelle est infiltrée de nombreux lymphocytes. Quelques glomérules sont fibreux. Dans certaines pyramides, il y a de petits foyers nécrosés où l'épithélium se colore mal. On constate de petites particules calcaires et quelques leucocytes. Ces derniers sont souvent en karyorhexis, disséminés aussi bien dans l'épithélium que dans le stroma. Par places épaississement de l'*entyma* des artères rénales. Dans les parties atrophiées, quelques cylindres hyalins. Autour des glomérules, le tissu fibreux est souvent épaissi. Quelques canalicules dilatés dans les cicatrices.

Diagnostic anatomique (professeur Askanazy) : foyers cicatriciels disséminés dans la corticale. Petits foyers de nécrose dans les pyramides. Aucun dépôt d'urates. Dépôts calcaires dans les pyramides.

Quelques conclusions s'imposent :

D'abord l'utilité de la cystoscopie dans certains cas de prétendues coliques hépatiques. Pour notre part, nous nous sommes fait une règle de pratiquer systématiquement un rapide examen fonctionnel rénal chez tous les hommes suspects de lithiase biliaire. On sait, en effet, que la calculose des voies d'excrétion de la bile est, chez l'homme, plus rare que la lithiase rénale et que ces deux affections ont bien souvent une symptomatologie assez semblable. D'ailleurs, on n'ignore point que ces deux maladies peuvent coexister. L'épreuve du trétraiode, si encourageante qu'elle soit n'est pas toujours concluante, surtout lorsqu'elle est négative, encore moins, la simple radiographie du carrefour.

On connaît depuis fort longtemps le genre de malformation que nous relatons ici. Cependant cette forme, dans laquelle on ne relève ni dilatation de

l'un des bassinets de l'inférieur le plus souvent, ni artère aberrante, ni calcul ni bacillose a été diagnostiquée assez rarement. Le plus souvent, ce sont des symptômes de rétention pyélo-urétérale qui attirent l'attention du clinicien. L'on ne comprend pas très bien quelle peut être la cause, dans notre cas, des manifestations observées. Cette anomalie se révèle ici par le syndrome de la néphrite douloureuse.

La question de cette dernière affection est un chapitre encore bien obscur des néphrites chirurgicales. L'on sait cependant qu'il existe, quoi qu'en pense certains auteurs (Wildbolz) des néphrites douloureuses sans albumine ni cylindre. Marion désigne sous ce nom une affection caractérisée par la présence de douleurs rénales coexistant avec des altérations plus ou moins marquées, plus ou moins localisées, dues à une sclérose rénale, mais ne s'accompagnant pas toujours de signes de néphrite.

Peut-être conviendrait-il de ne pas oublier, dans les causes prédisposantes de la néphrite douloureuse, certaines malformations congénitales. La chose n'a pas été mentionnée, que je sache. Nous savons pourtant que la stase urinaire ne fait pas que de l'hydronéphrose. N'est-il pas raisonnable d'admettre ici que la gêne fonctionnelle des deux uretères fut trop faible pour provoquer une hydronéphrose dans l'une des deux parties du rein, mais qu'elle fut capable pourtant de laisser s'établir une stase urinaire chronique suffisante pour léser le parenchyme rénal et faire naître une néphrite douloureuse? Le malade spécifie bien que les douleurs provoquées par la distension des bassinets, la stase expérimentale, sont celles qu'il connaissait déjà. Cette observation nous a paru intéressante; elle explique non seulement une confusion possible dans le diagnostic différentiel, mais aussi l'origine de certains syndromes douloureux, dont la cause est souvent si difficile à dépister.

LA CIRCULAIRE CHAUMIÉ

ALIÉNATION MENTALE ET RESPONSABILITÉ

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

La Circulaire Chaumié, depuis plus de vingt ans (1), sert de directives aux magistrats instructeurs en matière d'ordonnance d'expert pour examen mental. Après avoir rappelé la teneur de cette circulaire, nous montrerons les points sur lesquels sa rédaction laisse à désirer, les résultats fâcheux qui découlent de l'atténuation médicale de la responsabilité, et les nouvelles décisions pratiques qui s'imposeront.

A. La rédaction de la Circulaire Chaumié a été nettement influencée par les discussions des Congrès de Science pénale et aussi, croyons-nous, par les controverses si intéressantes et si variées de la Société des prisons de Paris (1900-1905) : tous ces travaux, un peu trop oubliés aujourd'hui, sans doute à cause de la guerre, ont une haute valeur.

Voici d'abord le texte complet de la Circulaire en question, qui date du 12 décembre 1905.

Les Congrès de science pénale les plus récents se sont préoccupés à juste titre de l'atténuation possible de la culpabilité des accusés ou des prevenus, résultant de leur état mental, et ont été amenés à constater que, dans la plupart des cas, les cours et les tribunaux n'ont pas les éléments nécessaires pour apprécier le degré exact de leur responsabilité.

Certains médecins légistes croient avoir rempli suffisamment la mission qui leur a été confiée en concluant sommairement à une responsabilitée « limitée » ou « atténuée ».

Une semblable conclusion est beaucoup trop vague pour permettre au juge d'apprecier la culpabilité réelle du prévenu d'après son état mental au moment de l'action; mais son insuffisance tient généralement au defaut de précision du mandat qui a été donné à l'expert.

A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.

Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé.

Pour atteindre ce résultat, j'estime que la Commission devra toujours contenir et poser d'office, en toute matière, les deux questions suivantes :

1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal;

2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité. L'expert dira en outre... (ici le juge d'instruction spécifiera les points qu'il croira devoir signaler plus particulièrement d'après les résultats de l'information ou les indications fournies par l'inculpé lui-même, par sa famille, ou par son défenseur).

L'intérêt historique de ce texte ne saurait échapper à personne. Les préoccupations de pleine justice qu'on y voit sont d'un ordre élevé. C'est une sorte d'appel vigoureux à la collaboration médicale, scientifique, afin d'approcher de plus près la vérité toujours complexe et fuyante. Examinons maintenant les points faibles du document.

B. Il est question dans cette Circulaire d'examen « biologique » de l'inculpé par le médecin expert des maladies mentales. Depuis une quinzaine d'années le mot « biologie » et l'adjectif « biologique » ont acquis un sens spécial : la biologie, qui est l'étude des liquides et des humeurs de l'organisme, est même devenue aujourd'hui la branche la plus active de la médecine générale. Il est certain que ce n'est point à cette biologie que fait allusion le rédacteur de la Circulaire quand il parle de l'examen psychiatrique et biologique de l'inculpé : il s'agit simplement pour l'expert aliéniste d'étudier et de retracer avec soin les antécédents héréditaires et personnels du sujet, antécédents d'ordre physique et antécédents d'ordre psychologique, sinon moral. Il n'en reste pas moins qu'une confusion fâcheuse peut s'établir d'autant que la biologie vraie, qui

(1) Circulaire CHAUMIÉ. *Bull. offic. du Ministère de la Justice*, 12 déc. 1905, p. 209.

nécessite une éducation et des connaissances propres, prend chaque année une importance plus grande.

La rédaction de la Circulaire laisse à désirer sur cet autre point que l'expert devra dire si l'examen de l'inculpé ne révèle point chez lui des *anomalies mentales ou psychiques*. Pourquoi ces deux adjectifs après le mot anomalies? Peut-être a-t-on voulu dire : anomalies mentales ou nerveuses. En tout cas, si l'expression est à corriger, le texte établit nettement qu'il s'agit des seules anomalies fonctionnelles de l'esprit, et cela, pour nous, est juste, et même essentiel. Dans le cas où le magistrat instructeur désirerait un examen approfondi et détaillé au point de vue physique ou somatique, il devrait désigner un expert qualifié de médecine dite générale.

Quelles sont ces anomalies mentales? C'est un gros problème, bien plus moral que médico-scientifique. Il ne s'agit pas ici d'aliénation mentale : la circulaire le dit expressément et excellemment. Le médecin donne donc son avis sur un point spécial, mais ce n'est qu'un avis, et le juge garde toute sa liberté d'apprécier le délit ou crime. Ces anomalies mentales, ce sont : 1° les troubles constitutionnels de l'intelligence, et seulement la débilité mentale légère, car la débilité mentale profonde, avec incapacité avérée de se diriger seul, et l'imbécillité, constituent des états d'aliénation mentale; 2° les troubles constitutionnels de l'émotivité : la colère, l'irritabilité, l'impulsivité, la tendance au chagrin ou à l'anxiété, l'impressionnabilité, l'instabilité, la paresse, les inclinations aux excès de boissons ou aux excès génitaux, la vanité, l'envie, en un mot les perversités humaines les plus variées; 3° les phénomènes asthéniques ou dépressifs soit épisodiques, soit légers et chroniques, etc.

C. Ces anomalies mentales et nerveuses, quand elles sont assez marquées, dit la Circulaire, justifient à l'égard des inculpés une certaine modération dans l'application des peines édictées par les lois. Cela est bien idéalement, mais cela est désastreux en pratique, peut-être dans 90 p. 100 des cas. Pourquoi? Parce que ces inculpés, incapables de jouir de la liberté, devraient être séquestrés *pour un temps prolongé et indéterminé*, non pas afin de les punir, mais afin de les amender si possible. Etant donné d'une part qu'une telle manière de juger ces individus n'existe pas à ce jour; étant donné, d'autre part, que le placement à l'asile des aliénés ne saurait être envisagé pour eux, il importe de continuer à leur appliquer le régime commun, la prison, en attendant qu'un texte législatif nouveau en décide autrement. La séquestration des impulsifs ou des pervers, — récidivistes le plus souvent, — pour un temps indéterminé soulève beaucoup d'objections; comme elle sera le fait d'un jugement rendu par une Commission spéciale, juridique, administrative et médicale, elle finira par être adoptée sans trop de difficultés. Il est certain que c'est pure vanité d'appliquer des peines à de tels sujets, mais il paraît certain aussi qu'il est assez chimérique d'espérer l'amendement de plus de 75 p. 100 des impulsifs, et encore à la condition sans doute de pratiquer des séquestrations fort prolongées. La Société qui voit défaillir la valeur moralisatrice de la peine, ne trouvera son salut que dans l'élimination durable sinon définitive des individus impulsifs ou pervers les plus dangereux dans des établissements parfaitement clos et bien adaptés à leur fonction : la liberté individuelle sera garantie puisque l'autorité judiciaire sera représentée dans les Commissions constituées et devra avoir la haute direction et l'exacte surveillance des établissements qui seront créés.

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PAR LE SOMNIFÈNE

Par le docteur Jean LARRIBÈRE.
Chef de clinique obstétricale à la Faculté d'Alger.

(Travail de la Clinique obstétricale : Professeur, M. Laffont.)

Dans les derniers mois de la grossesse, la femme enceinte est atteinte d'un syndrome que M. Pinard a attribué à l'intoxication hépato-gravidique et que M. Bar appelle « éclampsisme ».

Caractérisée cliniquement par l'albuminurie, l'hypertension, les œdèmes, l'affection évolue insidieusement. Bien traitée son pronostic est des plus bénins, car elle guérit généralement; mais si on la laisse évoluer, elle se complique d'accidents redoutables à caractère explosif qui sont : l'éclampsie proprement dite (crises convulsives), l'apoplexie utéro-placentaire, l'œdème aigu du poumon, les hémorragies cérébrales, etc...

La pathogénie de cette maladie nous est inconnue. Il semble pourtant qu'elle soit déterminée par une intoxication et la thérapeutique de désintoxication a raison, presque toujours, du syndrome éclampsisme.

Contre les complications, toutefois on ne dispose que de traitements empiriques ou symptomatiques.

La complication dénommée éclampsie, qui se manifeste par des crises convulsives, a vu se dresser contre elle, pendant des siècles, la saignée et lorsque après les travaux d'Ambard, vers 1905, on découvrit l'hypertension constante des éclamptiques, on redoubla de spolations sanguines.

A mesure de leur découverte, les anesthésiques tels que le chloroforme, les analgésiques dont le meilleur est encore la morphine, les hypnotiques dont le type est le chloral furent tour à tour employés. Tous connurent une vogue mondiale dans le traitement de cette affection et actuellement le chloral et la morphine conservent leur renommée soit isolément, soit associés selon la méthode de Stroganoff.

Cette thérapeutique symptomatique tend à placer le système nerveux central dans un état de torpeur qui le rend insensible à l'excitation, inconnue de nous, qui déclanche la crise convulsive. Toutefois cette sédation doit se prolonger pendant un temps suffisamment long pour permettre la désintoxication de l'organisme. Une période de plusieurs heures est nécessaire; or, les anesthésiques, les analgésiques et les hypnotiques chloraliques n'ont qu'une action éphémère. Pour en prolonger les effets, il faut dépasser les doses toxiques. Avec le chloroforme, Pinard a atteint 750 centimètres cubes et Hyppolite

1.350 centigrammes. Le chloral a été administré à raison de 12-18-20 centigrammes. Pour la morphine Veit a injecté jusqu'à 20 centigrammes. Rouvier s'arrête à 12 centigrammes même lorsque les crises continuent parce qu'il n'ose aller plus loin. D'ailleurs il est peu logique de lutter contre un syndrome excite-moteur par des anesthésiques et des analgésiques dont l'usage convient surtout en face de la douleur; mais il semble que les hypnotiques trouvent alors une indication de choix. Si contre l'éclampsie le chloral ne s'est pas montré d'une efficacité immédiate et définitive c'est qu'il n'est pas assez puissant.

Depuis quelques années de nouveaux hypnotiques ont été découverts. Ils appartiennent à la famille des uréides. Tous ont fait preuve d'une valeur sédative, inégalée par les chloraliques et les sulforés.

Le véronal et le dial se sont conquis contre l'insomnie, la faveur des praticiens. Le gardénal s'est révélé le meilleur des agents à opposer à l'épilepsie, à la chorée. Mais ces médicaments sont insolubles et leur posologie est trop voisine de leur seuil d'intoxication. Ils sont dangereux à manier.

Le dernier venu est le somnifène. Découvert en 1920 à Zurich par Alday Redonnet, il a été utilisé par Fredet et ses élèves comme anesthésique et certains accoucheurs ont voulu voir en lui le médicament de l'accouchement sans douleur. Il procure un sommeil profond qui pourrait en imposer par la narcose. Mais ce n'est ni un anesthésique ni un analgésique. Les chirurgiens ont dû lui associer la scopolamine et la morphine et les accoucheurs l'ont abandonné parce qu'il entraîne au moment du travail une agitation inconsciente fort gênante. En réalité le somnifène est et reste un hypnotique le plus puissant et le plus maniable de ceux connus.

C'est ce qui explique sa vogue en psychiâtrie où il fait merveille dans tous les états d'agitation épisodique, manies aiguës, délirium tremens..... Nous en avons usé avec succès contre les manies puerpérales.

Notre maître M. le professeur Houël a pensé qu'il était logique de l'essayer contre un syndrome convulsif tel que l'éclampsie à une époque où nous n'avions pas connaissance des essais antérieurs de Marion (Canada) et Emmerich (Allemagne). Il nous a confié le soin de pratiquer ces essais à la Maternité d'Alger, dans le service de notre maître M. le professeur M. Laffont qui nous a engagé à poursuivre nos tentatives.

Nous avons donc traité par le somnifène toutes les éclamptiques qui se sont présentées dans le service.

Nos deux premières observations ont été rapportées à la Société d'obstétrique et de gynécologie.

Les six autres observations ont été communiquées le 9 juillet 1928 à la même Société. Nous avons donc recueilli huit observations.

Cinq mères sont entrées avec des fœtus vivants in-utéro.

Une mère est entrée avec un fœtus macéré.

Deux mères sont entrées ayant accouché en ville. Toutes les mères et tous les enfants entrés vivants, sont sortis vivants. Le résultat ne pouvait être meilleur. Sept fois sur huit, les crises ont été arrêtées instantanément, souvent même au cours de l'injection, une seule fois, il a fallu renouveler l'injection quatorze heures après la cessation des crises, mais la malade était placée dans de très mauvaises conditions d'isolement, dans le même cabinet que deux opérées du jour qui ne cessaient de crier malgré la morphine. Cela suffit-il à expliquer la réapparition tardive d'une crise?

Le sommeil a eu une durée variable suivant les malades. Elle a été de sept heures, seize heures, six heures et demie, soixante-dix heures (!), cinq heures dix. Les durées minimum de cinq heures dix, six heures et demie et sept heures indiquent la durée du premier sommeil, mais au bout de ce laps de temps, généralement les malades se rendorment d'un sommeil tranquille dont il est facile de les tirer. Ce sommeil se prolonge en moyenne vingt-quatre heures.

En général, ce sommeil est tout à fait paisible accompagné parfois d'un léger ronflement. La respiration est calme, le pouls tranquille, lorsqu'on voit apparaître de l'agitation intermittente accompagnée de gémissements c'est que la malade est en travail. Elle perçoit alors la douleur de la contraction, mais l'état d'hypnose persiste. A ce moment, la parturiente doit être surveillée de près pour lui éviter des traumatismes. On pourrait user utilement de la morphine. Lorsque le sommeil est profond et dure longtemps, les malades doivent être l'objet de soins particuliers. Chez une de nos éclamptiques, le sommmeil dura soixante-dix heures après une dose unique de 4 centimètres cubes, mais il avait fallu pratiquer, en outre, une anesthésie à l'éther pour opérer des incisions du col et un forceps. Peut-être doit-on à l'anesthésique un mordençage de la cellule nerveuse qui a permis une hypnose à la fois plus profonde et plus durable que dans les autres cas.

Nous avons fait les observations suivantes : les paupières et la bouche restaient entr'ouvertes comme dans une paralysie faciale périphérique double; la malade ne pouvait être tirée de son hypnose. Immobile dans le décubitus horizontal, elle respirait tranquillement, son pouls était légèrement ralenti (60). Une conjonctivite segmentaire est apparue à droite au niveau de la zone du globe oculaire restée découverte. Les gencives se couvraient de fuligurosité.

Nous pensons que dans ce cas, il convient de clore bouche et paupières par des bandeaux. D'instiller toutes les deux heures dans les narines des solutions isotoniques de métaux colloïdaux, de pratiquer plusieurs fois par jour un nettoyage sérieux de la cavité buccale, prévenir les escares sacrées par une toilette des régions sensibles. Les malades seront, en outre, alimentées à la sonde rectale. Le sérum glucosé à 47 p. 1000 suffit chez de telles intoxiquées. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. Voilà les observations que nous avons faites quant aux mères.

Les fœtus ne semblent pas avoir été incommodés par le somnifène. Tous ceux qui étaient vivants ont survécu. Quelques mères ont cru remarquer avant l'accouchement une diminution de l'intensité des mouvements actifs. On a noté après la naissance

chez l'un d'eux un sommeil prolongé qui rendait difficile l'allaitement mais tous les enfants ont crié dès leur expulsion au moment de l'accouchement et tous sont sortis vivants de la maternité.

En somme, il serait naïf de formuler, d'après un si petit nombre d'observations, un jugement définitif sur la valeur de cette méthode. Peut-être un hasard heureux a assemblé pour nous des cas bénins. Nous reconnaissons que toutes nos malades avaient eu peu de crises antérieurement à l'injection de somnifène.

Toutefois, on ne peut manquer d'être impressionné par plusieurs faits.

1. L'arrêt instantané des crises qui n'a été obtenu que très rarement par les autres méthodes avec lesquelles le médecin est entraîné, non sans angoisse, vers une posologie qui dépasse les doses habituelles, On se demande où on s'arrêtera.

2. Deux grossesses ont continué à évoluer après la cessation des crises.

Certes, le fait n'est pas nouveau, mais il est rare lorsqu'il se produit, le plus souvent, l'enfant est mort in-utéro; c'est ce qui a guéri la mère, il s'agit de rétention prolongée d'enfants morts.

Dans nos deux cas, les enfants sont nés vivants, l'un dix-neuf jours, l'autre trente-quatre jours après la guérison de la mère.

3. La facilité de la méthode qui ne nécessite pas un personnel spécialisé, ce qui permet le traitement à domicile.

De tout ceci, il résulte que le somnifène semble être un excellent médicament de l'éclampsie, mais il faudra l'épreuve du temps pour juger de sa valeur réelle. Cependant déjà, nous pensons que les résultats obtenus autorisent de belles espérances qui nous ont incité à les faire connaître.

BIBLIOGRAPHIE

EMMERICH. *Wiener med. Woch.*, 1924, n° 46, p. 2427-2429.
MARION. *L'Action médicale*, avril 1925.
HOUEL-JAHIER-LARRIBÈRE. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1927, n° 9.
LAFFONT et JAHIER. Au sujet de 143 cas d'éclampsie observés à la Maternité d'Alger, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928, n° 6.
LAFFONT-HOUEL-LARRIBÈRE. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.
LARRIBÈRE. *Th. d'Alger*, 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1929)

Toxine dysentérique purifiée abiurétique. — MM. S. HOSOYA et G. STEFANOPOULO, en continuant leurs recherches sur la purification de la toxine dysentérique, exposent la méthode qui leur a permis d'obtenir une toxine purifiée qui, même concentrée, ne donne pas la réaction du biuret ni celle de Millon. Cette toxine abiurétique est active à l'égard du lapin, du cobaye et de la souris et peut être soumise à une deuxième purification sans perdre son pouvoir toxique. Chauffée à 100 degrés pendant cinq minutes elle perd sa toxicité; elle peut être neutralisée par un sérum antidysentérique.

Essais sur l'immunité antitoxique. De l'influence des injections d'antigènes microbiens non spécifiques sur la production des antitoxines. — M. G. RAMON montre que chez les chevaux producteurs d'antitoxine diphtérique ou tétanique les injections d'antigènes microbiens non spécifiques, déterminant ou non des chocs, sont incapables par elles-mêmes de provoquer une formation nouvelle d'antitoxine, elles n'ont en l'absence de l'antigène spécifique aucune influence sur l'immunité antitoxique acquise et sur la production de l'antitoxine.

Propriétés des sérums antigangréneux préparés par injections de microbes formolés seuls. — MM. WEINBERG et J. BAROTTE ont préparé des sérums antigangréneux par injection de poudres microbiennes. Ils ont vu que l'injection sous-cutanée de corps microbiens formolés émulsionnés en eau physiologique provoque l'apparition de propriétés antitoxiques et agglutinantes. Mais si le pouvoir agglutinant des chevaux reste sensiblement constant, les proprietés antitoxiques et anti-infectieuses des sérums préparés en injectant exclusivement des microbes formolés par voie sous-cutanée sont irrégulières; elles varient suivant l'animal injecté et suivant l'antigène microbien employé.

L'emploi des toxines formolées dans la préparation des sérums antigangréneux. — MM. WEINBERG et J. BAROTTE, utilisant les toxines formolées pour l'immunisation des chevaux producteurs de sérums antigangréneux, ont comparé les résultats des titrages effectués avant et depuis l'emploi des antigènes formolés.

Ils ont constaté que le pouvoir anti-infectieux de ces sérums n'a pas sensiblement varié. Mais si le pouvoir antitoxique des sérums anti-œdematiens et antiperfringens s'est maintenu à peu près identique, il paraît avoir plutôt fléchi pour les sérums antivibrion septique et antihistolytique.

Le formol paraît agir d'autant plus défavorablement sur le complexe antigénique toxique des microbes que celui-ci renferme une proportion plus forte de substances albuminoïdes désintégrées provenant des milieux de culture. Cette hypothèse se base sur la constatation que des quatre toxines gangréneuses utilisées la plus atteinte est celle du bacille le plus protéolytique (B. histolytique).

Variations simultanées du chlore et de l'urée dans le sang des sujets atteints de néphrite chronique. — M. LAUDAT expose les resultats des recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années sur les variations simultanées du chlore et de l'urée dans le sang des brightiques.

Ne retenant que les cas dans lesquels l'urée était supérieure à 50 centigrammes, il a pu examiner plus de 300 malades. Il les classe, d'une part, d'après le degré de la rétention uréique, et, d'autre part, d'après le taux de la chlorémie.

L'examen des tableaux dans lesquels sont résumés ses résultats lui permet les conclusions suivantes :

1° Une chlorémie normale peut exister dans un tiers au moins des cas jusqu'à 4 grammes d'urée; au delà de ce chiffre elle ne s'observe que très rarement.

2° L'hyperchlorémie, très fréquente jusqu'à 2 grammes d'urée, devient plus rare entre 2 et 4 grammes, exceptionnelle au-dessus de ce dernier chiffre.

3° L'hypochlorémie, au contraire, est rare entre 0g50 et 1 gramme d'urée; on l'observe plus fréquemment jusqu'à 2 grammes et surtout entre 2 et 4 grammes. Au-dessus de 4 grammes, elle semble constituer une règle.

L'hyper et l'hypochlorémie suivent donc, d'une façon générale, une marche inverse à mesure que la rétention uréique s'élève.

Chimiothérapie dans la série de la morphine. — MM. BRISSEMORET et A. CHALLAMEL exposent que les bases dérivées de la phényléthylamine possèdent certaines propriétés

de la morphine et qu'elles peuvent être substituées à cet alcaloïde dans le traitement du morphinisme chronique.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA QUESTION DU LOGEMENT ET DE LA PATENTE DANS LES PROFESSIONS LIBERALES

Depuis plusieurs années, la question du logement et de la patente est devenue angoissante pour ceux qui exercent une profession libérale, comme les médecins et les avocats; aussi les groupements professionnels s'en sont-ils occupés et s'en occupent-ils encore activement (1). L'élévation du taux des loyers et l'augmentation considérable des impôts, surtout de la patente, sont l'objet des préoccupations constantes pour ceux qui exercent les professions médicales et judiciaires. Il y a plus; et on peut se demander si, d'une manière générale, les impôts excessifs et aggravés à tout instant ne sont une des causes principales de ces scandales qui naissent de l'obligation où chacun se trouve de chercher à augmenter son revenu par tous les moyens, même douteux, afin de faire face à des charges, jusqu'alors insoupçonnées, plus considérables chaque jour.

1. La loi du 1er avril 1926 contient deux dispositions quelque peu menaçantes : 1° à partir du 1er avril 1929 une loi nouvelle doit modifier le taux des loyers; 2° les prorogations légales pour les locaux professionnels vont prendre fin sous peu de temps.

Depuis la loi du mois de juin dernier, les propriétaires ont fait connaître leurs intentions; cette loi ayant stabilisé le franc à o fr. 20, les propriétaires considèrent comme une conséquence pour ainsi dire automatique de la stabilisation légale, l'application aux loyers de 1914 du coefficient 5; certains, plus modérés, accepteraient de n'arriver à ce relèvement que par palliers semestriels ou annuels. En ce qui concerne le renouvellement des prorogations, les propriétaires, en général, considèrent qu'il y a lieu de recourir au droit commun d'avant-guerre, lequel suffira à lui seul, pensent-ils, à rétablir le marché du logement.

Cependant, ils ne paraissent pas obtenir gain de cause auprès des pouvoirs publics : le gouvernement a, en effet, déposé un projet de loi qui limite le loyer auquel peut prétendre le propriétaire à partir d'un certain loyer, tel qu'il existait avant-guerre, et qui accorde une prorogation nouvelle jusqu'en 1935 pour certains baux. Les locaux professionnels bénéficieront de cette législation dans le projet de loi dont il s'agit.

On dit que la limitatiou dn loyer et le bénéfice d'une nouvelle prorogation sont choses qui paraissent nécessaires à l'heure actuelle : en effet, pour le travailleur intellectuel, spécialement pour celui qui exerce une profession libérale, il ne s'agit pas seulement de savoir s'il pourra s'assurer et assurer à sa famille un abri plus ou moins confortable, mais il s'agit aussi de savoir s'il ne perdra pas son instrument de travail, c'est-à-dire son moyen d'existence.

Le raisonnement qui consiste à appliquer le coefficient 5 au loyer d'avant-guerre est-il juste? Un examen sérieux de la question conduit à admettre la négative. En stabilisant le franc, l'Etat a consacré la perte sans retour des quatre cinquièmes de la monnaie nationale : désormais, le franc vaut quatre sous; il doit valoir, dit-on, quatre sous pour tous, sans exception. Dès lors, ceux qui ont prêté avant-guerre à l'Etat, à des Sociétés ou à des particuliers, des francs qui valaient vingt sous, ne recevront et ne reçoivent plus que des francs à quatre sous.

De ceux-là, peut-on, en toute équité, exiger qu'ils paient leur loyer avec des francs à vingt sous, alors qu'ils ne reçoivent pas cinq fois le revenu du prêt? Car, multiplier les loyers de 1914 par le coefficient 5, c'est en réalité en exiger le paiement en francs-or. Il ne peut y avoir deux catégories de Français : ceux qui possèdent des pierres, c'est-à-dire de l'or, et ceux qui détiennent la signature de l'Etat, des Sociétés et des particuliers, c'est-à-dire du papier. Aucune législation, établie dans un Etat sain, ne peut permettre un pareil déséquilibre qui aboutit à une injustice.

On dit, il est vrai, que le logement est une marchandise comme une autre; pourquoi, dans ces conditions, en limiter le prix alors qu'on ne limite pas celui des autres marchandises? Cette observation qui paraît avoir une apparence de logique, n'est cependant pas fondée. Tout d'abord, dans tous les pays, chaque fois que n'a pu jouer la loi de l'offre et de la demande, ont été taxées les denrées de première nécessité : l'habitation est comme ces denrées de première nécessité; on peut critiquer *la taxe* et les conséquences qu'elle entraîne; mais c'est un fait qu'on doit constater, on a été obligé d'y recourir à différents moments de notre histoire économique. En second lieu, s'il est licite que les commerçants vendent leurs marchandises au cours du jour, c'est seulement lors qu'ils les ont achetées au cours du jour. Enfin, la possession d'un immeuble n'est ni un commerce ni une industrie; c'est un placement; ce placement ne doit être ni mieux, ni plus mal traité que les autres placements, notamment les prêts faits à l'Etat, aux Départements, aux Chemins de fer. Sans doute, le propriétaire a des charges, il a des réparations à faire; mais la loi lui permet précisément de récupérer sur le locataire le montant des charges au cours du jour; pour les réparations, il faut remarquer que, lors qu'un locataire entre dans un appartement, le propriétaire ne fait plus les réparations qu'il faisait avant guerre et que le propriétaire d'immeubles, construits ou achetés avant la guerre, a plus ou moins amorti le capital le représentant. Quelle est la situation de celui qui veut vendre son titre de rente 3 p. 100 ou son obligation de chemin de fer 3 p. 100? Il a perdu une partie importante de son capital, et il est payé en franc-papier!

Est-il raisonnable que le propriétaire seul échappe à la loi commune du franc à quatre sous, en l'autorisant à multiplier le loyer de 1914 par le coefficient 5, c'est-à-dire à le recevoir en franc-or?

Un autre point de vue doit être pris en considération, c'est la question des honoraires que peut demander celui qui exerce une profession libérale : le médecin de campagne ou de quartier peut-il multiplier par 5 le prix de la visite d'avant guerre? Assurément non. Or, la patente a décuplé; comment le médecin vivra-t-il, s'il lui faut en outre payer cinq fois le loyer d'avant-guerre, auquel viennent s'ajouter les charges si considérables aujourd'hui?

Le travailleur intellectuel, le médecin, le chirurgien, doivent avoir leur place dans la cité, où ils sont indispensables : ils ont la garde de la santé publique. On ne peut leur interdire de vivre, en leur imposant des charges qu'ils ne peuvent honnêtement supporter. Si certains arrivent à des situations particulièrement brillantes, ce sont des exceptions; la loi n'est pas faite pour ces exceptions, elle est évidemment faite pour ceux qui ont besoin d'être protégés.

On ne saurait méconnaître que la situation de certains propriétaires présente un intérêt particulier et que leurs droits doivent également être sauvegardés. Mais l'Etat qui s'est reconnu le devoir de contribuer à la création d'un nouveau patrimoine immobilier, ne se doit-il pas à la conservation de l'ancien? Un secours en subventions et en prêts ne doit-il pas être assuré, là où il est reconnu nécessaire, aux immeubles anciens comme aux immeubles neufs à élever? La loi sur les loyers a prévu des indemnités pour certains propriétaires qui avaient subi des réductions de loyer par application de la loi du 1er mars 1918.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, p. 474, 797 et 1538.

En toute justice, propriétaires et locataires doivent, fait-on observer, supporter chacun les conséquences de la démonétisation du franc : faire payer aux locataires cinq fois le loyer d'avant-guerre, c'est mettre à leur seule charge les conséquences de cette démonétisation. S'il en est qui n'ont que des valeurs mobilières dans leur patrimoine, — et ils sont nombreux en France — c'est leur imposer deux fois les conséquences de la démonétisation du franc.

C'est pourquoi, en principe, il ne paraît pas possible de multiplier par le coefficient 5 le taux du loyer d'avant-guerre au moins pour les loyers peu élevés; et ceci est particulièrement vrai pour celui qui exerce une profession libérale, comme le médecin ou l'avocat. Il est nécessaire, en conséquence, étant donné l'état économique actuel, de prendre les mesures proposées par le gouvernement.

2. La question ne se pose pas seulement de savoir si on peut demander au médecin ou à l'avocat un loyer excessif : elle se pose aussi de savoir si l'exagération de l'impôt de la patente doit continuer à subsister.

Loyer et patente sont actuellement solidaires : le taux de la patente est fonction de celui du loyer non seulement des locaux occupés professionnellement, mais encore de l'ensemble des locaux utilisés par l'assujetti pour son habitation familiale.

La loi du 31 juillet 1917 a supprimé l'imposition de la patente comme impôt d'Etat et l'a remplacé par l'impôt cédulaire sur les revenus tant des professions commerciales que des professions non commerciales. Provisoirement, les départements et les communes ont été autorisés à continuer de percevoir les centimes additionnels au principal fictif de cette taxe disparue. En matière fiscale, on arrive à des situations à l'égard desquelles on pourra se demander, dans un avenir éloigné, si nous jouissions vraiment de toute notre raison! La critique a été acerbe contre les impositions de l'ancien régime!! que dire de cette formule : centimes additionnels perçus au profit des Départements et des Communes sur un principal fictif, principal supprimé par la loi?

A Paris, pour 1928, la patente a représenté 66 p. 100 environ des loyers inférieurs à 20.000 fr. et 100 p. 100 des loyers égaux ou supérieurs à ce chiffre; dans certaines grandes villes, le taux de 100 p. 100 a, paraît-il, été dépassé!

Il est nécessaire de réformer l'impôt de la patente dans le sens de la limitation aux seuls locaux commerciaux ou professionnels avec fixation d'un taux maximum. Il est contraire à toute justice de faire payer un impôt important à celui qui est obligé d'avoir un grand appartement en raison de sa nombreuse famille. Mais cela ne suffit pas pour montrer la nécessité d'une réforme de la patente : s'il est juste que les familles nombreuses bénéficient d'abattements et d'exemptions pour les impôts qui grèvent la vie courante, habitation et revenus, on s'explique moins ces réductions en ce qui concerne les locaux purement professionnels ou commerciaux. A cet égard la réduction doit s'appliquer à tous : la partie du local consacrée uniquement à l'habitation doit échapper à l'impôt de la patente en raison même de la définition : son essence est de ne s'appliquer qu'à ce qui est commercial ou professionnel.

Des efforts sont faits en ce sens auprès des pouvoirs publics. Les représentants des grandes associations ou fédérations nationales de la propriété bâtie, du commerce et de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics et des professions libérales, délibérant en commun, ont émis le vœu, notamment, que l'assiette de la patente fût restreinte aux seuls locaux commerciaux ou professionnels, à l'exclusion des locaux d'habitation, en attendant la suppression ou la réforme de la patente. On a invoqué ce juste motif, que les centimes additionnels perçus au profit des Départements et des Communes sur un principal fictif étaient une charge excessive, hors de proportion avec l'importance du commerce ou de la profession exercée.

Les deux questions que nous venons d'examiner ont fait l'objet de discussions très intéressantes à la Confédération des travailleurs intellectuels et d'observations de Me Sarran avocat à la Cour de Paris; nous nous en sommes inspiré dans cet article à l'effet de montrer l'importance qui existe pour la profession du médecin et de l'avocat à ce qu'elles soient résolues dans un sens favorable, si on ne veut pas ruiner ces professions Déjà le gouvernement a déposé un projet relatif à la limitation du taux des loyers et à la prorogation; des propositions sont faites pour modifier le régime de la patente.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis. Réactions d'hémolyse. Réactions de floculation (1), par R. Demanche.

Il était nécessaire de mettre au point la question de la technique du séro-diagnostic de la syphilis. Tout un chapitre nouveau s'est ouvert ces dernières années, celui des réactions de floculation; leur importance s'accroît de jour en jour, mais leur description est encore éparse dans des publications isolées. Quant aux réactions classiques de fixation du complément, elles n'ont été le plus souvent décrites dans les manuels spéciaux qu'à l'occasion d'une méthode personnelle à laquelle leur auteur réserve naturellement la plus grande place, ou bien elles font seulement l'objet d'un chapitre sommaire au milieu d'un traité complet des méthodes de laboratoire appliquées à la clinique.

Ce Précis est un livre de métier. M. Demanche, ancien chef du laboratoire sérologique de l'hôpital Cochin-Ricord, y donne une description aussi brève et aussi précise que possible de toutes les techniques fondamentales employées actuellement dans les laboratoires pour faire le séro-diagnostic de la syphilis, soit avec le sérum sanguin, soit avec le liquide céphalo-rachidien. Ces techniques, il les a pratiquées lui-même et il les expose de telle façon que les sérologistes puissent facilement les répéter et que les médecins puissent se rendre compte de la manière dont sont obtenus les résultats que leur transmet le laboratoire.

L'ouvrage comprend naturellement deux parties : I. Réactions de fixation du complément ou d'hémolyse; II. Réactions de floculation.

Les premières sont nettement distinguées en deux chapitres, les réactions au sérum chauffé; réaction de Wassermann classique; réaction de Wassermann classique; réaction de Calmette et Massol; réaction de Desmoulières; réaction de Jacobstal et les réactions au sérum frais; réaction de Hecht; réaction de Rowihise; réaction de Debains. Des indications précises sont données pour la préparation et le titrage de tous les éléments qui intéressent dans la réaction, ainsi que sur les méthodes de mesure de son intensité.

Les réactions de floculation sont pour la première fois décrites dans leur ensemble à côté des réactions de fixation du complément. Elles se divisent en deux groupes. Les unes sont communes au sérum et au liquide céphalo-rachidien; réaction de floculation de Meinické; réaction de Vernes; réaction de Sachs-Georgi; réaction de Kahn; réaction d'opacification de Meinicke. Les autres sont spéciales au liquide céphalo-rachidien : réaction de l'or colloïdal, réaction du benjoin colloïdal, réaction de l'élixir parégorique.

Des figures et de nombreux tableaux éclairent le texte.

L'auteur a volontairement écarté toute discussion théorique

(1) Un volume de 123 pages avec 8 figures et 24 tableaux. — Prix : 14 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

et tout appareil documentaire. Mais il a donné en manière de conclusion quelques indications pratiques sur la façon de conduire les recherches sérologiques et d'interpréter leurs résultats. L. G.

Thérapeutique digestive. Les principaux médicaments (1), par M. G. Faroy, médecin des hôpitaux de Paris. Préface de M. Loeper, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

Bien qu'il existe déjà beaucoup de formulaires, de précis et de traités de thérapeutique, ce livre simple, alerte, bien ordonné et sagement écrit sera fort utile et ne fera pas double emploi.

Il traite d'un appareil vers quoi tendent de plus en plus les regards des malades et des médecins; il reste cantonné dans son sujet et n'égare point l'attention du lecteur. Il n'a ni la sécheresse du formulaire, ni l'allure pesante d'un traité, ni même le caractère dogmatique d'un précis.

Il est pratique et facile, exact et concis et représente un ensemble de consultations raisonnées.

Le praticien, au sortir d'un enseignement parfois trop théorique, y trouvera tout ce qu'il doit connaître, sinon tout ce qui est connu. Il y verra comment on combine soi-même des formules médicamenteuses, simples et utiles et comment on conserve un peu de ce vieux privilège du médecin instruit : l'art de formuler.

D'ailleurs il n'y a pas dans ce livre que des éléments de posologie : il y a aussi l'explication de l'action médicamenteuse et la raison de son efficacité.

L'alliage y est intime de la physiologie du symptôme qu'il faut traiter, et de celle du médicament qu'on lui doit opposer.

A la classification physiologique et la classification clinique des agents médicamenteux, l'auteur a préféré l'ordre alphabétique qui permet de retrouver plus rapidement le renseignement que l'on cherche.

Les différents chapitres sont cependant reliés les uns aux autres par des idées communes et de nombreuses incursions dans le domaine de la pathologie générale, tant sur le magnésium que sur le calcium, sur l'insuline que sur les ferments peptiques, sur les dyspepsies que sur l'appareil vago-sympathique, rappelle au spécialiste que tout organe doit être considéré non seulement dans ses malades propres, mais dans le retentissement de ces maladies sur l'organisme tout entier.

Sous un format pratique, ce petit volume sera susceptible de rendre service à l'étudiant et au praticien. L. G.

(1) In-8 de 130 p. — Prix : 15 fr. — Paris, Doin et Cie.

Le Traitement curatif de l'asthme (1), par Paul Cantonnet.

Dans cette nouvelle édition l'auteur apporte des précisions sur les soins généraux qui doivent accompagner son traitement désensibilisateur. Un chapitre nouveau relatif aux asthmes drogués étudie l'état du sympathique chez l'asthmatique et fait connaître à la fois l'existence et le traitement d'un syndrome secondaire nouveau. L. G.

Métabolisme cellulaire et métabolisme des tumeurs. Travaux du Kaiser Wilhelm Institut für Biologie (Berlin Dahlem). Publiés par O. Warburg. Traduits par E. Aubel et L. Genevois. Deux vol. in-16 de la Nouv. Collect. scientif., avec fig. — Prix : ensemble, 30 fr. — Paris, F. Alcan.

(1) Deuxième édit. Une broch. de 100 p. — Paris 1929, Maloine.

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS, 134.569

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

"CALCIUM - SANDOZ"

Gluconate de chaux pur — Sel soluble entièrement assimilable — Calcium scientifique

La première préparation calcique injectable à doses efficaces sans inconvénients par la voie intra-musculaire

Granulé sans sucre

Adultes : 3 cuillerées à café bien pleines par jour
Enfants : 2 à 3 cuillerées à café par jour

Ampoules à 10 cc.
pour injections intra-musculaire et intra veineuse

Adultes : Une tous les 2 à 3 jours
Enfants : 2 à 5 cc. tous les 2 à 3 jours

Bien spécifier " CALCIUM-SANDOZ "

PRODUITS " SANDOZ " 3 et 5, rue de Metz, PARIS (Xe), M. Carillon, Pharmacien de 1re classe

citroflavyl & citrocarbine

CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ

CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ

LABORATOIRES WARIN
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C. 221 830 Se

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT

LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme

SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.

LE PERDRIEL PARIS 11 Rue Milton (9e)

C. R., 44.342, Seine.

OPOTHÉRAPIE

TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4, spher. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entero-pancreatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISES* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.* Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café
ou 4 à 12 pilules par jour

R. C., 185,284, Seine

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique — Dialyl — Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Répartitions Hospit.

Prix exceptionnel de ce numéro : **1** franc.

Nº 6. — SAMEDI 19 JANVIER 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 19 JANVIER 1929. — Nº 6.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvre le lundi 11 février 1929, à 9 h. du matin, à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Inscription à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du lundi 21 janvier au mercredi 30 janvier 1929 inclusivement.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1929, dans les hôpitaux de Paris, s'ouvrira le vendredi 1er mars 1929, à 10 h., dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié.

Inscription tous les jours, dimanches exceptés, de 14 à 17 h., du vendredi 1er au vendredi 15 février inclusivement, à l'administration centrale (bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Postes et Télégraphes. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Paul Lutaud (de Paris).

Ministère des Pensions. — *Au grade d'officier.* — MM. le professeur Carrière (de Lille), Huber, médecin des hôpitaux de Paris; Lesire, chef adjoint du cabinet du ministre.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Abbatucci (de Bastia) et Jules Lévy; M. Surrel, assistant radiologique à l'hôpital Saint-Louis.

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Michel.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Le Berre, Lepeuple, Poupelain.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Pervès et M. le professeur Dubreuil (de Bordeaux).

GUERRE. — M. le médecin général Rigaud a été placé, à compter du 14 janvier, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Bar, directeur du Service de santé de la 4e région, au Mans; Melliès, directeur du Service de santé de la division d'Alger.

— Le médecin colonel Vigerie est nommé directeur du Service de santé de la 12e région, à Limoges ; le médecin colonel Rouffiandis est nommé directeur du Service de santé de la 16e région, à Montpellier.

(Troupes coloniales.) Sont promus au grade de médecin lieutenant les élèves du Service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine en 1928 et versés dans le corps de santé des troupes coloniales, dont les noms suivent :

MM. Vernier, Raboisson, Maze, Cavalade, Montalieu, Beaudiment, Remion, Broch, Bernard, Lotte, Berny, Moustardier, Beautes, Perramond, Crenn, Boulnois, Duron, Camenen, Léger, Meyer, Brousté, Russaouen, Diaz-Cavaroni, Bernard-Lapommerey, Escudier, Leitner, Castets, Raymond, Cauzy, Ceccaldi, Hostier, Morelet, Charot, Orly, Conjard.

HOMMAGE AU PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE. — Les élèves et les amis du maître de l'obstétrique bordelaise viennent, à l'occasion de sa retraite, de lui remettre une médaille commémorative.

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

Cette cérémonie a été l'occasion d'une émouvante manifestation d'estime et d'affection.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HOSPITALISATION s'ouvrira à Atlantic City (New-Jersey, U. S. A.) dans la matinée du 13 juin 1929. Ce Congrès sera immédiatement suivi par l'Assemblée de l'Association américaine d'hospitalisation.

Avec ce Congrès, le premier de ce genre, aura lieu une intéressante exposition de plans et modèles d'hôpitaux modernes, de divers types d'aménagement d'hôpitaux et de fournitures et de données statistiques relatives aux soins donnés aux malades dans le monde entier.

Le but du Congrès est de faire se rencontrer toutes les personnes qui s'interessent à la construction et à l'organisation des hôpitaux et de permettre par des contacts personnels et des échanges d'idées une meilleure compréhension des besoins hospitaliers, des problèmes aussi bien que des progrès concernant les hôpitaux dans le monde entier.

M. le docteur René Sand, président du Comité international d'organisation, 2, avenue Velasquez, Paris (VIIIe). Secrétaire général, docteur E. H. Lewinski Corwin, 2 East 103 Street, New-York.

COLLÈGE LIBRE DES SCIENCES SOCIALES. Sociétés savantes (métro : Odéon). — Cours d'hygiène, organisation et technique ménagères inaugurés sous les auspices du sous-secrétariat d'Etat de l'enseignement technique.

M. le docteur Gommès, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin inspecteur des écoles, professeur, commencera son cours le mardi 22 janvier et le continuera les mardis 29 janvier, 5, 19, 26 février, à 16 h. 1/2.

ÉCOLE DE SÉROLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il est rappelé que les inscriptions pour les conférences et travaux pratiques qui auront lieu à l'hôpital Saint-Louis, du 25 février au 27 mars 1929, doivent être adressées, avant le 1er février, à M. le directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, où l'on pourra se procurer le programme et les conditions d'inscription.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — DIX LEÇONS SUR LA BLENNORRAGIE ET SES COMPLICATIONS. — M. le docteur M. Heitz-Boyer, professeur agrégé d'urologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, a commencé, le jeudi 17 janvier 1929, dans son service, à 10 h. 30 du matin, une série de dix leçons théoriques et pratiques sur la blennorragie, ses complications et son traitement.

Chaque leçon sera suivie de présentation de malades et d'examens endoscopiques avec opérations urétro-cystoscopiques.

Ces leçons auront lieu tous les jeudis, à la même heure, avec la collaboration de MM. Mondor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux; Jules Janet, ancien interne des hôpitaux de Paris; Félix Marsan, ancien chef de clinique des maladies des voies urinaires; Jean Tissot, chef de consultation et Pierre Barbellion, assistant à la clinique d'urologie de la Faculté de médecine.

Ce cours sera entièrement gratuit et pourra donner lieu à la délivrance d'un certificat d'assiduité.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser dans le service de M. le docteur Heitz-Boyer, à l'Hôpital Saint-Louis, tous les matins, de 9 h. à midi.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le troisième bal de la médecine française, organisé par la Société de secours mutuels pour femmes et enfants de médecins, sous le patronage de l'Association générale des médecins de France, au profit des veuves et orphelins du Corps médical, aura lieu le samedi 9 mars prochain, à 10 h., dans les salons de la mairie du Xe arrondissement, 72, rue du Faubourg Saint-Martin. Le prix de la carte est fixé à 50 fr. Il est réduit à 30 fr. pour les membres du Corps médical et à 20 fr. pour les étudiants et danseurs. On trouve des cartes chez les docteurs J. Bongrand, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe) et A. Watelet, 21, rue Violet, Paris (XVe).

Toux Dyspnée **IODÉINE MONTAGU**

BIBLIOGRAPHIE. — *Acta medica latina* (docteur Pierra, directeur, 23, rue du Cherche-Midi, Paris) vient de publier dans son n° 5, 1928, un important article du professeur Austregesilo (de Rio de Janeiro) sur les attaques épileptoïdes produites par l'usage du bromure de camphre. Le même numéro publie les sommaires des journaux de la Fédération de la Presse médicale latine pour le premier semestre 1928. Cet index, dont l'utilité sera très appréciée, est d'une grande importance puisqu'il renferme 3.094 indications.

Le Professeur Fernand WIDAL

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le professeur Fernand Widal, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé après une courte maladie, le 14 janvier, à l'âge de 67 ans.

M. Widal représentait avec un incomparable éclat la médecine française de notre époque; illustre chef d'Ecole, il a été pour plusieurs d'entre nous le plus affectueux des maîtres.

La *Gazette des hôpitaux* lui consacrera prochainement une étude qu'elle s'efforcera de rendre digne de lui. En attendant nous prions Mme Widal et son fils de bien vouloir agréer l'hommage de notre très profonde sympathie.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE DES HÔPITAUX, 24 ans, terminant sa scolarité, recherche emploi permanent anesthésiste auprès chirurgien ou maison de santé, possède téléph. — Ecr. R. P. au Journal.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE PARIS A LYON DANS LA SOIRÉE. — L'express 103, toutes classes, permet de se rendre commodément, dans la soirée, de Paris à Chalon-sur-Saône, Mâcon, Villefranche-sur-Saône et Lyon. Ce train comporte un wagon-restaurant entre Dijon et Lyon-Perrache.

Départ de Paris à 14 h. 05. Arrivée à Dijon, 18 h. 48; Chalon-sur-Saône, 20 h. 42; Mâcon, 21 h. 40; Villefranche-sur-Saône, 22 h. 20; Lyon-Vaise, 22 h. 46; Lyon-Perrache, 22 h. 55.

FONDS DE COM. DE **PHARMACIE** à PARIS, 27, RUE DES SOLITAIRES. Adj. Et. Me COUSIN, not., 6, pl. Saint-Michel, 30 janv., à 14 h. M. à px : 72 000f. Mat. et march. en sus. Loyers à remb. : 1.100f. S'adr. au notaire.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.



Toutes les préparations de Digitale nées ou à naître ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la **DIGITALINE CRISTALLISÉE** (1) dont l'action **SURE & PUISSANTE**, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.



PRIX ORFILA
PRIX DESPORTES

LA

DIGITALINE

CRISTALLISÉE

Nativelle

EST EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La **DIGITALINE** CRISTALLISÉE **NATIVELLE** agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

ÉCHANTILLONS :

Granules au 1/10 de milligramme (ROSES.)
Granules au 1/4 „ „ (BLANCS.)
Solution au millième.
Ampoules au 1/10 & au 1/4 de milligramme.

LABORATOIRE NATIVELLE, 49, Boul.d de Port-Royal, PARIS. R. C.. 106.357, Seine

Hémostyl

du Dr. ROUSSEL

Anémies Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc. de Sérum pur
A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval : HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature
97, rue de Vaugirard, PARIS-6

R. C., 18.000, Seine.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1929-1930

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot; chefs de clinique : MM. Rachet, Lambling; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Salmon, Busson; externes : MM. Chaillouet, Findjavidjian, Bonnet (G.), Baumgartner, David (J.), Courvoisier, Dreyfus (Jacques), Herzfeld, Germon, Mlle Picandet, MM. Trotot, Fabre (Georges).

2. Médecin : M. Stévenin; interne : M. Louvet; externes : MM. Gibert (Ed.), Lecouillard, Klotz, Hutin, Nomblot, Bacquelin.

3. Médecin : M. Rathery; interne : M. Thoyer; externes : MM. Alpern, Bargeton, Bourget, de Cogny, Fourestier, Talon.

4. Médecin : M. Sainton; interne : M. Barbé; externes : MM. Richard, Maspetiol, Pépin, Emond.

5. Médecin : M. Halbron; internes : Mlle Wertheimer (1er sem.), M. Mézard (2e sem.); externes : M. Felsenswalb, Mlle Hahn, MM. Jusseaume, Groulier, Leroy (Louis), Bridgemann.

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; assistant : M. ; chef de clinique : M. Delagenière; chefs de clinique adjoints : MM. ; chef de labor. : M. internes : MM. Mérigot, Fayot (Rob.), Lardennois, Querneau, Mme Grand; externes : Mlle Vallet, M. Milovanovitch, Mlle Brenot, MM. Chapiro, Vincent (Georges), Meyer (Louis), Krivine, Vendryes, Martinet, Hénard, Mlle Legagneux, MM. Moreau, Rosenbach, Weisz, Moulinier, Terver.

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Favory, Blum; internes : MM. Paul, Deparis; externes : MM. Dumont (P.), Lévy (Emm.), Mageyrie, Pétrignani, Valdmann, Potiquet, Benech.

8. Accoucheur : M. Macé; internes : MM. Maisler, Vaudour; externes : MM. Dasvignes, Huc, Jamet, Vergé, Maillefer, Barthélemy.

9. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; interne : M. ; externe en premier : M. Sallet; externes : MM. Aboulker (R.), Departout, Petit (Pierre), Flaumenbaum.

10. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Thoizon, Thouvenel, Basset.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Lagarenne; assistant : M. Dioclès; hydrothérapie et thermothérapie, chef de labor. : M. Dausset; adjoint : M. Lucy; assistants : MM. Chemilleau, Pagès; externe : M. Beauvais.

12. *Consultation dentaire.* — M. Béliard; adjoint : M. Vilenski; assistant : M. Merville; externes : MM. Carbonel, Ferrier (André).

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. ; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Louvel, Véran; externe en premier : M. Durel; externes : MM. Le Trésor, Vincent (P.), Le François, Mathet, Zénine, Simon (R.).

2. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Fleury; externes : MM. Simon (Fr.), Voizot, Caput, Herrenschmidt, Stoclet, Grenet.

3. Médecin : M. Vincent; interne : M. Puech; externes : MM. Gessen, Gorrichon, Simon (Noël), Baylot, Bogoraze, Durandy.

4. Médecin : M. Loeper; interne : M. de Sèze; externes : MM. Reboul, Girard (J.-R.), Hécart, Pergola, Herbert, Serre, Mlle Sainton, M. X...

5. Médecin : M. Labbé; interne : M. Gouyen; externes : MM. Voisin, Bergeron, Maître, Dufour (Jean), Ellenberger, Ardouin (Jean).

6. Médecin : M. Laignel-Lavastine; internes : MM. Bernal, Fouquet; externes : MM. Arvay, Streicher, Mainguy, Girard (Em.), Meyer-Heine, Parrot, Mlle Revaut d'Allonnes, MM. Soria, Sterne (J.).

7. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Patel, Mouchet, Guillot; externes : MM. Gay, Foret, Touvil, Gilbert, Mlle Lautmann, MM. Segall, Capandji, Bourdial, Mlle le Plem.

8. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Kaufmann, Piollet, Ardouin; externes : MM. Seguin, Chazel, Lacombe, Richard, Temerson, Raybaut, Jouhannaud, Nardi.

9. Chirurgien : M. Chevrier; assistant : M. ; internes : MM. Bourguignon, Thomas, Gilbrin; externes : MM. Raboutet, Huypers, Charlot, Boucher, Judet, Cordebar, Theurkauff, Chevallier.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chefs de clinique : MM. ; chef de labor. : M. ; interne : M. Bidoire; externes : Mlle Delpuech, M. Berthoud.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externe en premier : M. Coste; externes : MM. Marcombes, Chagnon, Canale.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : ; suppléant : M. ; externes : MM. Prat, Lartigue, Taquet.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Svartman, Cochard, Chabrol.

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. ; suppléant : M. ; externes : Mlle Kaz, M. Kun.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Delherm; adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn; assistants : MM. Desgrez, Beau; externes : MM. Godet, Valençon.

16. *Consultation dentaire.* — M. Bozo; adjoint : M. Lattes; assistant : M. Cabrol; externes : MM. Frankel, Lowinstron.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chef de clinique : M. Benda; chef de labor. : M. Durand; interne : M. Imbert; externes : MM. Beauchesne, Meiduiger, Munié, Michaelidès, Testu.

2. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Sigwald; externes : MM. Dulot, Crozat, Gelbart, Giard, Oiseau.

3. Médecin : M. Tinel; interne : M. Henrion; externes : MM. Rousset, Roy, Poinceau.

4. Médecin : M. Darré; interne : M. Mamou (1er sem.), Mlle Boegner (2e sem.); externes : MM. Laplane, Lefebvre (J.), Vanneroau, Mlle Solente.

5. Médecin : M. Tixier; interne : Mlle Maldan; externes : MM. Chigot, Douay, Guérin (Jean), Terrasse, Viala.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Davioud (H.), Rouquès, Illaire; externes : M. Bonnel, Mlle Meinier, MM. Landau, Esautier, Nastorg, Tempier, Jeulain.

7. Chirurgien : M. Descomps; assistant : M. Deniker; internes : MM. Delage, Patte, Fort; externes : MM. Cadaro, Salleron, Got, Mlle Melon, MM. Falk, Duperrat, Mlle Burdin.

8. Accoucheur : M. Levant; interne : Mlle Bégaud; externes : MM. Tardif, Strée, Leboulanger, Janaud.

9. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externe en premier : M. Pichet; externes : MM. Durmeyer, Rymer, Regaud (J.).

10. *Chirurgie.* — Assistant : M. ; suppléant : ; externes : M. Fron, Laude, Lang.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Ronneaux; adjoint : M. ; assistants : MM. Moutard, Gadreau; externe : M. Gendreau.

12. *Consultation dentaire.* — M. ; chef de labor. : M.

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; chef de clinique : M. Destouches; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Oumansky, Delarue; externes : MM. Catonné, Courtial, Mlle Delon, MM. Gasne, Hornus.

2. *Service des tuberculeux.* — Externes : MM. Pergola (André), de Pariente; (centre de triage); assistant : M. externe : M. Wirg.

3. Médecin : M. Villaret; interne : M. Cachera; externes : MM. Pulvenis, Guillemin, Leduc, Sambron, Williot, Labarre.

4. Médecin : M. Ramond (F.); interne : M. Chène; externe en premier : Mme Blondel; externes : MM. Ampugnani-Pan-

crazi, Chaput, Cailleuf-Bernard, Gontallier, Gorse, Mlle Séguin.

5. Médecin : M. Bensaude; internes : MM. Horovitz (1er sem.), Lièvre (2e sem.); externes : MM. Alivisatos, Legry, Loiseau, Mattei, Pyt, Prat.

6. Médecin : M. Faure-Beaulieu; interne : M. Beaugeard; externes : MM. Bourderon, Demaldant, Kramarz, Waynberger.

7. Médecin : M. Comte; internes : MM. Le Baron (1er sem.), Pinoche (2e sem.); externes : MM. Arnould, Borgida, Ronce, Rosenfeld.

8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Rivoire; externes : MM. Delort, Limoges, Pannet, Mlle Pichon, M. Salles.

9. Chirurgien : M. le prof. Lejars ; assistant : M. ; chef de clinique : M. Chabrut ; chef de labor. : M. ; internes : MM. Griveaud, Bernard (Et.), Brisart; externes : M. Rambert, Mlle Feydit, MM. Goudot, Auclair, Dechaume-Montcharmont, Mlle Caubet, M. Wimpfel.

10. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Ganem, Farntz, Darfeuille; externes : MM. Benveniste, Ivanovitch, Farah, Debuire, Thomann, Parent, Mlle Desbois.

11. Oto-rhino-laryngologiste : M. Grivot; assistant : M. ; assistant de la consultation : M. ; internes : MM. Moatti, Lemoyne; externes : MM. Avramesco, Lacaille, Leveiller, Lemaître, Metzquer.

12. Accoucheur : M. Lévy-Solal; internes : MM. Delmas, Rault; externes : MM. Hermabessière, Lecadre, Oppenot, Haik.

13. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Tzanck; suppléant : M. Joanny; externe en premier : M. Robert; externes : MM. André, Bevalot, Struzer, Mlle de Peretti.

14. *Chirurgie.* — Assistant : M. Braine ; suppléant : M. Lubin ; externes : Mlle Cauvet, MM. Grosbois, Montaigne, Savigny.

15. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Bernard (Et.); externe en premier : M. Nicolas; externes : MM. Bruneton, Schmid, Reix, Valensi.

15. *Consultations d'ophtalmologie.* — Ophtamologiste : M. Cerise; suppléant; M. Lelièvre; externes : MM. Lichaa, Casalis (Bern.).

17. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Solomon; adjoints : MM. Aimé, Gibert; assistants : MM. Proust, Seligman, Gottfried; externe : M. Jaudelle.

18. *Consultation dentaire.* — M. Coustaing.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Garnier; externes : MM. Pradel, Pouliquen, Jacquet, Molard, Klein.

2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Gilbert-Dreyfus; externes : MM. Hubert, Dausse, Frémont, Carteret, Thivet.

3. Médecin : M. Laederich; interne : M. Triau; externes : Mlle Bujeaud, MM. Fresnais, Jouffrois, Galland.

4. Médecin : M. Richet; interne : M. Terrenoire; externes : MM. Peyaud, Trepsat, Chevet, Fulconis.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. Dossat; chef de labor. : M. ; internes : MM. Bompart et Levaxelaire (1er sem.), Baillis et Longuet (2e sem.); externes : MM. Dormoy, Hechter, Claudet, Fabre (Alb.), Lurié, Guermann, Payet, Catz, Tram-Ba-Huy, Le Foll.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Mirallié, Guiheneuc, Brandy; externes : MM. Bernard (Paul), Foucaud, Ripard, Israïlovici, Wattez, Grabbi, Chanel.

7. Chirurgien : M. Schwartz; assistant : M. Fey; internes : MM. Arnaud (J.), Fournié; externes : M. N..., Mlle Patez, MM. Penot, Hamburger, Ferroir.

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Binet; suppléant : M. Prieur; externe en premier : M. Bloch (Léon) ; externes : MM. Bonnet (Pierre), Gabriel.

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Mondor; suppléant : Mme Brian-Garfield; externes : M. François (R.), Mlle Parent.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Guibert ; adjoint : M. Petit (Charles); assistant : M. Prévost; externe : M. Defossé.

11. *Consultation dentaire.* — M. Robin; adjoint : M. Gornouec.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chefs de clinique : MM. Coffin, Thomas, Garcin; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Benoist, Stéhelin, Cahen (Rob.); externes : Mlle Abraham, MM. Béguignon, Boudreaux, Bréhant, Clermont, Mlle Danzig, M. Debray (Jean), Mlle Domela, MM. Draillard, Daniel, Cachin, Lazard, Levaditi, Leven, Malgras, Mallarmé.

2. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Gorecki, Grand; externes : MM. Seydel, Vajsmann, Magat, Mlles Pinel, Jacob, M. Desmoulins.

3. Médecin : M. Pissavy; assistant : M. ; interne : M. Gavois; externes : MM. Petit (Louis), Auriacombe, Huaut, Fraisse, Szigeth, Mlle Barré.

4. *Service du dispensaire.* — Médecin : M. Pissavy : interne : M. Voillemin; externes : MM. Grégoire, Leborgne, Kreyx, Mlle Sérieux.

5. *Service temporaire de tuberculeux.* — M. Pissavy; externe en premier : M. Thorel; externes : M. Dougart, Mme Mollaret, M. Menecier.

6. Médecin : M. Pinard ; internes : Mlle Abricossoff (1er sem.), M. Horowitz (2e sem.); externes : MM. Chefdeville, Mme Gardère, Mlles Roussy, Schapiro, MM. Courbil, Delteil.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; assistant : M. Leveuf; chef de clinique : M. de Vadder; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Bridot, Jomain, Lemoine; externes : MM. Guichard, Mirbeau, Journe, Gesta, Hubermann, Varoy, Boutakoff, Camart.

8. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — Assistant : M. Leveuf; internes : Mlle Odru, M. Aubin; externes : MM. Grosperrin, Thésée, Vidart, Poirier, Bernard (Ph.).

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Hervy, Durrbach; externes : MM. de Soria, Conso, Levecq, Grumbach, Rachstein, Sobel.

10. Chirurgien : M. Chevassu; assistant spécial : M. ; internes : MM. Armand, Couvelaire (1er sem.), Patiol (2e sem.); externes : MM. Pasquereau, Alvarès de Azevedo, Auzeloux, Meunier, Huriez, Braunstein, Muridsany.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Gautier; suppléant : M. de Brun du Bois Noir; externe en premier : M. Noullot; externes : MM. Larroumets, Maroger.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Monod (Rob.); suppléant : M. ; externes : MM. Roeder, Guy, Béchet, Pétroff.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Bollack; suppléant : M. Autier; externes : MM. Baret, Challe.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Barret; adjoint : M. Foubert; assistants : MM. Guilly, Prévost; externe : M. Villoutreix.

15. *Consultation dentaire.* — M. ; adjoint : M. Bonnier; assistant : M. ; externes : MM. Amiard, Melun.

16. *Premier service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Moreau; externe en premier : M. Prost; externes : MM. Cohen (Alb.), Boursat, Soulié, Gignoux.

17. *Deuxième service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Moreau; externe en premier : M. Aboulker; externes : MM. Deschamps, Prunet, Sevin, Pollack.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard. chef de clinique : M. Bariéty; chefs de clinique adjoints : MM. ; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Soulié, Lenègre-Thourin; externes : MM. Antonion, Bertheau, Botrel, Potier, Bonhomme, Lubas.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Boquien; externes : MM. Rocher (Jean), Bouwens, Hanrion, Beurdeley, Deffay, Fasquelle.

3. Médecin : M. Harvier; internes : MM. Wormsthen, Cattan (2e sem.); externes : MM. Menillet, Chaudron, Batier, Mlle Cottin, M. Saullière.

4. Médecin : M. Debré; assistant pour le centre de triage des tuberculeux : M. ; internes : M. Thiroloix (1er sem.); Mlle Lévy (2e sem.); externes : Mme Duhamel, Mlle Gagneur, M. Grégoire (Rob.), Mlle Jammet.

5. Chirurgien : M. Proust; assistant : M. Houdart; internes : MM. Cordier, Guran; externes : Mlle Karcher; MM. Fenichel, Vincent, Stal, Winter, Champeau, Boutron, Chancerel.

6. *Chirurgie* (chroniques). — Chirurgien : M. Proust; interne : M. Duncombe; externe : M. Launoy.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Faure (Marcel), Chevereau; externes : MM. Frouin, Alfonsi, Urbain, Maury, Rosanof, Jones, Longuet.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Catalette, Barrier; externes : MM. Guebel, Boisseau, Bourdeau, David (Em.), Lavergne, Gelber.

9. Accoucheur : M. Funck; assistant : M. ; internes : MM. Cohen-Asdriel, Gaudin; externes : MM. Dewé, Jonis, Raganeau, Demoileau.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Chevallier; suppléant : M. ; externe en premier; M. Bernard (Jean); externes : MM. Raisonnier, Gheck, Piel.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. Guimbellot; externes : MM. Fabre (Ch.), Jude, Nocton.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela; assistant : M. ; interne : M. Laflotte; externes : MM. Deslandres, Durel.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Enriquez, Robert (Hyde), Hurstel.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Aubourg; adjoints : MM. Joly, Vignal; assistants : MM. David de Prades, Gaulliard, Mignon; externe : M. Maire (Jacques).

15. *Consultation dentaire.* — M. Schaeffer.

H. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Rivet; interne : M. Ducas; externes : MM. Beaufils, Ragu, Dhotel, Gérard (P.), Joly (Henri), Michaut, Turlée, Vaidié.

2. Médecin : M. Herscher; interne : M. Berton ; externes : MM. Brizard (And.), Cabaille, d'Escrivan, Josserand, Mlle de Loeschnigg, Martin (J.-P.) Morel, Angyal (Adalbert).

3. Médecin : M. Gandy; interne : M. Bacize; externes : MM. Boquet (Pierre), Amestay, Couder, Kiszchick, Levannier, Mlle Philippe, M. Gringoire,

4. Médecin : M. Garnier; interne : Mlle Papaioanou; externes : MM. Bring, Delamare, Goldsztajn, Hagan, Mlle Yeu, M. Michelson.

5. Médecin : M. Garnier; externes : MM. Royer, Legall.

6. Médecin : M. Clerc; interne : M. Zadoc-Kahn; externes : MM. Bénardeau, Boutteau, Boutet, Lichtenberg-Dalphe, Massoulier, Etbim, Lambert.

7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. ; internes : MM. Paris, Chaperon; externes : MM. Adèle, Bordier, Blondeau, Harmann, Lavergne, Motz, Parrique, Goidin, Thiboumery.

8. Chirurgien : M. Wiart; assistant : M. Capette; internes : MM. Beaux, Debray, Sacuto; externes : MM. de Botton, Bondonet, Martini, Solomon, Allilaire, Ludner, Soulignac.

9. *Chirurgie.* — Chirurgien : M. Cunéo; assistant : M. Picot; interne : MM. Grinda, Folliasson, Lyonnet; externes : MM. Lemarié, Gouzonat, Broutmann, Maroger, Varangot.

10. Chirurgie (chroniques) : M. Cunéo; externe : M. Lackmann.

11. Chirurgien : M. Labey; assistant : M. Bazy; internes : MM. Plessier, Merger, Pellé; externes : MM. Goulet, Gaultier, Macrez, Vanier, Cantrapé, Seringe, Netter.

12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau; assistant : M. ; chef de clinique : M. Melik-Parsadaniantz, Bureau; chef de labor. : M. ; internes : MM. Georges, Guillon; externes : MM. Bournique, Cohen-Sohal, Vallet-Bellot, Simonet, Kessis, Gonnet, Giudicelli.

13. Accoucheur : M. Devraigne ; internes : MM. Mayer, Cohen-Deloro (1er sem.), Boquel (2e sem.); externes : MM. Camus (Jean), Marx, Frain, Benzaquen.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Jacob; suppléant : M. ; externe en premier; externes : MM. Cayet, Darras, Defaix, Martel.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Richard; suppléant : M. ; externes : M. Hélion, Mlle Espinosa.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. ; assistant : M. ; internes : Mme Lagrange, MM. Brehier (1er sem.), Sourdille (2e sem.); externes : MM. Delbès, Robert (Pierre), Mlle Gillard, MM. Ferrien, Beauchef.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Haret; adjoint : M. Dariaux; assistants : MM. Lifchitz, Marchal, Camuzer; externes : MM. Bouteau, Heinsdorf, Frain.

18. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle; adjoint : M. Raison ; assistant : M. Fribourg; externes : MM. Schmitt, Marie (René).

I. TENON. — 1. Médecin : M. Michel; interne : Mlle Guéry; externes : Mlle Saint-Cène, MM. Rossi, Laouennan, Guillermon.

2. Médecin : M. Weil (P.-E.); interne : M. Bertrand (Jean); externes : MM. Berteaux, Braillon, Giami, Stora, Pointud, Tholose.

3. Médecin : M. Brulé; interne : M. Ragu; externes : MM. Abrand, Gigon, Lecat, Mlle Loriot.

4. Médecin : M. Boidin; interne : M. Baron (Pierre); externe en premier : M. Rousseau; externes : Mlle Armelin, MM. Beinis, Collart, Degoteux, Fontaine, Kaplan, Mauvais, Sabourin.

5. Médecin : M. Heuyer; interne : M. Ribadeau-Dumas ; externes : MM. Mathiva, Hilaire, Kalmanovitch, Lejbovicz, Divet, Mlle Sabetay, M. Giordan.

6. Médecin : M. Milhit; interne : Mlle Rappoport; externes : Mlle Kritchewsky, MM. Lebouchard, Genty (Ph.), Parfus.

7. Service des tuberculeux. — Médecin : M. Milhit; externes : MM. Roy (A.-L.), Germain.

8. Médecin : M Lian; internes : MM. Alibert (1er sem.), Thoyer (2e sem.); externes : MM. Brulin, Dumery, Mme Hiriloff, Mlle Petit (Paule).

9. Service des chroniques. — M. Lian; externe : M. Lucas.

10. Médecin : M. Laroche; internes : MM. Poumeau-Delille (1er sem.), Bompard (2e sem.); externes : MM. Thomas, Charousset, Jacobesco, Vincent (Jean), Weterwald, Mattern.

11. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Ollivier (H.), Bonnet, Perrier; externes : Mlle Finkelstein, MM. Jacobé, Poupault, Pelletier, Dangauthier, Klein.

12. Chirurgien : M. Gernez; internes : MM. Saint-Pierre, Bernard-Griffiths, Delinotte; externes : MM. Carrez, Magnien, Lesauvage, Moreno, Mlle Mabieu, M. Blumen.

13. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Padovani, Luzuy, Hesse (Jean); externes : M. Bismut, Mlle Butner, MM. Palauyié, Pintaud, Rodier, Ghozlaud.

14. Accoucheur : M. Metzger; interne : M. Jonard; externes : MM. Andrieux, Ogarrio, Marie (Rob.), Douvry.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant; assistant : M. Lanos; assistant de consult. : M. Labarraque; interne : Mlle Zimmer; externes : MM. Lecourt, Pigache, Plat, Sakon, Wilbert, Ronceray.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot; assistant : M. Lagrange; interne : M. Trocmé; externes : MM. Adrianopoulos, Fournet, Doreau.

17. *Consultations. (Médecine.)* — Assistant : M. Nicaud; suppléant : M. Mouzon; externe en premier : M. Baussan; externes : MM. Phalipou, Lardier, Ripert.

18. *Chirurgie.* — Assistant : M. Maurer; suppléant : M. de Nabias; externes : M. Dumon, Mlle Lang, M. Serdaris.

19. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Darbois; assistants : MM. Descourts, Davoigneau; externe : M. Szobel.

20. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

J. HÔPITAL LAENNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; chefs de clinique : MM. Mayer, Pellissier, Triboulet, Lamy, Julien-Marie; interne : Mlle Maas; externes : MM. Galup, Comar, Bretey, Solomon, Mathiot, Bissery, Brochard, Costes.

2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Léon Bernard; externes : MM. Mathieu, Guillaud-Vallée.

3. Médecin : M. Rist; interne : Mlle Blanchy; externes : MM. Forell, Delom, Dragominesco, Ichard, Papazoglou, Ovary, Opolon, Habrekorn.

4. *Service des baraquements.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Bouessée; externes : MM. Salamon, Gatel, Borde, Peyne, Rogé (Ray.). Fresquet.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Assistants de M. le prof. Léon Bernard : MM. ; assistants de M. le docteur Rist : MM. ; externes au professeur Léon Bernard : Mlle Périer, MM. Deutsch, Chambon; externes au docteur Rist : MM. Vige, Laguzet, Oster.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Mégard; externes : MM. Lamiaud, Lachèze, Lerolle, Vieuchange.

7. Médecin : M. Jousset; interne : M. Filliol; externes : MM. Chaux, Guilly, Boyer, Mme Jousset.

8. Médecin : M. L. Ramond; interne : M. Vialard; externes : MM. Lance, Fabre, Bonamy, Pourquié.

9. Médecin : M. Baudouin; interne : M. Lereboullet; externes : MM. Langlade, Nevot, Caby, Camus (J. P.).

10. Chirurgien : M. Auvray; assistant : M. Girode; internes : MM. Robin, Cuvillier, Hauert; externes : MM. Masselin, Rabetrano, Gaignerot, Callot, Bigey, Flourens, Escaré, Mlle Luneau, M. Pecher.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Jacquet; suppléant : M. Triboulet; externe en premier : M. Kreyts; externe : M. Kaplan (Moïse).

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Charapanowsky, Pouzergues.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois, assistant : M. Fouquet; internes : MM. Ombrédanne, Rossert; externes : MM. Balard, Giorgi, Achard, Marc.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet: assistant : M. Chatellier; suppléant : M. interne ; M. Labesse; externes : MM. Filliozat, Briant, Ernoux.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Maingot; adjoint : M. Lignac (en congé); assistants : MM. Portret, Jouveau-Dubreuil, Hélie, Serrand; externe : M. Vautier.

16. *Consultation dentaire.* — M. Darcissac.

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Troisier; interne : Monnerot-Dumaine; externes : MM. Fleys, Kohen (Ignace), Martinie, Perzonnaz.

2. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Rudolf; externes : MM. Raulot-Lapointe, Conte (Mic.), Pham-Hu-Chi, Tartinville.

3. Chirurgien : M. Mocquot; internes : M. Monod (Raoul); internes : MM. Falaize, Boquel, Longuet; externes : MM. Laurent (Michel), Brault, Gaube, Gérard, de Mestier du Bourg, Monceau, Naud, Boivin.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Stévenin; suppléant : M. Deschamps; externe en premier : M. Lieffrin; court; externes : MM. Dugas, Couaillier.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externe : MM. Sanz, Hennion.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Dufour; interne : M. Guillain; externes : MM. Biétrin, Calvet, Joseph, Landrieu, Lesage.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne; M. Mourrut; externes : MM. Quériault, Schnirer.

3. Médecin : M. Laubry ; interne : M. Flandrin; externes : MM. Jodin, Archambault, Lemant, Leblanc, Petiton Saint-Marc.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Laubry; interne : M. Derot; externes : MM. Billard, Cottin.

5. Chirurgien : M. Roux-Berger; internes : MM. Dupuy, Géhiel; externes : MM. Brandenbourg, Millot, Martin (Ch.), Carlotte, Aliker, Lambey.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Marchal; suppléant : M. Ollivier; externes : MM. Tran-Huang-Dé, Juchet.

7. *(Chirurgie.)* — Chirurgien : M. Berger; assistant : M. Gresset; externes : MM. Dessirier, Blanchard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Bonniot; assistant : M. Blot.

9. *Nouveau service de tuberculeux.* — Médecin ; M. Flandin; internes : MM. Langlois, Grasset; externes : MM. Challiol, Gérard.

10. *Consultation dentaire.* — Médecin : Muig; externes : MM. Hodanger, Turiaf, Moline, Villechaize, Mlle de Montanzon, M. Lion.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Merklen; externes : MM. Amante, Helluin, Binet, Moncé.

2. *Centre de triage.* — Médecin : M. Courcoux; assistant : M. Bidermann; externes : MM. Sauvage, Gireaux.

3. Médecin : M. Trémolière; interne : M. Véran; externes : MM. Macé, Julia, Mlles Bourmalatz, Delahaye.

4. Chirurgien : M. Dujarier; assistant : M. Rouhier; internes : MM. Vuillième, Sallé, Maës; externes : MM. Mouchotte (Mce), Boissonnet, Margout, Lecœur, Lichtenberg, Attal, Cornetet, Mlle Challiot.

5. Accoucheur : M. Le Lorier; internes : Mlle Pau, M. Lacoste; externes : MM. Augereau, Lordat, Lecœur, Voignier.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Boulin; suppléant : M. Barreau; externe en premier : Mlle Valentin; externes : MM. Bernaud (Ed.), Piram.

7. *(Chirurgie.)* — Chirurgien : ; assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Domart, Labignette, Chérubin, Lindmann.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. ; externes : Mlle Fildermann, M. Garnier (Jean).

9. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Guilbert; adjoint : M. Gilson; assistant : M. Blanche.

10. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot; chefs de clinique : MM. Barthélemy, Meyer, Périn; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Cohen (René), Uhry; externes : MM. André (R.-J.), Brouet, Dufet, Constantoulakis, Krementchowsky, Gautier (Pierre), Lenemann, Pellegrin.

2. Médecin : M. Sézary; internes : MM. Guédé, Poumailloux (1er sem.), Derot (2e sem.); externes : MM. Bardin (P.), Bastien, Coumétoux, Mlle Kuntz, MM. Marcy, Robert (Yvon), Sabetay, Tilitschef.

3. Médecin : M. Milian; internes : MM. Caroli, Nativelle; externes : Mme Bakless, MM. Mansour, Fromont, Logeat, Messimy, Boyer (Et.), Janvier, Lellouch.

4. Médecin : M. Ravaut; internes : Mlle Landowsky, M. Desbucquois; externes : MM. Vincent, Augeix, Sidi, Gahan, Jaulerry, Mlle Lévy, MM. Amat, Pouey.

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; internes : MM. Bureau (Yves) et Couturat (1er sem.); Flandin et Poumeau-Delille (2e sem.); externes : MM. Bail, Bonnet (Gab.), Gros, Rousseau, Mézard, Soubrane, Paillard, Tavennec.

6. Médecin : M. Louste; internes : MM. Vanier (Jean) (1er sem.), Rault (2e sem.); externes : MM. Ghelmann, Léonard, Michelet, Mlle Ruais, MM. Sauvain, Savelli, Huret, Prat.

7. Médecin : M. Léri; interne : M. Weill (Jean); externes : MM. Porge, Mac-Guffie, Lebourg, Caner.

8. Chirurgien : M. Lecène; assistant : M. ; internes : MM. Blondin, Perrin (G.), Funck; externes : MM. Lortat-Jacob, Debidour, Gastaud, Lauret, Paris, Péron, Sergent, Tournafond.

9. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Canonne, Baillis, Moyse; externes : MM. Pottier, Bellière, Grepinet, Vilde, Guny, Cauvelot, Simon (Gaston), Picquart.

10. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; internes : MM. Audemar, Schwartz; externes : MM. Grollet, Bérard, Merle, Lefebvre.

11. Chirurgien : M. Cadenat; internes : MM. Dreyfus (P.), Mme Arager, M. France; externes : MM. Barrière, Casalis, Dechaux, Delorme, Fay, Puisachowicz, Mlle Lassery, M. Nazarian.

12. Consultation de M. Heitz-Boyer. Externes : MM. Couty, Paulus (Pierre), Besson (André), Cousin, Henriquez.

13. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; internes : MM. Baron (F.) (1er sem.), Saint-Pierre (2e sem.), Reyt; externes : MM. Bézier, Demartial, Fischbacher, Guynot de la Bonnière, Gautier (Rob.).

14. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lemaître; assistant : M. Aubin; suppléant de la consult. : M. Maduro; internes : MM. Kanony, Magdelaine; externes : MM. Liéfranc, Bonnahon, Massier, Leroux-Robert, Kritchewsky, Corinin.

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. Nida ; internes : Mme Delthil (1er sem.), M. Chennevière (2e sem.); externes : MM. Dupuy-Dutemps, Herman, Cornier, Boyer.

16. *Consultation. (Chirurgie.)* — M. Moure; assistant : M. Chastaing; externes : MM. Rouart, Mourgue, Bachmann.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Belot; adjoint : M. Lepennetier; assistants : MM. Nahan, Tedesco, Pelizza, Nadal, Buhler, Deruas, Kimpel, Surrel ; externes : MM. Penteuil, Sapoznich, Cristesco.

18. *Consultation dentaire.* — M. Chompret; adjoint : M. Crocquefer ; assistant : M. Dechaume; externes : Mlle Chuit, M. Kerboul.

19. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. J. Renault; internes :

M. Darré, Mlle Bizon; externes : MM. Lauprêtre, Boutteau (Pierre), Kiepfer, Olagnon, Rameaux, Rouher, Jundt, Jauneau.

20. Chirurgien : M. Mouchet; internes : M. Avril, Mlle Lévy (Franç.), Barragné; externes : Mme Colin, M. Nahon, Mlle Debay, MM. Bouroulec, Arviset, Chatain, Huguier.

O. — HÔPITAL DE VAUGIRARD *(Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine).* — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; chefs de clinique : MM. Menegaux, Truiset; chefs de labor. : MM. Moutier et Goiffon; attaché médical : M. ; internes : MM. Hussenstein, Maximin, Dulac; externes : Mlle Bernoi, MM. Roux, Ray (Guy), Sabatier, Rogé, Yaïck, Huguier, Olivier, Dufour, Lesguillon.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Béclère; adjoint : M. Porcher; assistants : MM. Dupouy, Brunet.

3. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.

P. HÔPITAL AMBROISE PARÉ. — 1. Médecin : M. Monier Vinard; interne : M. Berdet; externes : MM. Aubrun, Davous, Friedmann, Mlle Lavit, M. Valois.

2. Médecin : M. Abrami; interne : M. Wallich; externes : MM. Arnaud, Dubois (Jean), Zimmern, Ramadier. Delorme (Jean).

3. Médecin : M. Lemaire; interne : Mlle Boegner; externes : MM. Bruneau, Delbone, Mlles Colombec, Gasne.

4. Chirurgien : M. Desmarets; assistant : M. Méthivet; internes : MM. Priollet, Lejeune; externes : MM. Chazette, Ullmann, Weisberg, Martrou, Faugeron, Tantin, Zoepffel.

5. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Jacquelin; suppléant : M. Debray; externe en premier : M. Macé de Lépinay; externes : MM. Réveillaud, Hyronimus.

6. *Chirurgie.* — Externes : MM. Baurens, Morelle, Marmasse.

7. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Monbrun; assistant : M. Gallais; externes : M. Masson, Mme Leneman.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier; assistant : M. Chausse; externes : MM. Natier, Bermère.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Détré; assistant : M. Brennan.

Q. HÔPITAL BROCA. — 1. Médecin : M. Weissenbach; interne : Mlle Ronget; externes : MM. Bureau, Decante, Mlle Lorsignol, M. Martin (Marcel), Mlles Mignon, Rogier, Hollier-Larousse.

2. *Consultation de blennorragie* : MM. Folacco, Duvernois.

3. Médecin : M. Touraine; interne : M. Degas; externes : MM. Miquel, Chareire, Devin, Scheid, Gillot, Tesiot, Pécastaing.

4. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; chefs de clinique : M. ; chefs de labor. : M. ; internes : M. Béclère, Mlle Versini (1er sem.), MM. Peytavin (2e sem.), Roy; externes : M. Abrahamian, Mlle Vimeux, MM. Braunstein, Mme Basch, Mlles de Peretti, Sylvestre, M. Schatz.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Lehmann; adjoint : M. Dimier.

R. MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Duvoir; interne : M. Goldberg; externes : MM. Maleplate, Raoul-Duval, Iliovici, Thorain.

2. Médecin : M. Fiessinger; interne : M. Albot; externes : MM. Castets, Damon, Minc, Audoux, Bouchacourt, Granger.

3. Chirurgien : M. Sauvé; internes : MM. Boisramé, Mlle Choquart; externes : MM. Landois, Nel, L'Huillier, Goyer, Doukan, Giraud, Amphoux.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Charlier; adjoint : M. Ordioni.

S. HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique adjoint : M. René Martin; chef de labor. : M. ; interne : M. Liége; externes : M. Arnal, Mlle Falguière, M. Bosc, Mlle Herr, MM. Brinon, Binnie-Scott.

2. Médecin : M. Hallé; internes : Mlle Brosse (1er sem.), M. Decourt (2e sem.); externes : Mlle Grand, M. Auzépy, Mlle Métin, MM. Benoist, Faure, Boussoulade.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Aviragnet; externe en premier : Mlle L'Hoir.

4. Médecin : M. Aviragnet; interne : Mlle Corbillon; externes : MM. Jalley, Bellière, Brawermann, Mme Cachera, Mlle Cherbuliez.

5. *Sélection.* — Médecin : M. Aviragnet; externe en premier : M. Bénassy; externe : Mlle Pichot.

6. Médecin : M. Apert; interne : M. Peytavin; externes : MM. Boyer (Et.), Martin (André), Picard, Piraud, Mlle Huet, M. Osenat.

7. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : M. Gorostidi; externes : MM. Allouche, Milhaud, Wechsler, Sliosberg, Mlle Aghion, Mme Robert.

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; chef de clinique : M. Fèvre; adjoint : M. ; chef de labor. : M. Saint-Girons; assistant d'orthopédie : M. Lance; internes : MM. Bureau (Rob.), Pascal (1er sem.), Couvelaire (2e sem.); externes : M. Azéma, Mlle Comby, MM. Gibert (Th.), Gourçon, Mlle Léage, M. Gillon, Mlle Rohefs, M. Regard.

9. *Service médical d'Antony.* — Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; externe en premier : M. Lepart; externes : M. Roy (André), Mlle Vix.

10. Chirurgien : M. Basset; interne : Mlle Gautheron; externe en premier : M. Lévy-Klotz; externes : MM. Cunowski, Bécam, Davidovici, Mlle Mieczyk, M. Bengnigni.

11. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Monthus; internes : MM. Chennevière (1er sem.), Cadillac (2e sem.); externes : MM. Le Garrec, Lemaitre, Fallourd, Roger (J.).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée; assistant : M. Mahieu; externes : MM. Pérachon, Ortega, Makluff, Lafay.

13. *Electrothérapie.* — Chef de service : M. Duhem; assistants : MM. Gadreau, Goubert; externes : MM. Delaitre, Fiau (Jacques).

14. *Service temporaire.* — M. Cathala; externe en premier : M. Bosquet; externes : M. Wolff, Mlles Bogoraze.

T. HÔPITAL TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. Launay; externes : MM. Couve, Katz, Lacroix, Mme Laporte, Mlle Douville de Franssu, MM. Ménétrel, Roullier.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : M. Woitz.

3. Médecin : M. Papillon; interne : M. Bucquoy; externes : MM. Armand-Laroche, Baratoux, Ganière, Habert, Mlle Jeannacopoulo, M. Leroy (Jacq.).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; internes : MM. Bompard (1er sem.), Louvel (2e sem.).

5. Chirurgien : M. Bréchot; internes : M. Brisset, Mlles Riom, Wilm; externes : MM. Victor, Archimbaut, Mlle Grillo, M. Bocquet, Mlle Delaage, MM. Ferval, Marchand, Maroger (F.), Mlle Marion.

6. Médecin : M. Rouget; internes : M. Elboz (1er sem.), Mlle Rouget (2e sem.); externes : MM. Delafarge, Mialaret, Conte, Demailly, Brémont.

6. *Consultation. (Médecine.)* — M. Hutinel; externe en premier : M. Patey; externes : MM. Polak, de Berg, Mlle Lévy-Weissmann, M. Julien (Jean).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Welter; assistant : M. Ostwald; externes : MM. Séguinot, Vinceneux.

9. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Mahar; assistant : M. Hickel.

U. HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet; chefs de clinique : MM. Lelong, Brizard; chef de labor. : M. ; internes : MM. Foulon, Even (1er sem.), Mével (2e sem.); externes : MM. Brincourt, Brunel, de Font-Réaulx, Laroche, Touzard, Reliquet.

2. Chirurgien : M. Veau; assistant : M. ; internes : MM. Bergouignan, Richier (1er sem.), Mlle Abricossoff (2e sem.); externes : MM. Tribalet, Renaud, Henion, Vauclin, Renet.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Cottenot; assistant : M. ; externe : M. Mazer.

V. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. May; interne : M. Kaplan; externes : MM. Bousquet, Coussieux, Mlle Cohen, M. Ganot.

2. Médecin : M. Faroy; interne : M. Dessoille; externes : M. Barré, Mlles Laporte, Lipschutz, Poindessault, M. Poreaux.

3. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Carrié; assis-

tant : M. ; interne prov. : M. Mariau; externes : MM. Moyse (Pierre), Zitzermann.

W. BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot; internes : Mlle Heimann, M. Ravier; externes : M. Meyer (J.), Mlle Bouillard, MM. Bouley, Chevalier, Ray.

2. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Rouillard; interne : Mlle Fayot; externes : MM. Daum, Karcher, Veysset, Menillet, Samama.

3. Médecin : M. Feuillié; interne : M. Koang; externes : MM. Lannegrace, Cailleux, Coustenoble, Maillard, Veley.

4. Chirurgien : M. Toupet; internes : MM. Sébileau, Médelec; externes : MM. Lazerme, Traut, Losay, Rouchy, Mlle Thueux.

5. Médecin : M. Camus; interne : Mme Roudinisco.

6. Médecin : M. Riche.

7. Médecin : M. Maillard; interne : M. Fiehrer

8. *Service temporaire.* (Chroniques). — Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot; internes : MM. Augier (1er sem.), Maurice (2e sem.); externes : Mlle Fagnière, MM. Mahoudeau, Moreau (Jac).

9. *Service temporaire de tuberculeux.* — Internes : M. ; externes : M.

10. *Consultation dentaire.* — M. Richard.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Gérard (Léon); adjoint : M. Guénaux.

X. SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chefs de clinique : MM. Christophe, Schmite; chefs de labor. : MM. ; internes : MM. Rouquès, Bize, Cournand; externes : M. Cavel, Mlle Cathier, MM. Dubois, Lehmann, Hamelin, Netter, Vigneron d'Heucqueville.

2. Médecin : M. Crouzon; internes : MM. Corman, Cadilhac (1er sem.), Augier (2e sem.); externes : Mlle Cazamian, MM. Borrey, Leconte, Minet, Pivoteau, Raymond (Roger), Mlle Gabrielli, MM. Zha, Soyer.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — Médecin : M. Crouzon; internes : M. Decourt (1er sem.), Mme Delthil (2e sem.).

4. Médecin : M. Huber; interne : Mlle Desbrousses; externes : MM. Liberson, Stefani, Comte (Mce), Mlle Bogoraze, M. Doussinet.

5. Chirurgien : M. le prof. Gosset; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. ; chefs de labor. : MM. ; attaché médical : Mlle Harmelin; internes : MM. Lecœur, Audouin, Gosset; externes : Mlle Dauban, MM. Frumuzan, Boulle, Lebeau, Barraya, Mlle Salambie, MM. Brocard, Morax, Fildermann, Rouvillois.

6. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; interne : M. Willemin; externes : M. Kenesi, Mmes Gose, Mayre-Chrétien, Mlle Lataste, M. Delaffond.

7. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Sourdille.

8. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Galop.

8. *Service temporaire de réserve.* — Médecin : M. Léchelle; externe en premier : M. Bergenstein; externes : Mlle Labouréix, MM. Calvet (J.-E.), Caudron, Pineau, Lonquet, Masson, Marchand, Simonot, Toulemonde.

10. *2e Service de réserve.* — Médecin : M. Alajouanine; externe en premier : M. Boudin; externes : Mme Maunoury, MM. Bidou, Duplas, Nigaud, Bioy, Liveratos.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Bourguignon; adjoint : M. Tribonneau; assistants : MM. Mathieu, Humbert; externe : M. Duflo.

Y. HÔPITAL BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guillemot; internes : MM. Cattan (1er sem.); Couturat (2e sem.); externes : MM. Mortier, Feuillastre, Hurez, Cameria d'Almeda, Hallot, Mlle Smirnoff.

2. Médecin : M. Grenet; interne : Mlle Laurent; externes : M. Advenier, Mlle Derombies, MM. Laquerrière, Mathis, Vasse, Vautrin.

3. Chirurgien : M. Mathieu; internes : MM. Gaulier, Graffin, Mme Baillon; externes : MM. Lamasson, Vaissière, Martin (J.-J.), Mlle Milland, MM. Roche, Manie, Delie.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Marquézy; suppléant : M. Le Clerc; externe premier : Mlle Baguesse; externes : Mlle Arrighi de Casanova, MM. Barré, Schapiro, Mlle Marie-Lucette.

5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bloch André; suppléant : M. Lemoine; externes : MM. Zaouche, Desbiez.

6. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Lobligeois; adjoint : M. Torchaussé; assistant : M. Méry; externe : M. Pannier.

7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

Z. HÔPITAL HÉROLD. — 1. Médecin : M. Paisseau; interne : Mlle Scherrer; externes : MM. Dumas (Bern.), Suchmann, Lambling, Ortholan, Bertrand (Paul), Perreau.

2. Médecin : M. Armand-Delille; interne : M. Vibert; externes : MM. Giroux, Monceau (Yves), Goliger, Golse, Maire, Caratzalis.

3. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Janet; suppléant : M. ; externe en premier : M. Eck; externes : MM. Soleil, Ficonetti.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bouchet; suppléant : M. Vial; externes : MM. Lapupe, Fleury.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Laquerrière; assistant : M. Lehmann; externe : M. Didon.

6. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

Aa. HOSPICE DES INCURABLES (IVRY). — 1. Médecin : M. Chabrol; interne : MM. Porin (1er sem.), Bocquentin (2e sem.); externes : MM. Cachin, Marul, Dupuidenus, Guillaumat, Géninet.

2. *Chroniques et admission.* — Externes : MM. Beaufils, Vial.

3. Médecin : M. René Bénard; internes : M. Bocquentin, Haük; externes : M. Morin (Jean), Mme Le Goff, MM. Alaurent, Achard, Guison, Djian.

4. Chirurgien : M. Ockinczyc; internes : Mlle Ducosté, M. Stérin; externes : MM. Calvet, Djion, Perret.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Pestel; assistant : M. Delapchier.

Ab. HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; adjoint : M. Lemeland; aide de clinique : M. Risacher; internes : MM. Mével, Gadaud; externes : Mlle Beskin, Mme Challe, Mlle Moyen.

2. *Maternité nouvelle.* — M. Lemeland; interne : M. Cain; externes : Mme Gorecki, Mlle Leconte.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Grunspan de Brancas.

Ac. CLINIQUE BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chefs de clinique : M. ; chefs de labor. : M. ; internes : M. Laennec; externes : Mlle Bordachar, MM. Buy, Frahier, Mlle Spire, M. Filloux, Mme de Pierredon.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Grunspan de Brancas.

Ad. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chefs de clinique : M. ; chefs de labor. : M. ; Mlle Develay (1er sem.), M. Luzuy (2e sem.) externes : MM. Merland, Faure, Gerolami, Julien (Gab.), Mme Gibert.

Ae. HÔPITAL CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chefs de clinique : MM. Marceron, Chavany, Le Clerc, Georges; chef de labor. : M. ; internes : MM. Arnaudet (1er sem.), Poumailloux (2e sem.), Lièvre (1er sem.), Mlle Brosse (2e sem.), M. Vannier; externes : MM. Attal, Bonan, Gailhard, Yuen-Sing-Tsang, Bamas, Dassencourt, Mlle Vernière, MM. Dubois (Pierre), Aboulker (Gilbert), Lemelletier, Blau.

Af. HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — 1. Médecin : M. Brodin; interne : M. Delaporte; externe en premier : M. Lachter-Pachter; externe : M. Brunhes.

2. Chirurgien : M. Lardennois; assistant : M. Madier; internes : MM. Diamantberger, Petrignani, Sicard; externes : MM. Marre, Baudet, Puistienne, Pagès, Mlle Barnaud, M. Poisson.

3. *Radioscopie.* — Assistant : M. Dioclès.

Ag. HOSPICE ALQUIER-DEBROUSSE. — 1. (*Vieillards.*) — Médecin : M. Ameuille; internes : MM. Baillet (1er sem.), Uhry (2e sem.).

2. (*Tuberculeux.*) — Interne : M. Olivier; externes : MM. Jalef, Besson (Al.), Wentzel, Porchin, Mlle Petitet.

Ah. INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. P. Weil; internes : MM. Reboul (Sainte-Périne), Boidot (Chardon-Lagache).

Ai. MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Chiray; interne : M. Lelourdy; externe : M. Debray (Ch.).

2. (*Tuberculeux.*) Interne : M. Thibaut (Fr.); externes : MM. Fuchs, Lafon, Pochon, Relier.

3. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Lhomond.

Aj. HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — 1. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Andrieu, Delahaye, Bouquier; chef de service d'électro-radiologie : M. Parin; chefs de labor. de bactériologie : MM. Mozer; internes : MM. Guichard, Contiadès, Limasset, Barbat, Meisel.

2. Annexe de Rouville. Internes : Mme Meisel, M. Tschudnowsky.

Ak. BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. René Marie; internes : MM. de Ginestet, Pescarolo.

2. Médecin : M. Lévy-Valensi; internes : MM. Durieux, Lebovitz, Gluck, Tellier, Guyon, Barneville.

3. Médecin : M. Renaud; internes : MM. Leuret, Ungar, Cabrit, Lombard.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Chatellier.

5. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Thiel.

Al. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : Mlle Serin, MM. Morlaas, Mâle, Schiff.

Am. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M.

An. SANATORIUM D'HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morancé; interne : M.

Ao. SANATORIUM SAN SALVADOUR. — 1. Médecin : M. Fohanno.

Ap. GALIGNANI et BELŒUIL. — 1. Médecin : M. Maréchal; assistant : M. Tourlet.

Aq. LA RECONNAISSANCE. FONDATION BRÉZIN. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. — LABORATOIRES DÉPARTEMENTAUX D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. (153, rue Lamark, et 189, rue Vercingétorix.) — Chef de service : M. Desmoulins; adjoints : MM. Chemin et Legoff; médecins-adjoints : MM. Stoïanoff et Ordioni.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS) ET CHEFS DE LABORATOIRE; 3° INTERNES; 4° EXTERNES EN PREMIER; 5° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : Mlle Laurent, Y-2 = Y. Hôpital Bretonneau, 2. Service de M. Grenet.

MÉDECINS

et assistants.

CHIRURGIENS

et assistants.

ACCOUCHEURS

et assistants.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

assistants et suppléants.

Bouchet, Z-4.
Bourgeois, J-13.
Chatellier, Ak-4.
Chausse, P-8.
Fouquet, G-13.
Grivot, D-11.
Hautant, I-15.
Labarraque, I-15.
Lanos, I-15.
Lemaître, N-14.
Le Mée, S-12.
Lemoine, Y-5.
Maduro, N-14.
Mahieu, S-12.
Moulonguet, M-8.
Ramadier, P-8.
Vial, Z-4.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

Aimé, D-17.
Aubourg, G-14.
Barret, F-14.
Beau, B-15.
Beaujard, K-6.
Béclère, O-2.
Belot, N-17.
Blanche, E-9.
Blot, L-8.
Bonniot, L-8.
Bourguignon, X-11.
Brennau, P-9.
Brunet, O-2.
Buhler, N-17.
Camuzer, H-17.
Charlier, R-4.
Chemin, Ar-1.
Chenilleau, A-11.
Cottenot, U-3.
Darbois, I-19.
Dariaux, H-17.
Dausset, A-11.
David de Prades, G-14.
Davigneau, I-19.
Deruas, N-17.
Defossé, E-10.
Delapchier, Aa-5.
Delherm, B-15.
Dioclès, A-11 et Af-3.
Desgrez, B-15.
Desmoulins, Ar-1.
Descourts, I-19.
Détré, P-9.
Dimier, Q-5.
Dubreuil, J-15.
Duhem, S-13.
Dupouy, O-2.
Foubert, F-14.
Gadreau, C-11 et S-13.
Gaulliard, G-14.
Gérard-Léon, W-10.
Gibert, D-17.
Gilson, E-9.
Gottfried, D-17.
Goubert, S-13.
Grunspan de Brancas, Ac-1.
Guénaux, W-10.
Guibert, E-10 et M-9.
Guilluy, F-14.
Haret, H-17.
Hélie, J-15.
Hickel, T-10.
Humbert, X-11.
Jaudel, D-17.
Joly, G-14.
Jouveau-Dubreuil, J-15.
Kimpel, A-17.

Lagarenne, A-11.
Laquerrière, Z-5.
Le Goff, K-6 et Ar-1.
Lehmann, Q-5 et Z-5.
Lepennetier, N-17.
Lhomond, Ai-3.
Lifchitz, H-17.
Lignac, J-15.
Lobligeois, X-6.
Lucy, A-11.
Mahar, T-10.
Maingot, J-15.
Marchal, H-17.
Mathieu, X-11.
Méry, Y-6.
Mignon, G-14.
Morel-Kahn, B-15.
Moutard, C-11.
Nadal, N-17.
Nahan, N-17.
Ordioni, R-4 et Ar-1.
Pagès, A-11.
Pannier, Y-6.
Parin, Aj-1.
Pelizza, N-17.
Pestel, Aa-5.
Petit (Ch.), E-10.
Porcher, O-2.
Portret (S.), J-15.
Prévost, E-10.
Prévost, F-14.
Proust, D-17.
Ronneaux, C-11.
Seligman, D-17.
Serrand, J-15.
Soianoff, Ar-1.
Solomon, D-17.
Surrel, N-17.
Tedesco, N-17.
Thoyer-Rozat, B-15.
Thibonneau, X-11.
Torchaussé, Y-6.
Vignal, G-14.

CHEFS DE CLINIQUE

et chefs de laboratoire.

Arviset, O-1.
Bariéty, G-1.
Barthélemy, N-1.
Benda, B-1.
Blum, A-7.
Brizard, U-1.
Bureau, H-12.
Chabrut, D-9.
Chavany, Ae-1.
Christophe, X-1.
Coffin, F-1.
Delagenière, A-6.
Destouches, D-1.
Dossot, E-5.
Durand, C-1.
Favary, A-7.
Fèvre, S-8.
Garcin, F-1.
Georges, Ae-1.
Godel, B-1.
Goiffon, O-1.
Julien-Marie, J-1.
Lambling, A-1.
Lamy, J-1.
Le Clerc, Ae-1.
Lelong, U-1.
Mâle, Al-1.
Marceron, Ac-1.
Martin (René), S-1.
Mayer, J-1.
Melik-Parsadaniantz, H-12.
Menegaux, O-1.
Meyer, N-1.
Morlaas, Al-1.
Moutier, O-1.

Mozer, Aj-1.
Pellissier, J-1.
Périn, N-1.
Rachet, A-1.
Saint-Girons, S-8.
Schiff, Al-1.
Schmite, X-1.
Serin (Mlle), Al-1.
Thomas, F-1.
Triboulet, J-1.
Vadder (de), F-7.

STOMATOLOGISTES

Béliard, A-12.
Bonnier, F-15.
Bozo, B-16.
Cabrol, B-16.
Chompret, N-18.
Coustaing, D-18.
Crocquefer, N-18.
Darcissac, J-16.
Fargin-Fayolle, M-10.
Fribourg, H-18.
Gornouec, E-11.
Izard, Y-7.
Lacronique, I-20.
Lattes, B-16.
Lemerle, T-10.
L'Hirondel, O-3.
Merville, A-12.
Raison, H-18.
Richard, W-11.
Robin, E-11.
Rousseau-Decelle, H-18.
Ruig, L-10.
Ruppe, Z-6.
Schaefer, G-15.
Vilenski, A-12.

INTERNES

Abricossoff (Mlle), F-6 (1er sem.).
Abricossoff (Mlle), U-2 (2e sem.).
Albot, R-2.
Alibert, I-8 (1er sem.) I-8.
Arager (Mme), N-11.
Ardouin, B-8.
Armand, F-10.
Armand (Jacq.), E-7.
Armaudet (1er sem.), Ae-1.
Aubin, F-8.
Audemar, N-10.
Audouin, X-5.
Augier (1er sem.), W-9 et X-2 (2e sem.).
Avril, N-20.
Baillet (1er sem.), Ag-1.
Baillis (2e sem.), E-5.
Baillis, N-9.
Baillon (Mme), Y-3.
Baize, H-3.
Barbat, Aj-1.
Barbé A-4.
Barneville, Ak-2.
Baron (F.), N-13.
Baron (P.), I-4.
Barragné, N-20.
Barrier, G-8.
Beaugeard, D-6.
Beaux, H-8.
Béclère, Q-4.
Bégaud (Mlle), C-8.
Benoist, F-1.

Berdet, P-1.
Bergouignan, U-2.
Bernal, B-6.
Bernard (Et.), D-9.
Bernard-Griffiths, I-12.
Berton, H-2.
Bertrand (J.), I-2.
Bidoire, B-10.
Bize, X-1.
Bizon (Mlle), N-19.
Blanchy (Mlle), J-3.
Blondin, N-8.
Bocquentin, Aa-3.
Bocquentin, Aa-1 (2e sem.).
Boegner (Mlle), C-4 (2e sem.).
Boegner (Mlle), P-3.
Boidot, Ah-1.
Boisramé, R-3.
Bompart (1er sem.), E-5.
Bompard (1er sem.), T-4.
Bompard (2e sem.). I-10.
Bonnet, I-11.
Boquel, K-3.
Bopnel (2e sem.). H-13.
Boquien, G-2.
Bouessée, J-4.
Bourguignon, B-9.
Brandy, E-6.
Brehier (1er sem.), H-16.
Bridot, F-7.
Brisard, D-9.
Brisset, T-5.
Brosse (Mlle), S-2. (1er sem.).
Brosse (Mlle), Ae-1 (2e sem.).
Buéquoy, T-3.
Bureau (Rob.), S-8.
Bureau (Yves), N-5.
Busson, A-1.
Cabut, Ak-3.
Cachera, D-3.
Cadillac, X-2 (1er sem.).
Cadillac, S-11 (2e sem.).
Cahen (Rob.), F-1.
Cain, Ab-2.
Canonne, N-9.
Caroli, N-3.
Catalette, G-8.
Cattan (1er sem.), J-1.
Cattau (2e sem.), G-3.
Chaperon, H-7.
Chêne, D-4.
Chennevière, S-11 (1er sem.).
Chennevière, N-15 2e sem.).
Chevereau, G-7.
Choquart (Mlle), R-3.
Cohen (René), N-1.
Cohen-Asdriel, G-9.
Cohen-Deloro, H-13 (1er sem.).
Contiadès, Aj-1.
Corbillon (Mlle), S-4.
Cordier, G-5.
Corman, X-2.
Cournand, X-1.
Couturat, N-5 (1er sem.).
Couturat, Y-1 (2e sem.).
Couvelaire, F-10 (1er sem.).

Couvelaire, S-8 (2e sem.).
Cuvillier, J-10.
Darfeuille, D-10.
Darré, N-19.
Davioud, C-6.
Debray, H-8.
Decourt, X-3 (1er sem.), S-2 (2e sem.).
Degos, Q-3.
Delage, C-7.
Delaporte, Af-1.
Delarue, D-1.
Delinotte, I-12.
Delmas, D-12.
Delthil (Mme), N-15 (1er sem.), X-3 (2e sem.).
Deparis, A-7.
Derot, N-2 (2e sem.).
Derot, L-4.
Desbrousses (Mlle), X-4.
Desbuquois, N-4.
Dessoille, V-2.
Develay (Mlle), Ad-1 (1er sem.).
Diamantberger, Af-2.
Dreyfus (Pierre), N-11.
Ducas, H-1.
Ducosté (Mlle), Aa-4.
Dulac, O-1.
Duncombe, G-6.
Dupuy, L-5.
Durieux, Ak-2.
Durrbach, F-9.
Elboz, T-6 (1er sem.).
Even, U-1 (1er sem.).
Falaize, K-3.
Faure (M.), G-7.
Fayot (Mlle), W-2.
Fayot (R.), A-6.
Fiehrer, W-7.
Filliol, J-7.
Flandrin, L-3.
Fleury, B-2.
Folliasson, H-9.
Fort, C-7.
Foulon, U-1.
Fouquet, B-6.
Fournié, E-7.
France, N-11.
Frantz, D-10.
Funck, N-8.
Gadaud, Ab-1.
Galop, X-8.
Ganem, D-10.
Garnier, E-1.
Gaudin, G-9.
Gaulier, Y-3.
Gautheron (Mlle), S-10.
Gavois, F-3.
Géhiel, L-5.
Georges, H-12.
Gilbert-Dreyfus, E-2.
Gilbrin, B-9.
Ginestet (de), Ak-1.
Gluck, Ak-2.
Goldberg, R-1.
Gorecki, F-2.
Gorostidi, S-7.
Gosset, X-5.
Gouyen, B-5.
Graffin, Y-3.
Grand, F-2.
Grand (Mme), A-6.
Grasset, L-9.
Grinda, H-9.
Griveaud, D-9.
Guede, M-2.
Guéry (Mlle), I-1.

Guyon, Ak-2.
Guichard, Aj-1.
Guiheneuc, E-6.
Guillain, L-1.
Guillon, H-12.
Guillot, B-7.
Guran, G-5.
Haïck, Aa-3.
Hauert, J-10.
Heimann (Mlle), W-1.
Henrion, C-3.
Hervy, F-9.
Hesse (Jean), I-13.
Horovitz, D-5 (1er sem.), F-6 (2e sem.).
Hussenstein, O-1.
Imbert, C-1.
Jomain, F-7.
Jonard, I-14.
Kanony, N-14.
Kaplan, V-1.
Kaufmann, B-8.
Koang, W-3.
Labesse, I-14.
Lacoste, M-5.
Laennec, Ac-1.
Laflotte, G-12.
Lagrange (Mme), H-16.
Landowsky (Mlle), N-4.
Langlois, L-9.
Lardennois, A-6.
Launay, T-1.
Laurent (Mlle), Y-2.
Le Baron, D-7 (1er sem.).
Lebovitz, Ak-2.
Lecœur, X-5.
Lejeune, P-4.
Lelourdy, Ai-1.
Lemoyne, D-11.
Lemoine, F-7.
Lenègre-Thourin, G-1.
Lereboullet, J-9.
Leuret, Ak-3.
Levaxelaire, E-5 (1er sem.).
Lévy (Mlle Franç.), N-20 (1er sem.) et G-4 (2e sem.).
Liège, S-1.
Lièvre, Ae-1 (1er sem.), D-5 (2e sem.).
Limasset, Aj-1.
Lombard, Ak-3.
Longuet, K-3 (1er sem.) et E-5 (2e sem.).
Louvel, B-1 et T-4 (2e sem.).
Louvet, A-2.
Luzuy, I-13 et Ad-1 (2e sem.).
Lyonnet, H-9.
Maas (Mlle), J-1.
Maës, M-4.
Magdelaine, N-14.
Maisler, A-8.
Maldan (Mlle), C-5.
Mamou, C-4 (1er sem.).
Mauric, W-9 (2e sem.).
Maximin, A-1.
Mayer, H-13.
Mégard, J-6.
Meisal, Aj-1.
Meisal (Mme), Aj-2.
Merger, H-11.
Mérigot, A-6.
Merklen, M-1.
Mével, Ab-1.

Mézard, A-5 (2e sem.).
Miraillié, E-6.
Moatti, D-11.
Monnerot-Dumaine, K-1.
Mouchet, B-7.
Mourrut, L-2.
Moyse, N-9
Nativelle, N-3.
Nédelec, W-4.
Odru (Mlle), F-8.
Ollivier, Ag-2.
Ollivier (Henry), I-11.
Ombrédanne, J-13.
Oumansky, D-1.
Padovani, I-13.
Papaioanou (Mlle), H-4.
Paris, H-7.
Pascal, S-8 (1er sem.) et F-10 (2e sem.).
Patel, B-7.
Patte, C-7.
Pau (Mlle), M-5.
Paul, A-7.
Pellé, H-11.
Perrier, I-11.
Perrin (G.), N-8.
Pescarolo, Ak-1.
Petrignani, Af-2.
Peytavin S-6 (1er sem.) et Q-4 (2e sem.).
Pinoche (2e sem.), D-7.
Piollet, B-8.
Plessier, H-11.
Porin, Aa1 (1er sem.).
Poumailloux, N-2 (1er sem.); et Ae-1 (2e sem.).
Poumeau-Delille, I-10 (1er sem.); et N-5 (2e sem.).
Priollet, P-4.
Puech, B-3.
Querneau, A-6.
Ragu, I-3.
Rappoport (Mlle), I-6.
Rault, D-12 (1er sem.) et N-6 (2e sem.).
Ravier, W-1.
Reboul, Ah-1.
Reyt, N-13.
Ribadeau-Dumas, I-5.
Richier, U-2 (1er sem.).
Riom (Mlle), T-5.
Rivoire, D-8.
Robin, J-10.
Ronget (Mlle), Q-1 (1er sem.) et T-6 (2e sem.).
Rossert, J-13.
Roudinesco (Mlle), W-5.
Rouget (Mlle), T-6 (2e sem.).
Rouquès (L.), X-1.
Rouquès (P.), C-6.
Roy, Q-4.
Rudolff, K-2.
Sacuto, H-8.
Saint-Pierre, I-12 (1er sem.) et N-13 (2e sem.).
Sallé, M-4.
Salmon, A-1.
Scherrer (Mlle), Z-1.
Schwartz, N-10.
Sebilleau, W-4.
Sèze (de), B-4.
Sicard, Af-2.
Sigwald, C-2.
Soulié, G-1.
Sourdille, X-7 (1er sem.) et H-16 (2e sem.).
Stéhelin, F-1.
Stérin, Aa-4.
Tellier, Ak-2.
Terrenoire, E-4.
Thibaut (Fr.), Ai-2.
Thiroloix, G-4 (1er sem.).
Thomas, B-9.
Thoyer, A-3.
Thoyer, I-8 (2e sem.).
Triau, L-3.
Trocmé, I-16.
Tschudnowsky, Aj-2.
Uhry, N-1.
Uhry, Ag-1 (2e sem.).
Ungar, Ak-3.
Vannier, Ae-1.
Vanier (Jean), N-6 (1er sem.),
Vaudour, A-8.
Véran, B-1 et M-3.
Versini (Mlle), Q-4 (1er sem.),
Vialard, J-8.
Vibert, Z-2.
Villemin, X-6.
Voillemin, F-4.
Vuillième, M-4.
Waitz, T-2.
Wallich, P-2.
Weill (Jean), N-7.
Wertheimer (Mlle), A-5 (1er sem.).
Wilm (Mlle), T-5.
Worms, G-3 (1er sem.).
Zadoc-Kahn, H-6.
Zimmern (Mlle), I-15.

EXTERNES EN PREMIER

Aboulker, F-17.
Baguesse (Mlle), Y-4.
Baussan, I-17.
Bénassy, S-5.
Bergenstein, X-9.
Bernard (Jean), G-10.
Bloch (Léon), E-8.
Blondel (Mme), D-4.
Bosquet, S-14.
Boudin, X-10.
Coste, B-11.
Durel, B-1.
Eck, Z-3.
Faquet, H-14.
Kreyts, J-11.
Lachter-Pachter, Af-1.
Lepart, S-9.
Lévy-Klotz, S-10.
L'Hoir (Mlle), S-3.
Lieffring, K-4.
Macé de Lépinay, P-5.
Mariau, V-3.
Nicolas, D-15.
Noullot, F-11.
Patey, T-7.
Pichet, C-9.
Pichot (Mlle), S-5.
Prost, F-16.
Robert, D-13.
Rousseau, I-4.
Thorel, F-5.
Valentin (Mlle), M-6.

EXTERNES

Aboulker (Gilb.), Ae-1.
Aboulker (R.), A-9.
Abraham (Mlle), F-1.
Abrahanian, Q-4.
Abrand, I-3.
Achard, J-13.
Achard, Aa-3.
Adèle, H-7.
Adrianopoulous, I-16.
Advenier, Y-2.
Aghion (Mlle), S-7.
Alaurent, Aa-3.
Alfonsi, G-7.
Aliker, L-5.
Alivisatos, D-5.
Allilaire, H-8.
Allouche, S-7.
Alpern, A-3.
Alvarès de Azevedo, F-10.
Amante, M-1.
Amat, N-4.
Amestoy, H-3.
Amiard, F-15.
Amphoux, R-3.
Ampugnani-Pancrazi, D-4.
André (R.-J.), N-1.
André, D-13.
Andrieux, I-14.
Angyal (Adalbert), H-2.
Antoniou, G-1.
Archambault, L-3.
Archimbaut, T-5.
Ardouin (Jean), B-5.
Arnal, S-1.
Armand-Laroche, T-3.
Armelin (Mlle), I-4.
Arnaud, P-2.
Arnould, D-7.
Arrighi de Casanova (Mlle), Y-4.
Arvay, B-6.
Arviset, N-20.
Attal, M-4.
Attal, Ae-1.
Aubrun, P-1.
Auclair, D-9.
Audoux, R-2.
Augeix, N-4.
Augereau, M-5.
Auriacombe, F-3.
Auzeloux, F-10.
Auzepy, S-2.
Avramesco, D-11.
Azéma, S-8.
Bachmann, N-16.
Bacquelin, A-2.
Bail, N-5.
Bakless (Mme), N-3.
Ballard, J-13
Bamas, Ae-1.
Baratoux, T-3
Bardin (P.), N-2.
Baré, V-2.
Baret, F-13.
Bargeton, A-3.
Barnaud (Mlle), Af-2.
Barraya, X-5.
Barré, Y-4.
Barré (Mlle), F-3.
Barrière, N-11.
Barthélemy, A-8.
Basch (Mme), Q-4
Basset, A-10.
Bastien, N-2.
Batier, G-3.
Baudet, Af-2.
Baumgartner, A-1.
Baurens, P-6.
Baylot, B-3.
Beauchef, H-16.
Bauchesne, C-1.
Beaufils, Aa-2.
Beaufils, H-1.
Beauvais, A-11.
Bécam, S-10.
Béchet, F-12.
Beinis, I-4.
Bellière, N-9
Bellière, S-4.
Benardeau, H-6.
Benech, A-7.
Bengnini, S-10.
Benoist, S-2.
Benveniste, D-10.
Benzaquen, H-13.
Béquignon, F-1.
Bérard, N-10.
Berg (de), T-7.
Bergeron, B-5.
Bernard (Paul), E-6.
Bernard (Ph.), F-8.
Bernaud (Ed.), M-6.
Berni (Mlle), O-1.
Bernière, P-8.
Berteaux, I-2.
Bertheau, G-1.
Berthoud, B-10.
Bertrand (Paul), Z-1.
Beskin (Mlle), Ab-1.
Besson (An.), N-12.
Besson (Al.) Ag-2.
Beurdeley, G-2.
Bevalot, D-13.
Bezier, N-13.
Bidou, X-10.
Biétrix, L-1.
Bigey, J-10.
Billard, L-4.
Binet, M-1.
Binnie-Scott, S-1.
Bioy, X-10.
Bismut, I-13.
Bissery, J-1.
Blanchard, L-6.
Blau, Ae-1.
Blondeau, H-7.
Blumen, I-13.
Bocquet, T-5.
Bogoraze (Mlle), S-14.
Bogoraze (Mlle), X-4.
Bogoraze, B-3.
Boisseau, G-8.
Boissonnet, M-4.
Boivin, K-3.
Bonamy, J-8.
Bonan, Ae-1.
Bonhomme, G-1.
Bonnahon, N-14.
Bonnel, C-6.
Bonnet (G.), N-5.
Bonnet (G.), A-1.
Bonnet (P.), E-8.
Bontakoff, F-7.
Boquet (Pierre), H-3.
Bordachar (Mlle), Ac-1.
Borde, J-4.
Bordier, H 7.
Borgida D-7.
Borrey, X-2.
Bosc, S-1.
Botrel, G-1.
Botton (de), H-8.
Bouchacourt, R-2.
Boucher, B-9.
Boudonet, H-8.
Boudreaux, F-1.
Bouillard (Mlle), W-1.
Bouley, W-1.
Boulle, X-5.
Bourdeau, G-8.
Bourderon, D-6.
Bourdial, B-7.
Bourget, A-3.
Bourmalatz (Mlle), M-3
Bournique, H-12.
Bouroullec, N-20.
Boursat, F-16.
Bousquet, V-1.
Boussoulade, S-2.
Bouteau, H-17.
Boutet, H-6.
Boutron, G-5.
Boutteau (Pierre), N-19.
Boutteau, H-5.
Bouwens, G-2.
Boyer (Et.), S-6.
Boyer, N-15.
Boyer (Et.), N-3.
Boyer, J-7.
Braillon, I-2.
Brandenbourg, L-5.
Brault, K-3.
Braunstein, Q-4.
Braunstein, F-10.
Brawermann, S-4.
Bréhant, F-1.
Brémont, T-6.
Brenot (Mlle), A-6.
Bretey, J-1.
Briant, J-14.
Bridgeman, A-5.
Brincourt, U-1.
Bring, H-4.
Brinon, S-1.
Brizard (A.), H-2.
Brocard, X-5.
Brochard, J-1.
Brouet, N-1.
Broutman, H-9.
Brulin, I-8.
Bruneau, P-3.
Brunel, U-1.
Bruneton, D-15.
Brunhes, Af-1.
Bujeaud (Mlle), E-3.
Burdin (Mlle), C-7.
Bureau, Q-1.
Butner (Mlle), I-13.
Buy, Ac-1.
Caballe, H-2.
Caby, J-9.
Cachera (Mme), S-4.
Cachin, F-1.
Cachin (M.), Aa-1.
Cadaro, C-7.
Cagny (de), A-3.
Cailleuf-Bernard, D-4.
Cailleux, W-3.
Callot, J-10.
Calvet, L-1.
Calvet, Aa-4.
Calvet (Jean), X-9.
Camard, F-7.
Cameria d'Almeida, Y-1.
Camus (J.), H-13.
Camus (J.-P.), J 9.
Canale, B-11.
Caner, N-7.
Canhapé, H-11.
Capandji, B-7.
Caratzalis, Z-2.
Carbonel, A-12.
Carlotti, L-5.
Carrezi, I-13.
Carteret, E-2.
Casalis, N-11.
Casalis (B.), D-16.
Castets, R-2.
Cathier (Mlle), X-1.
Catonné, D-1.
Catz, E-5.
Caubet (Mlle), D-9.
Caudron, X-9.
Cauvelot, N-9.
Cauvet, D-14.
Cavel, X-1.
Cayet, H-14.
Cazamian (Mlle), X-2.
Chabrol, B-13.
Chagnon, B-11.
Chaillouet, A-1.
Challe, I-3.
Challe (Mme), Ab-1.
Challiol, L-9.
Challiot (Mlle), M-4.
Chambon, J-5.
Champeau, G-5.
Chanel, E-6.
Chapiro, O-6.
Chaput, D-4.
Charapanowsky, J-12.
Chareire, Q-3.
Charlot, B-9.
Charousset, I-10.
Chatain, N-20.
Chaudron, G-3.
Chaux, J-7.
Chazel, B-8.
Chazette, P-4.
Chefdeville, F-6.
Cherbuliez (Mlle), S-4.
Chérubin, M-7.
Chevallier, B-9.
Chevallier (R.), W-1.
Chevet, E-4.
Chigot, C-5.
Chuit (Mlle), N-18.
Claudet, E-5.
Clermont, F-1.
Cochard, B-13.
Codet, B-15.
Cohen (Alb.), F-16.
Cohen (Mlle), V-1.
Cohen-Solal, H 12.
Colin (Mme), N-20.
Collart, I-4.
Colombu (Mlle), P-3.
Comar, J-1.
Comby (Mlle), S-8.
Comte (M.), X-4.
Conso, F-9.
Constantoulakis, N-1.
Conte, T-6.
Conte (Michel), K-2.
Cordebar, B-9.
Corinin, N-14.
Cornier N-15.
Cornetet, M-4.
Costes, J-1.
Cottin, L-4.
Cottin (Mlle), G-3.
Couaillier, K-4.
Couder, H-3.
Coumétoux, N-2.
Courbil, F-6.
Courtial, D-1.
Courvoisier, A-1.
Cousin, N-12.
Coussieux, V-1.
Coustenoble, W-3.
Couty, N-12.
Couve, T-1.
Cristesco, N-17.
Grozat, C-2.
Cunowski, S-10.
Damon, R-2.
Danganthier, I-11.
Daniel, F-1.
Danzig (Mlle), F-1.
Darras, H-14.
Dassencourt, Ae-1.
Dauban (Mlle), X-5.
Daum, W-2.
Dausse, E-2.
David (E.), G-8.
David (J.), A-1.
Davidovici, S-10.
Davous, P-1.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1929)

Action des rayons X de grande longueur d'onde sur les microbes. Etablissement de statistiques précises de la mortalité des bactéries irradiées. — M. A. LACASSAGNE.

Sur l'étude des courbes de probabilité relatives à l'action des rayons X sur les bacilles. — Mme P. CURIE.

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d'huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY · PARIS (17e)

Formation locale des antitoxines dans le liquide céphalo-rachidien. — M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALAMON.

Vérification spectrographique de l'activation de l'ergostérol sous l'influence de l'irradiation par les rayons ultra-violets. — M. Georges TIXIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1929)

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de M. Fernand Widal.

Notice nécrologique. — M. CLAUDE lit une notice sur M. Maurice Letulle, récemment décédé.

Rapport. — M. RENAULT donne lecture d'un rapport sur un travail de MM. Boinet et Teissonnières relatif au rôle des coquillages dans l'étiologie de la fièvre typhoïde à Marseille (voir *Gaz. des hôpit.*, 2 janv. 1929, n° 1, p. 7). Ses conclusions seront mises aux voix dans une prochaine séance.

Le Comité d'hygiène de la S. D. N. et le vaccin B. C. G. — M. LIGNIÈRES conteste les conclusions du Comité d'hygiène apportées par M. Léon Bernard dans une précédente séance.

M. Léon BERNARD apporte à la tribune la plus énergique des protestations contre les assertions de M. Lignières. Il montre, en prenant des exemples dans la crèche de Laennec, que la campagne de M. Lignières a eu pour résultat de ralentir la prémunition contre la tuberculose.

La fièvre boutonneuse de Tunisie et la fièvre exanthématique de Marseille. Leur identité. — M. CONSEIL (de Tunis).

Nouvelle note relative à l'action biologique des rayons X sur le vague. — MM. ZIMMERN et CHAILLEY-BERT.

Sur la forme des courants employés en électricité médicale. — M. André STROHL. La forme des courants utilisés en médecine ne peut se déduire des seuls caractères physiques des générateurs d'électricité. Les courants continus, les décharges de condensateurs et les ondes faradiques sont altérés et parfois même inversés sous l'influence des forces contre-électromotrices engendrées par le passage de l'électricité. Ces modifications, difficilement explicables suivant l'ancienne conception d'une résistance étectrique variable des organismes vivants, s'interprètent aisément comme une conséquence directe des phénomènes de polarisation des tissus.

L'épidémie de fièvre jaune de 1928 à Rio de Janeiro. — M. Clementino FRAGA, directeur de la Santé publique au Brésil, envoie une relation de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à Rio de Janeiro, de juin à septembre 1928. La capitale du Brésil s'était endormie dans la sécurité que lui avait donné son succès dans la lutte contre ce fléau séculaire exterminé en 1928. Cependant des cas épars continuaient à se montrer dans le Nord. A la faveur de l'arrivée des recrues dans un milieu où les médecins avaient pris l'habitude de diagnostiquer une maladie disparue, quelques malades ont pu s'introduire et la contamination se répandre dans certains quartiers de Rio de Janeiro. Grâce à l'admirable organisation sanitaire brésilienne la lutte a pu être rapidement menée et l'épidémie n'a entraîné que 117 cas dans une ville de 1.700.000 habitants, ce qui constitue un remarquable succès prophylactique. M. Fraga signale qu'on a pu faire l'expé-

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (Maloine, 1927).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

rience d'un nouveau procédé de destruction des moustiques à l'aide d'appareils de projection mécanique pour insecticides desservant à la fois plusieurs immeubles.

Colite chronique grave. Colectomie gauche. Segment colique remplacé par une anse grêle. Guérison. — M. Victor PAUCHET apporte l'observation d'un confrère argentin qui commença à présenter des troubles de colite : douleur, glaires, à l'âge de vingt-cinq ans (1919). En 1921, le docteur Barcia (de Montevidéo) examine les selles et trouve des amibes. A la radio, rétrécissement du côlon descendant et de la sigmoïde; il conseille la colectomie.

Après un traitement médical prolongé, le malade va de mal en pis. Mélæna, glaires, douleurs, 25 selles par jour. En août 1926, il arrive à l'Institut de médecine tropicale d'Hambourg où on conseille de nouveau l'intervention.

Le malade entre dans le service de M. Pauchet, à Saint-Michel le 5 octobre 1926. Il pèse 49 kilos. Opération le 9 octobre 1926, pendant le Congrès de chirurgie. Colectomie gauche avec extirpation de la sigmoïde, pour colite ulcéreuse, polypeuse, avec saillies et ulcérations confluentes. Le malade sort de l'hôpital le 30 octobre et retourne en Argentine pesant 73 kilos.

Il revient et est opéré le 4 octobre 1927, pendant le Congrès. Isolement d'une anse grêle de 33 centimètres, implantée entre le transverse et le rectum. Le malade augmente encore de poids et atteint 82 kilos au moment où il part.

L'examen histologique du bout rectal retiré montre un *épithélioma à cellules cylindriques*. La tunique musculaire interne est envahie, tandis que l'externe paraît être indemne. Le malade sort le 5 novembre en bon état. L'anus splénique ne donne qu'en cas de diarrhée.

L'année suivante, 1928, toujours au moment du Congrès de chirurgie, on procède à la fermeture de l'anus. Pendant les suites, phlébite. Actuellement santé parfaite, le fonctionnement intestinal est normal.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1928)

Cholécystectomie ou cholécystostomie d'urgence. — M. DESJARDINS, d'après une longue pratique de cette chirurgie, pense que, dans les cas infectés, il faut faire la cholécystectomie toutes les fois qu'elle sera matériellement possible et enlever ainsi, sans l'ouvrir, le foyer d'infection. C'est une opération qui n'est pas sensiblement plus longue et qui n'est pas plus grave que la cholécystostomie et qui guérit définitivement et plus rapidement le malade. La cholécystostomie ne doit être réservée, comme pis-aller, qu'aux cas où l'ectomie serait jugée laborieuse par l'étendue et la nature des adhérences qui empêcheraient d'isoler la vésicule.

Pour M. Victor PAUCHET, cholécystectomie, cholécystostomie, cholécystotomie ont chacune leur indication suivant les cas nécessitant des interventions d'urgence.

La cholécystectomie sous-muqueuse. — M. V. PAUCHET fait un rapport sur un travail de M. CORYN (de Belgique). L'auteur décrit en détail les différents points de cette opération qu'il a adoptée comme la meilleure d'après l'expérience d'un millier d'opérations sur les voies biliaires.

La déligamentopexie. — M. R. BONNEAU présente l'observation suivante : une malade souffrait à la suite d'une ligamentopexie faite par un autre chirurgien; il constata en l'opérant que les deux trompes étaient incluses et coudées dans la paroi abdominale. Il montre que, dans certains cas de brièveté de l'aileron antérieur du ligament large, il est nécessaire de sectionner le péritoine entre le ligament rond et la trompe pour éviter cet accident qui détermine des douleurs et empêche toute conception ultérieure.

Corps étrangers de la tunique vaginale. — M. LAVENANT communique deux observations de corps étrangers fibro-cartilagineux de la vaginale trouvés au cours de cures radicales d'hydrocèle. Ces faits sont assez rares. Il s'agit probablement de débris embryonnaires subissant l'influence d'une lésion inflammatoire du carrefour uro-génital bien qu'il soit difficile de prouver si la vaginalite concomitante est primitive et productrice de corps étrangers ou secondaire à l'irritation provoquée par eux.

Evolution d'un greffon fémoral juxta-articulaire. — M. R. MASSART présente les radiographies successives d'un cas de verrouillage de la hanche et montre qu'en six mois le greffon fait parfaitement corps avec les os voisins et qu'il a plus que doublé de volume.

A ce sujet, l'auteur insiste, en rappelant ce qu'ont écrit LERICHE et POLICARD, sur la nécessité de régler son plan opératoire en pensant que la vie du greffon est extrêmement fragile et en l'utilisant dès qu'il est prélevé.

Pseudo-kyste séreux d'origine traumatique de l'arrière cavité des épiploons. Opération. Guérison. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'un malade de vingt ans qui, cinq semaines après un coup de pied de cheval au creux épigastrique, présenta à ce niveau une voussure déterminant une compression gastrique inférieure décelée par la radioscopie.

L'opération montra un kyste rétro-gastrique sus-mésocolique adhérent aux organes voisins. Décollement et résection d'une partie de la poche marsupialisation. Guérison.

Deux nouveaux cas de fractures transcervicales du fémur consolidées osseusement par l'appareil plâtré. — M. JUDET communique deux nouveaux cas de fractures du col du fémur nettement intra-capsulaires consolidées par cal osseux après réduction sur la table à fracture et contention par un appareil plâtré. 1° Femme de cinquante-huit ans : fracture par décapitation avec grand déplacement, ascension et rotation externe du col; réduction dix-huit heures après l'accident; 2° femme de cinquante-quatre ans : fracture paraissant engrenée à la partie moyenne du col. Dans les 2 cas, guérison avec bon résultat fonctionnel; les radiographies montrent la production d'un cal osseux.

Sur les abcès à staphylocoques en pays chauds. — M. NICOLAS (de la Nouvelle-Calédonie) montre par une nouvelle observation la torpidité de ces abcès dans les pays chauds.

Invagination côlon-colique chez une enfant. — M. DUCHET SUCHAUX (de Vesoul) communique une observation de ce type d'invagination assez rare. Enfant de deux ans et demi; opération faite seulement le troisième jour; réduction facile; guérison.

Fracture du radius avec luxation de la tête du cubitus à travers la peau par retour de manivelle. — MM. BARBARIN et MARIAU présentent chacun une observation avec excellent résultat fonctionnel.

Deux cas d'autoplastie par lambeau. — M. BURTY présente ces deux cas opérés : le premier, pour une perte de substance de la joue gauche à la suite de l'exérèse large d'un lupus tuberculeux; le deuxième, pour obvier aux troubles de compression du pied consécutifs à une plaie en bracelet du tiers inférieur de la jambe due à une brûlure étendue.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS

(ASTHME — EMPHYSÈME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des vaccins adaptés, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne ; le pourcectage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal Minet est employé à titre préventif de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs modifiant le terrain.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc. ; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traitements des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée de vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin anti-asthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

Laboratoires STÉNÉ, 4, Place des Vosges, à PARIS (4e)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICATS DE SPÉCIALITÉ

On parle beaucoup des certificats de spécialité, ou plus exactement on essaie de faire du bruit autour d'eux; rien n'est moins justifié qu'une telle campagne à l'heure actuelle.

L'établissement de tels certificats consisterait essentiellement à sérier le corps humain en un certain nombre de parties, nombre qui ne saurait aller qu'en croissant à mesure que le système se développerait, et, dans chacune des cellules ainsi artificiellement créées, ne pourrait agir que le médecin muni du certificat correspondant.

On parle bien de certificats facultatifs, mais par la force des choses ils deviendraient rapidement obligatoires.

Ainsi le doctorat en médecine ne serait qu'une première étape, étape préparatoire en quelque sorte, qu'il faudrait franchir pour pousser plus loin des études permettant d'acquérir ces fameux certificats.

Cette réforme serait-elle justifiée? On parle couramment de la complication progressive des études médicales, complication qui serait devenue telle qu'un individu ne saurait envisager la possibilité d'assimiler la totalité des éléments qu'elle comporte. En fait, c'est de cette complexité qu'est née la spécialisation, mais il ne semble pas que dans le cadre actuel cette spécialisation ait donné de mauvais résultats. Toute la question est de savoir si ces résultats seraient améliorés parce que le spécialiste aurait passé quelques examens de plus et posséderait un parchemin supplémentaire. Qu'elle soit posée par des profanes, cela peut se concevoir, mais par des médecins qui ont passé tant d'examens, ou même en ont fait passer, cela devient moins compréhensible. Nous sommes tous fixés sur la valeur pratique de ces épreuves et savons parfaitement qu'il n'est pas d'exemple qu'on n'ait réussi à passer un examen quelconque avec de la chance ou de la persévérance. Croit-on que si ce système avait fonctionné certains médecins qui font si fâcheusement parler d'eux en ce moment n'auraient pas passé lesdits examens?

Ce serait le cas de rappeler la phrase fameuse au sujet des soldats qu'on aurait pu habiller d'une couleur quelconque, sans que cette couleur fût susceptible de leur donner des vertus guerrières. Parmi les médecins, il en est malheureusement à qui on pourrait donner n'importe quel diplôme, cela n'ajouterait rien à leur valeur ni à leur conscience professionnelle.

Ces gens, on ne saurait trop le répéter, sont une infime exception : comme ils attirent l'attention sur eux on en parle beaucoup trop et on ne songe pas assez à la masse des praticiens honnêtes qui exercent beaucoup plus discrètement la médecine, mais avec une conscience et une abnégation au-dessus de tout éloge. Peut-on penser que, quelle que soit la branche à laquelle ils s'adonnent, ils l'exercent sans l'avoir étudiée et que leur mérite pourrait être augmenté par une nouvelle réglementation?

Personne n'ignore que, pour faire un bon spécialiste, il faut d'abord et avant tout être un excellent médecin, et il n'est pas vraisemblable que celui qui aura été travailleur jusqu'à son doctorat cessera précisément de l'être au moment où il abordera les questions qui feront l'objet de ses préoccupations pendant toute son existence professionnelle. Certes il y aura toujours des médiocres, mais on ne les arrêtera pas plus avec un examen que ceux dont nous parlions plus haut. Pour les uns comme les autres un nouveau parchemin ne leur donnera

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale
VIOXYL
MOUNEYRAT
Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique
Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES
FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ
DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; Enfants : 1/2 dose } par jour
Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète
Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT,
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

L'ASCOLEINE RIVIER
renferme la Vitamine A et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)
Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, avitaminoses, etc.
Avantages : Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.
4 formes : Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS
R. C. 88.031, Seine

qu'une autorité et une assurance qui ne laisseront pas d'être dangereuses.

Dans certains pays cette réglementation a été adoptée (1), mais, sans vouloir en approfondir les raisons, nous devons considérer que nous sommes en France et que le médecin français a toujours été universellement apprécié.

A quoi bon dès lors prôner une réforme qui ne s'impose pas, qui aboutirait à une sorte de taylorisation de la médecine par l'hypertrophie naturelle qui serait la conséquence de la spécialisation officielle?

Il serait beaucoup plus important et utile de reprendre la question à la base, de s'occuper des études médicales, de ne pas laisser envahir la médecine française par des gens qui n'ont pas les qualités de notre race. Que l'on fasse de bons docteurs en médecine et l'on aura de bons spécialistes.

En tous cas ce n'est pas au moment où nous traversons des heures graves, peut-être tragiques, qu'il convient de discuter des questions qui ne peuvent que contribuer à diviser le Corps médical qui n'a jamais eu tant besoin de demeurer uni.

A. HERPIN.

LOYER DU MÉDECIN

M. Georges Faugère, député, demande à M. le ministre du Travail si, étant donné qu'il est admis que la clause d'un bail, obligeant le locataire à habiter bourgeoisement, ne s'oppose pas à ce qu'il exerce dans les lieux loués la profession de médecin la disposition de l'article 4 du décret du 20 octobre 1928, aux termes de laquelle les immeubles comprenant des logements à prix modérés doivent, pour bénéficier de la loi du 13 juillet 1928, être affectés exclusivement à l'habitation, permet à des docteurs en médecine d'exercer leur profession dans ces immeubles, sans s'exposer à perdre le bénéfice de ladite loi. (*Question du 15 novembre 1928.*)

Réponse. — Réponse affirmative, sous la réserve toutefois que, s'agissant de locaux situés au-dessus du rez-de-chaussée, la partie de l'habitation dans laquelle les médecins exercent leur profession fasse partie intégrante du logement. (*J. O.*, 20 déc. 1928.)

MÉDECIN RÉFORMÉ ET RÉINTÉGRÉ.

M. Taurines, député, demande à M. le ministre de la Guerre quelle est la situation d'un docteur en médecine, réintégré dans les cadres de l'armée, réformé au moment de son service actif, et n'en ayant jamais fait. (*Question du 4 déc. 1928.*)

Réponse. — Un docteur en médecine se trouvant dans la situation exposée ci-dessus, est réintégré dans l'armée, comme soldat de 2e classe, et astreint aux obligations que sa classe d'âge, doit encore accomplir dans les réserves. Toutefois, après obtention du certificat d'aptitude prévu par le décret et l'instruction du 21 novembre 1925, le militaire en cause pourrait être nommé au grade de médecin auxiliaire de réserve. (*J. O.*, 9 janvier).

LIVRES NOUVEAUX

Leçons sur l'activité du cortex cérébral (2), par le professeur I. P. PAVLOFF. Traduit par Mme D. I. TRIFONOFF. Préface du professeur GLEY.

Le professeur Pavloff, l'éminent physiologiste russe célèbre dans les deux mondes par ses travaux sur les processus digestifs, par la découverte des réflexes conditionnels, nous ouvre dans ses leçons sur l'activité du cortex cérébral, grâce à une méthode nouvelle d'expérimentation physiologique, le chemin pour l'étude du fonctionnement de l'écorce cérébrale, que l'on croyait jusqu'ici inabordable.

L'auteur, sous forme de vingt-trois leçons, expose les résultats de vingt-cinq années de travail assidu, poursuivi dans des conditions souvent difficiles; c'est un exposé détaillé de faits : les expériences poursuivies dans les laboratoires par l'auteur et ses élèves sont décrites de façon claire, les méthodes d'investigation sont expliquées avec précision. L'auteur n'entre point dans les considérations abstraites, ne critique point les diverses opinions concernant son sujet, ce qui donne un relief tout particulier à son travail et qui permet de le considérer en tant que schéma, tracé pour les investigateurs futurs.

L'activité supérieure de l'homme dépend des cellules de ses hémisphères. La notion fondamentale est celle de Descartes, la notion du réflexe. Les réactions nerveuses fondamentales sont congénitales, elles se manifestent sous forme de réflexes. La base de l'activité nerveuse est représentée par l'association des réflexes.

L'activité des hémisphères est une activité de signalisation. Les signaux venant de la nature sont nombreux, ils agissent sur les agents peu nombreux qui conditionnent les réflexes congénitaux.

L'auteur base son étude objective sur l'investigation détaillée du réflexe alimentaire et de celui de défense habituelle.

Il pose une série de questions, telles : qu'est un réflexe, qu'est la signalisation? La réponse ressort par elle-même des expériences rapportées. Les réflexes acquis, leur mécanisme de formation, se dessinent en relief au cours des investigations. Le réflexe conditionnel est un phénomène physiologique, se formant à l'aide de l'absolu ou du conditionnel bien élaboré.

La liaison des excitations survenant à des points différents du cerveau, au contact nerveux est le premier mécanisme nerveux qu'on observe durant l'étude de l'activité fonctionnelle de l'écorce cérébrale.

Les notions de l'inhibition des réflexes conditionnels, de l'irradiation et de la concentration de l'inhibition, du sommeil comme inhibiteur sont des données d'une grande importance.

L'étude de la conduite des animaux et par déduction celle de l'homme nous apparaissent explicables scientifiquement.

Les lois de l'activité cérébrale se révèlent à nous.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 21 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, président; Ombrédanne, Tanon et Mathieu. — M. BATUT. Consultation de stérilité (trois ans à l'hôpital Lariboisière). — M. DIEULOT. Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou. — M. POLANCO. Peste et rat Proofing.

Mercredi 23 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre et Moussu. — M. ROSSIGNOL. Etude sur l'élevage ovin en Seine-et-Marne.

Samedi 26 janvier. — Jury : MM. Carnot, président; Claude, Terrien et Lereboullet. — M. ROGER. Introduction à l'étude des phénomènes sympathiques superficiels dans les lésions hépato-vésiculaires. — M. PAUHER. Les épreuves pharmacodynamiques dans la catatonie. — M. DAVIDOVICI. Etude de la vaccination antidiphtérique. — M. CAMPS. De la réduction de capacité ouvrière déterminée par les cicatrices au cours des accidents du travail. — M. NOGER. Etude clinique des épendymites séreuses.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeannin, président; Coquot et Robin. — M. FAUDEMER. De l'hystérectomie chez les carnivores domestiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GEN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Voir « Praticiens et spécialistes », par M. FOVEAU DE COURMELLES, *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 82, p. 1427.

(2) In-8 de 420 pages. — Prix : 60 fr. — Paris, A. Legrand.


LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHÉSINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 *de Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2.16. Seine.

TRAITEMENT DES TUMEURS
sous leurs diverses formes
ÉPITHÉLIOMAS, CARCINOMES, SARCOMES, etc.
PAR LA

BACKÉRINE ACTIVÉE

Ferments du Dr DE BACKER et Sels de Magnésie
Modifiant l'organisme par développement des agents de fermentation

Formes : AMPOULES, CACHETS, DRAGÉES
Littérature Médicale et Échantillon sur Demande.

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — R. C. Seine, 221.745

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME
Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Médecine.*) — *Jugement des mémoires :*

MM. Besançon, 20; Bourgeois, 18; David, 17; Mlle Hébert, 15; MM. Kaplan, 20; Layani, 18; Lenormand, 20; Lichtwitz, 18; Maximin, 17; Michaux, Mollaret et Thurel, 20.

(*Chirurgie.*) — *Jugement des mémoires.* — MM. Armingeat, Dessaint et Lapeyre, 18; Leydet, 16.

Composition écrite anonyme. — MM. Armingeat, 24; Lapeyre, 20; Leydet, 24; Dessaint, 23.

Epreuve clinique. — MM. Leydet, 17; Armingeat, 18; Dessaint, 14; Lapeyre, 16.

Classement des candidats : MM. Armingeat, 60 (médaille d'or); Leydet, 57 (médaille d'argent); Dessaint, 55 (accessit); Lapeyre, 54 (accessit).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours pour l'emploi de médecins du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 25 mars 1929.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 10.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 23 février.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Aboulker (d'Alger), Léopold-Lévi, Milhit, Monthus, Salomon, Eugène Terrien (de Paris), Henri Meunier (de Pau).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Antoine (de Paris), Bar et Bensa (de Nice), Berquet (de Calais), Bouyer, Buvat, Carrié, Chabrol (de Paris), Defontaine (du Creusot), Denet (de Paris), Duballen (de la Guiche), Esquivar (de Tarbes), Faré (de Vouvray), Fiot (de Paris), Giocanti (d'Ajaccio), Jouet, Kraus (de Paris), Leplat (de Wattrelos), Longuet (de Paris), Morand (de Plougonven), Paillard (de Clermont-Ferrand), Parlier (d'Allanches), Seguinot (de Saintes), Thoumas (de Paris).

LES ASSURANCES SOCIALES. — Le ministère du Travail communique une note nous apprenant que « le Gouvernement vient d'achever l'élaboration du règlement général d'administration publique prévu par l'article 73 de la Loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales après avoir recueilli, à cet effet, l'avis d'une Commission où les principales organisations en cause étaient représentées. »

La note ajoute que les intéressés peuvent présenter des observations jusqu'au 5 février.

Les délais qu'accordait la loi n'expiraient que le 12 avril, le ministère du Travail marque donc une activité qui peut paraître inquiétante pour tous ceux qui savent, comme les médecins, combien la loi hâtivement rédigée est imparfaite et quelles surprises douloureuses pour tous peuvent se produire dès sa mise en vigueur.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé de dispen-

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

saires dans la Loire-Inférieure. (Voir pour les conditions de nomination et les avantages le statut type des médecins spécialisés.)

Le concours aura lieu dans la seconde quinzaine de février.

Les dossiers devront être transmis au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

HOPITAUX DE PARIS

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS

Nous publions ci-dessous une liste supplémentaire des chefs de clinique et des chefs de laboratoire pour permettre à nos lecteurs de compléter les noms laissés en blanc dans notre dernier numéro, ces noms n'ayant pu nous être communiqués en temps utile.

Chefs de clinique.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Froment; (Saint-Antoine) : MM. Celice, Weissmann, Pollet; (Beaujon) : M. Escalier.

Clinique chirurgicale (Salpêtrière) : MM. Thalheimer, Bernard, Raiga; (Hôtel-Dieu) : MM. Brouet, Garnier, adjoint; (Cochin) : MM. Lascombe, Oberthur; (Vaugirard) : M. Ameline.

Clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : Mme Dolfus-Odier.

Clinique médicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Lebée, Boulanger-Pilet.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Castéran, adjoint; Kalt.

Clinique urologique (Necker) : M. Gaume.

Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) : M. Meignant.

Clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière) : MM. Decourt, Darquier.

Clinique obstétricale (Baudelocque) : M. Seguy; (Tarnier) : MM. de Peretti della Rocca, Jacquet; (Pitié) : MM. Sureau, Weill-Spire, Mlle Tisserand.

Clinique chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : M. Aurousseau.

Clinique propédeutique (Charité) : MM. Turpin, Kourilsky.

Clinique thérapeutique médicale (Pitié) : MM. Godel, Giroux, Plichet.

Chefs de laboratoire.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : MM. Deval, Coquoin, Gayet; (Saint-Antoine) : MM. Duchon, Mathieu-Pierre Weil, Guillaumin, Tribort; (Beaujon) : MM. Debray (Maurice), Feuillié, Grigaut, Lièvre.

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : M. Renaud; (Salpêtrière) : MM. Magrou, Rouché; (Cochin) : MM. Herrenschmidt, Beauvy; (Saint-Antoine) : M. Giet; (Vaugirard) : MM. Moutier, Porcher.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Renard, Firbach, Bordessoule.

Clinique urologique (Necker) : MM. Chabanier, Lumière, Verliac, Fisch, Truchot.

Clinique médicale infantile (Enfants-Malades) : M. Bidot.

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) : MM. Bertrand, Léchelle, Thévenard.

Clinique obstétricale (Tarnier) : MM. Cartier, Hinglais; (Baudelocque) : MM. Girand, Verne; (Pitié) : M. Minvielle.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) : MM. Dubar, Lehmann, Cuel, Rafffin, Dumas, Aubry.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint Louis) : Mme Eliascheff, MM. Desgrez, Joyeux.

Clinique de thérapeutique médicale (Pitié) : MM. Bordet, Géraudel.

Clinique propédeutique (Charité) : MM. Durand, Louvreux.

Hygiène et clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : M. Detrois.

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) : M. Reilly.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) : M. Cléret.

Le Professeur Jacques REVERDIN

(DE GENÈVE)

Pendant de longues années ceux de ma génération ont été habitués à voir les Reverdin, Jacques et son cousin Auguste prendre part à toutes nos réunions chirurgicales, aussi est-ce avec une peine très vive que nous avons appris la semaine dernière la mort du professeur Jacques Reverdin, décédé à Genève, dans sa 86e année.

Jacques Reverdin avait fait ses études à Paris, il avait été interne des hôpitaux en 1865, dans une promotion dont les deux premiers étaient Dieulafoy et Lépine père. Il était arrivé coude à coude avec son ami Just Lucas-Championnière et avait gardé pour lui une amitié qui n'a jamais cessé.

A cette époque il y avait beaucoup d'étrangers dans l'Internat. Dans la promotion de Reverdin on notait la présence d'un Anglais, Alan Herbert, et d'un Américain, Prompt, tous aimaient la France, aucun ne le prouva mieux que Jacques Reverdin.

En 1870, il revint à Paris prendre place dans l'ambulance des Champs-Elysées et dans celle du Collège Chaptal. Il allait chercher nos blessés sur les champs de bataille du Bourget et de Montretout, cependant que son collègue d'Espine, interne en exercice, servait dans une ambulance de la Presse.

Dans la suite il n'est pas un de ses travaux dont il n'ait fait hommage à la France, aussi en 1878, un an avant l'invention de la classique aiguille qui porte son nom, la Société de chirurgie, le nomma correspondant étranger. En janvier 1886, il fut nommé associé étranger de la même Société. En 1902 il présida le XVe Congrès français de chirurgie et consacra son discours à l'anesthésie générale en marquant sa préférence pour l'anesthésie à l'éther. On sait qu'il était l'inventeur d'un masque spécial pour cette anesthésie.

En 1912, enfin, il fut élu associé étranger de l'Académie de médecine. Il avait été nommé quelques années auparavant officier de la Légion d'honneur.

Jacques Reverdin était un peu froid d'aspect, mais cette réserve apparente cachait un cœur fidèle et généreux. Nous nous souvenons de l'avoir entendu au moment du Centenaire de l'Internat proclamer en termes émouvants son affection pour notre pays.

Nous nous inclinons avec respect devant la mémoire de ce grand chirurgien et de cet ami sincère de la France, et nous assurons son fils qui continue dignement les traditions chirurgicales de sa famille, de nos condoléances les plus vives.

F. L. S.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée.
Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE. ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons:

LABORATOIRES CIBA — O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : **« à doses réfractées »**, chez les adultes.

La méthode des **« doses réfractées »** est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie, le

SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE PUR)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique **l'éliminateur naturel** *(acide thyminique)* élaboré normalement par l'organisme sain;

assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique**, sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. *DOSE MOYENNE :* 3 à 6 comprimés par jour.

L'acide thyminique est un médicament qui, employé pur, suffit à la cure complète de l'arthritisme. Son association avec d'autres médicaments ne repose sur aucune nécessité scientifique et ne peut qu'entraver l'institution d'une posologie convenable.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, PARIS 1371

R. C., 78.026, Seine

ROLE DU GANGLION ÉTOILÉ GAUCHE

DANS LE DÉTERMINISME DE LA CRISE D'ANGINE DE POITRINE (1)

Par R. LERICHE et R. FONTAINE.
(Clinique chirurgicale de Strasbourg.)

Le ganglion stellaire gauche du sympathique paraît expérimentalement jouer un rôle important dans le mécanisme de production de la crise d'angine de poitrine. Les faits suivants l'établissent :

1° Chez un homme souffrant d'un syndrome douloureux du membre supérieur gauche, l'électrisation opératoire du ganglion étoilé au cours de la détermination des branches nerveuses intéressées dans la maladie, a provoqué une véritable crise d'angine de poitrine avec douleurs violentes dans la région précordiale, dans les trois premiers espaces intercostaux avec forte angoisse, sans accélération du pouls, ni dyspnée. L'électrisation d'autres parties de la chaîne sympathique ne donna rien de tel.

2° Chez une femme en cours d'opération pour angine de poitrine, la libération du segment inférieur de la chaîne sympathique ayant déterminé une crise typique d'angine de poitrine, l'injection de novocaïne dans la partie supérieure du ganglion étoilé arrêta net la crise.

3° Chez un homme déjà opéré pour des phénomènes douloureux dans le domaine du membre supérieur gauche, la piqûre du ganglion étoilé, seul élément restant de la chaîne cervicale, provoqua une crise d'angine de poitrine, suivie au bout d'une dizaine de minutes d'une poussée d'œdème aigu du poumon avec expectoration caractéristique, toux sèche, dyspnée expiratoire. La piqûre avait été entreprise pour essayer d'influencer par anesthésie locale quelques phénomènes musculaires résiduels.

4° Chez un homme atteint d'angine de poitrine à crises très fréquentes, et devant être opéré, une infiltration novocaïnique du ganglion étoilé gauche fut entreprise pour déterminer le côté sur lequel devait porter l'intervention. La piqûre du ganglion détermina une crise typique d'angine extrêmement violente qui ne se calma qu'au bout d'une heure.

5° Récemment, enfin, chez une femme souffrant depuis quatorze ans de crises paroxystiques tenant à la fois de l'angine de poitrine et de l'asthme bronchique, une injection novocaïnique du ganglion étoilé gauche fut entreprise pour déterminer le côté sur lequel devait porter l'opération. La piqûre, avant toute injection, provoqua une vaso-dilatation de la face avec syndrome de Claude-Bernard-Horner, puis une crise d'angine de poitrine très violente avec douleur précordiale, angoisse, irradiations douloureuses dans le bras gauche. La respiration resta normale durant toute la crise et le pouls ne s'accéléra qu'au début. L'ensemble de la crise dura une heure.

*
* *

Ces faits montrent l'importance considérable du ganglion étoilé gauche dans le déterminisme de la crise d'angine de poitrine. L'électrisation ou la piqûre d'autres parties de la chaîne sympathique n'est jamais suivie de phénomènes semblables à ceux que nous venons de signaler.

Il semble que le ganglion agisse à l'état normal comme centre de réflexion des excitations sensitives nées au niveau des parois du cœur et de l'aorte pour régler le travail du cœur en fonction de l'état de ses parois et de celles de la crosse aortique.

A l'état pathologique, dès que l'excitation dépasse la mesure physiologique de la sensibilité inconsciente, il devient un centre de réflexes viscéralgiques et semble déterminer la crise d'angine de poitrine.

D'après d'autres faits non rapportés dans cette note, il interviendrait de même dans certaines crises d'asthme et dans certains œdèmes aigus du poumon.

En tout cas, ces faits expérimentaux doivent être pris en sérieuse considération quand il s'agit d'entreprendre le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. Ils semblent exiger l'ablation isolée du ganglion, ce qui jusqu'ici était très discuté.

(1) Communication faite à l'Académie des sciences dans la séance du 14 janvier 1929.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LA

TECHNIQUE DES OSTÉOSYNTHÈSES DES OS LONGS [1]

Par E. LEMAIRE,
Interne à la Maison départementale de Nanterre.

I. Toute opération chirurgicale doit être minutieusement réglée. — La chirurgie moderne est arrivée, dans la très grande majorité des cas à des techniques précises et simples. *Précision et simplicité* : ce sont les éléments de supériorité qu'il faut toujours rechercher pour un procédé; et dans simplicité, on doit entendre simplicité des instrument, et simplicité de la technique proprement dite.

Ces deux qualités évitent des gestes inutiles, des aides en surnombre, des occasions multiques de fautes d'asepsie. Aussi, elles permettent à l'opérateur de concentrer son attention sur l'acte opératoire lui-même et, le débarrassant de préoccupations accessoires, le laissent agir vite en opérant bien.

II. La pratique des ostéosynthèses fait exception à cette règle. — Seul, le traitement opératoire des fractures ne s'est pas engagé dans cette voie. Il nécessite des instruments très spéciaux, souvent des aides multiples, des manœuvres pénibles. Ajoutées à la faible capacité de défense de l'os contre l'infection, ces deux dernières conditions expliquent que les suites opératoires des ostéosynthèses ne soient pas toujours aussi simples que celles des autres interventions.

L'infection est le principal et même le seul reproche que l'on fasse au traitement opératoire, car on tend à admettre maintenant que les retards de consolidation ne sont pas plus fréquents après, que sans ostéosynthèse. Mais la crainte d'une suppuration même peu probable restreint les indications d'une opération sanglante. Ce n'est pas ici le lieu de les discuter; qu'il nous suffise de dire que si l'on hésite sur une indication, on se trouvera bien de se montrer circonspect et prudent.

(1) Travail du service de M. le docteur Marcel Sénéchal à la Maison départementale de Nanterre.

Il n'en reste pas moins que la réduction sanglante présente des avantages énormes : pas d'interposition musculaire, réduction parfaite sans raccourcissement, ni angulation, ni rotation.

Une question se posait : en appliquant à la pratique des ostéosynthèses les principes de simplicité qui président aux autres chapitres de la technique chirurgicale, ne pourrait-on diminuer la durée et la complexité de l'acte opératoire et amoindrir de ce fait les risques d'infection tout en gardant au résultat final toutes ses chances d'exactitude? La chose nous a paru possible pour l'ostéosynthèse des os longs.

Mais pour ce faire, le chirurgien doit suppléer aux instruments compliqués et mal commodes par une grande dextérité. Il doit avoir à honneur d'être un « virtuose de la menuiserie » avant même de répéter l'opération à l'amphithéâtre, et cet apprentissage n'est pas au-dessous de sa dignité : il faut savoir, dans une position inconfortable placer correctement une vis du premier coup, sans tâtonnement, et c'est de la minutie de l'exécution qu'est fait le résultat.

De plus, on ne saurait trop insister sur ce fait que l'infection est souvent due à la machuration et à l'attrition des muscles réalisées au cours des manœuvres ou augmentées lorsqu'elles existaient déjà : aussi importe-t-il de simplifier ces manœuvres autant que faire se peut et de « parer » soigneusement la plaie opératoire avant de la refermer.

III. **Matériel.** — Nous nous sommes évertués à le réduire au minimum : rien ne nous déconcerte comme la vue de tout un étalage d'instruments de toute nature, répartis pêle-mêle et sanglants sur les plateaux, au cours d'une ostéosynthèse laborieuse.

En plus de l'instrumentation courante commune à toutes les opérations, nous employons :

1° INSTRUMENTATION DE DÉCOUVERTE ET DE LIBÉRATION :

Rugines;

2 daviers de Farabeuf (nous avons abandonné les daviers de Lambotte);

Ecarteurs de Farabeuf qui remplacent les crochets de Lambotte;

Pince coupe-net;

Ciseaux bien affutés et maillet;

Scie;

Lime à bois.

2° MATÉRIEL DE CONTENTION :

Plaques : nous nous sommes arrêté au modèle conforme au dessin ci-contre (fig. 1); il est facile de

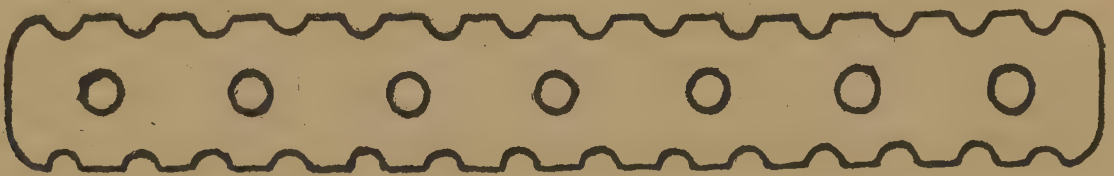


FIG. 1.

les faire exécuter par le serrurier de l'hôpital. Elles sont en cuivre (point n'est nécessaire qu'elles soient dorées), doivent être rigoureusement rigides; elles sont légèrement courbées en gouttière; leurs bords sont crénelés « en timbre-poste » ce qu'il est facile à l'ouvrier d'exécuter : avant de découper les plaques il jalonne les futurs traits de sections de trous juxtaposés percés au foret. Il obtient ainsi de véritables timbres-poste qu'il lui suffit de séparer à la cisaille : la section ainsi préparée est rendue plus facile. Cette disposition crénelée du bord des plaques permet le passage des fils de bronze et évite qu'ils ne glissent : ceci est capital. Les plaques présentent des trous rapprochés. Enfin, il faut les faire *longues*.

Fil de bronze de 8 dixièmes qu'on emploiera quadruple.

Pince dite universelle.

Aiguille genre Doyen dont la courbure doit se rapprocher de celle de l'aiguille à pédale ou mieux de celle du crochet de Lambotte. Dès 1915, M. le docteur M. Sénéchal avait fait construire des aiguilles spéciales à courbures adéquate [fig. 2] (1).

Trépan avec mèches *d'un seul calibre*. (Dans les répétitions sur le cadavre, nous nous servions d'une bonne vrille : c est plus fatigant et beaucoup moins rapide, donc à rejeter).

Vis à bois ordinaires en fer ou en cuivre : elles sont de beaucoup les plus commodes.



FIG. 2.

Nous tenons essentiellement à ce que les trous des plaques, les mèches (ou les vrilles) et les vis soient d'un diamètre uniforme. On évite ainsi la perte de temps agaçante due à une fausse manœuvre consistant à placer une vis trop fine dans un trou préparé avec une mèche qui ne lui correspond pas; et si l'on ne se rend pas compte — cela arrive — cela fait du mauvais travail et donne une fausse sécurité.

Enfin, dernier instrument, un tournevis qu'il est bon de choisir « antidérapant ». Mais pour les exercices sur le cadavre, il est bon de s'astreindre à employer un tournevis ordinaire, excellent pour apprendre à « visser droit ».

IV. **Technique.** — Nous prendrons comme exemple le cas d'une fracture de la diaphyse fémorale, indication majeure de l'ostéosynthèse.

(1) Voir : docteur Marcel SÉNÉCHAL. Cerclage au fil métallique dans le traitement des éclatements des os longs par projectiles de guerre, in *Progrès méd.*, 27 janv. et 3 fév. 1917.

Préparatifs. — Rares sont les services qui possèdent le bâti de Lambotte. Aussi, le blessé est placé en position déclive pour que le poids de son corps fasse contre-extension. L'extension s'effectue par un poids de 20 kilogrammes attaché au pied par un solide étrier de bande de toile. La corde, naturellement, se réfléchit sur une poulie ou à défaut sur une bande de toile roulée serrée. Cette extension doit être mise en train au tout début des préparatifs afin qu'elle ait donné toute sa mesure au moment de l'intervention.

Au pied, un médecin de préférence ou à la rigueur un infirmier très intelligent qui s'intéresse à l'opération modifiera, sous les indications du chirurgien, l'intensité de la traction ainsi que la direction et la rotation du fragment inférieur. Le rôle de cet aide est de première importance.

Pour l'opération elle-même, un aide nous paraît suffisant.

Découverte du foyer de fracture. — L'incision faite au lieu d'élection sera longue, car il faut voir clair. On résèque soigneusement les débris de tissus à vitalité douteuse. On libère l'extrémité des fragments.

Réduction. — Sans mettre les doigts dans la plaie en s'aidant des daviers de Farabeuf et des mouvements imprimés au fragment inférieur par l'aide qui agit sur le pied, on s'assure de la possibilité de la réduction intégrale, et on y remédie s'il n'en est pas ainsi. C'est souvent un temps pénible celui au cours duquel on risque de commettre des fautes d'asepsie.

Il s'agit maintenant d'effectuer l'ostéosynthèse proprement dite. Deux procédés s'offrent à nous : le cerclage, la pose d'une plaque.

Cerclage. — Si le trait de fracture est *très* oblique, mais seulement dans ce cas, et c'est assez rare le cerclage est le procédé de choix. Nous avons abandonné les plaques de Putti-Parham pour adopter l'ancien procédé de ligature au fil de bronze un peu modifié. (Notons au passage que la ligature en cadre et la ligature en nœud de meunier ne sont ni rapides ni très solides).

Voici comment nous opérons. On passe l'aiguille courbe derrière l'os, en grattant celui-ci de la pointe de l'aiguille pour éviter d'enserrer ensuite dans le fil du tissu musculaire. On introduit dans le chas de l'aiguille un fil de bronze, double, que l'on passe par son milieu. On réalise ainsi un câble à 4 brins que l'on serre à demi (attention de ne pas percer les gants), au moyen de la « pince universelle ». On place des câbles semblables en nombre suffisant 4, 5, 6, presque « à la volée ». Quand le dernier est posé, on les serre *progressivement, l'un après l'autre en plusieurs fois*. Ce moyen permet de parfaire la réduction et la coaptation.

Les avantages de ce procédé nous paraissent nombreux :

1° Délabrement nul pour le passage des fils, comparé à celui nécessité pour le passage des lames.

2° Les fils ainsi passés sont à coup sûr au contact direct de l'os sans interposition musculaire.

3° Serrage facile et plus exact que celui d'une lame; rapidité de la manœuvre.

4° Plus grande solidité : on pose autant de fils qu'on le juge utile et il ne faut pas en être parcimonieux.

5° Le fait que la pression de chaque collier sur l'os se transmet par 4 fils, et non par un seul, évite le reproche que l'on fait parfois aux fils de bronze d'exercer une pression brutale sur une faible surface de l'os entraînant un danger de nécrose. D'ailleurs, la nécrose est peut-être plus souvent observée avec les lames de Parham qu'avec les fils de bronze serrés avec doigté.

Pose d'une plaque. — Dans la majorité des cas, le trait de fracture est trop peu oblique pour justifier un cerclage pur et simple. On doit alors procéder à la pose d'une plaque.

Les opérations préliminaires et le premier temps étant effectués, on choisit une plaque suffisamment longue et on rugine la place qu'elle occupera. On la fixe par cerclage : on passe les fils de bronze, toujours en nombre suffisant et on les serre à demi pour obtenir le contact. C'est alors que, tandis qu'on s'efforce de rectifier la position, on « serre progressivement, l'un après l'autre, en plusieurs fois », tout comme dans le simple cerclage, les faisceaux de fils de bronze qui sont d'ailleurs identiques.

Nous voyons à cette manière de faire plusieurs avantages notamment :

1° Les fils de bronze sont toujours facilement placés et encombrent moins le champ opératoire que les daviers de Lambotte.

2° Quand on s'est bien assuré auparavant de « la possibilité de la réduction intégrale », ce serrage progressif est lui-même un moyen efficace de réduction, à la condition toutefois que la plaque ait été choisie de longueur suffisante pour que les bras du levier qu'elle forme ainsi ne soient pas trop courts.

3° Les fils de bronze ne risquent pas de glisser grâce aux crans de la plaque.

La plaque étant fixée solidement en bonne position par cerclages, rien n'est plus facile si on le juge utile — deux sûretés valent mieux qu'une — de fixer par surcroît, pour plus de solidité la plaque au moyen de vis. Grâce à la correspondance du diamètre des mèches du trépan, des trous de plaque, des vis, aucune erreur n'est possible et c'est chose rapidement menée (1).

Pour les autres os longs et pour la clavicule, la technique de cerclage ou de pose de plaque est identique.

Il ne nous appartient pas de nous étendre sur les précautions multiples qu'il faut observer pour s'assurer le maximum de chances de succès, précautions sur lesquelles les auteurs ont, à juste titre insisté : il faut veiller à l'état de la peau avant l'intervention,

(1) Lorsque les vis sont posées, on peut, si on est hostile au cerclage, enlever les fils de bronze qui ont joué leur rôle dans la réduction et dans le premier temps de fixation de la plaque.

exiger un rasage rigoureux, border la plaie opératoire, soigner son hémostase, travailler à bout d'instruments..., etc., etc. On se trouvera bien de noter toujours avec exactitude dans le protocole opératoire, le nombre de fils et de vis employés, en prévision de la nécessité d'une réintervention pour ablation du matériel de prothèse.

V. **Les ostéosynthèses des fractures des os courts e des fractures articulaires.** — Disons pour mémoire et pour fixer les idées, un mot à leur sujet, très brièvement puisque cela sort du cadre que nous nous sommes tracé pour cet article.

La technique du traitement opératoire des fractures des os courts et des fractures articulaires ne peut guère être améliorée. Une rotule doit être suturée ou cerclée. Pour les fractures articulaires du coude ou du genou, le vissage est le procédé de choix : encore est-il extrêmement difficile de l'exécuter de façon impeccable avec bonne réduction et c'est là l'occasion pour le chirurgien de faire valoir son habileté de « maître-menuisier ».

Pour les fractures transcervicales ou par décapitation du col du fémur, le vissage du professeur Delbet ou les procédés qui en dérivent constituent le seul traitement. Nous nous sommes assuré par nous-même que le vissage peut être exécuté correctement à main levée; mais il faut pour cela prendre ses points de repères avec une exactitude rigoureuse. Nous n'entrerons dans aucun détail du mode opératoire. Toujours est-il qu'on rate cette manœuvre les trois ou quatre premières fois qu'on la répète sur des cadavres chez lesquels on a préalablement déterminé une fracture du col (c'est parfois très laborieux et souvent impossible même sur un sujet âgé). Ces fausses routes obligent à préciser mieux les repères et à avoir constamment la préoccupation de ne pas dévier; très vite on possède la technique et alors l'opération, tout en devenant très simple conserve *autant* de sécurité que si l'on se sert d'un conducteur.

Les fractures du col de l'humérus, et c'est surtout aux fractures du col anatomique que nous pensons, ont une grande importance chez les individus ayant dépassé la cinquantaine, en raison de l'ankylose de l'épaule consécutive. Leur traitement par appareils chirurgicaux ne paraît pas susceptible de modifications sérieuses; le traitement sanglant donne des résultats infiniment préférables par la possibilité de mobilisation précoce. Le vissage est le procédé de choix, mais on peut dans certains cas lui préférer les agrafes de Dujarier.

VI. **Conclusions.** — Quoi qu'il en soit, c'est surtout dans le traitement des fractures des os longs que des simplifications peuvent être envisagées : notre opinion à leur sujet n'est pas définitive; on n'a pas journellement — même dans un service actif — l'occasion de pratiquer des ostéosynthèses, et seule leur application à un très grand nombre de cas de difficultés diverses nous autorisera à prendre un avis.

Nous avons néanmoins dès à présent l'impression très nette que cette manière de faire, plus facile à exécuter et *moins traumatisante* que les techniques en cours, nous a donné de meilleurs résultats que ces dernières (1).

ACTUALITÉS

L'AVENIR DE LA MÉDECINE LÉGALE (2)

Par M. L. Tissier,
Président de la Société de médecine légale.

Messieurs et chers collègues,

Nos allocutions inaugurales se déroulent d'après un rite constant et leurs exordes pourraient être calqués les uns sur les aûtres. Il n'est d'ailleurs pas surprenant que d'identiques sentiments de gratitude se traduisent par des formules identiques.

Chacun de ceux qui m'ont précédé vous a, tout d'abord, adressé ses cordiaux remerciements. A mon tour, je m'acquitte en toute sincérité de cet agréable devoir avec bien plus de raisons que mes prédécesseurs. C'est, qu'en effet, on accède au poste d'honneur où vous m'avez porté quand on s'impose par des mérites insignes : d'où le choix de tous ceux à qui je succède. Ou bien on est désigné par roulement, à son rang d'ancienneté, et c'est évidemment mon lot. Je ne vous en sais que plus de gré parce que je vous dois davantage. Les chevrons eussent été insuffisants s'il ne s'y était joint la sympathie dont vous avez consenti à m'entourer depuis plus de vingt ans que je suis des vôtres et dont je récolte aujourd'hui le bénéfice.

Dès les débuts de ma carrière, la médecine légale m'attira, par atavisme peut-être : d'une famille de robe, j'étais inconsciemment enclin à m'apparenter aux hommes de loi. Encouragé par mes maîtres, Brouardel et Charpentier, incité par le bâtonnier Danet et par mes excellents amis Thibierge et Thoinot, dont je salue pieusement la mémoire, j'ai maintes fois jadis exposé devant vous, en demandant conseil les incidents litigieux ou les situations scabreuses auxquels un accoucheur, de par sa clientèle mélangée, est fatalement mêlé.

En ce passé lointain, la médecine légale n'était pas ce qu'elle est devenue. Son cadre était restreint : Désordres mentaux, empoisonnements, morts violentes, pendaisons, noyades, avec les avortements et les infanticides en garnissaient à peu près tous les compartiments. Sans se désintéresser de ces problèmes d'actualité continue, depuis déjà des années, la médecine légale s'est transformée. Les dernières lois sociales, comme les avant-dernières, ont, dans une proportion considérable, accru la quantité des sujets soumis à ses préoccupations. Maintenant, il faut que le médecin légiste connaisse à fond les maladies professionnelles; il faut qu'il

(1) Nous tenons à remercier ici M. le docteur Marcel Sénéchal des conseils qu'il nous a prodigués pour la rédaction de cet article. E. L., 9 octobre 1928.

(2) Discours prononcé le 14 janvier 1929, à la séance tenue au Palais de Justice, dans la première Chambre du tribunal civil de la Seine.

soit le médecin complet, familiarisé avec les plus récentes découvertes, qu'il soit le chirurgien rompu à la pratique opératoire à qui nul des secrets de la pathologie externe n'échappe. Ce n'est pas tout : il faut que le médecin légiste soit initié aux règlements des accidentés, qu'il possède les barèmes d'invalidité et qu'il se tienne au jour le jour au courant de la jurisprudence. Enfin des retouches sont introduites à échéances rapprochées dans le Code civil, modifiant les formalités des mariages, des remariages, des divorces et des déclarations de naissance amendant la condition des enfants adultérins ou naturels, toutes notions que le médecin spécialiste, conseiller éventuel des milieux intéressés, ne doit pas ignorer non plus que les actions récursoires que la méconnaissance des nouvelles dispositions pourrait réserver.

Pour répondre à toutes ces exigences un Pic de la Mirandole suffirait à peine. Quelle responsabilité pour le directeur de vos séances!

Sans commémorer nos illustrations antérieures, ne remontant qu'à six ans, date de la rénovation de notre Société, je tiens à évoquer les noms de nos derniers présidents. Vous avez tout d'abord élu l'homme omniscient le plus qualifié pour guider vos débats dans le dédale des questions les plus complexes : j'ai nommé le professeur Balthazard. Ensuite vous avez fait choix d'un maître du Palais, parce que, dans nos discussions, comme le notait justement mon prédécesseur immédiat, le dernier mot est à ceux qui sont les plus aptes à discerner la signification des lois, décrets et règlement dans leurs rapports avec les faits concrets qui nous sont proposés : ce fut feu du Bousquet. Pour l'exercice qui s'achève, tous les suffrages se sont groupés sur le nom d'une sommité de la psychiatrie : le professeur Claude. Pouvait-on trouver plus digne? Je me sens de bien petite taille pour emboîter le pas à de pareils devanciers.

Le rôle, qui nous est dévolu, ne peut que grandir en importance. Le flux est croissant des conflits dont vous avez à connaître. Ceux-ci — nous ne nous en rendons que trop compte car experts et médecins légistes se confondent — deviennent de plus en plus ardus en partie du fait des soi-disant médecins, rôdant en marge de la médecine comme en bordure de la correctionnelle, aigrefins ou comparses d'aigrefins dont nous devons déjouer les louches combinaisons et les trafics.

Sans doute nous ne sommes pas les arbitres mandatés qui tranchons les différends, il n'en demeure pas moins que, par les conclusions auxquelles nous aboutissons, et par les vœux que nous émettons, nous pesons sensiblement sur le plateau des balances et, dans une mesure justifiée, influons sur les décisions de ceux qui jugent.

La considération qu'on nous accorde provient de ce que nous constituons une Assemblée de compétences indiscutables et variées. Les plus hauts magistrats nous estiment, nous abritent, nous créditent et figurent dans cette Chambre comme membres d'honneur ou membres titulaires. Nous comptons parmi nous des professeurs de l'Ecole de droit et des maîtres du Barreau. Toutes les branches de la médecine, avec toutes leurs spécialités, ont sur nos bancs des représentants notoires. Notre composition nous confère une autorité légitime. Mon trouble est compréhensible à la pensée que c'est à moi qu'il incombera désormais de présider votre cénacle.

Les difficultés que je rencontrerai, pour grandes quelles soient, ne seront pourtant pas insurmontables, si — comme j'en ai la persuasion — vous m'octroyez votre aide et l'indulgence dont j'ai bien grand besoin. Avec le concours de mes assesseurs et la coopération efficiente du docteur Dervieux sur le dévouement de qui je suis assuré de pouvoir m'appuyer, je garde espoir de mener à bien l'œuvre à laquelle vous m'avez commis.

J'ai souvenir d'avoir lu que Goëthe, lors de son deuxième séjour à Rome en 1788, fut agréé par l'Académie des Arcadiens. Or le président de cette très ancienne Compagnie d'artistes et de poètes, dénommé « Custos », avait comme seule et unique fonction, paraît-il, d'ouvrir et de fermer la porte de la salle où se tenaient les réunions. Encore celles-ci avaient-elles lieu le plus ordinairement, pour se rapprocher de la nature, en pleine campagne sur des tertres de gazon ou dans les ruines. Fortuné président! Hélas, je ne suis pas « Custos ».

Je ne vous ai jusqu'à présent parlé qu'en mon nom. En terminant, permettez que je joigne à mes remerciements propres, les remerciements de tout le bureau, MM. Démelin, Kohn-Abrest, Dervieux, Duvoir, Piédelièvre, Philippe et Brisard à qui vous avez en même temps qu'à moi donné l'investiture. Tous nous ferons de notre mieux pour répondre à votre confiance.

Encore un mot pour déclarer au professeur Claude que les paroles courtoises dont il s'est servi à mon égard, sont infiniment trop flatteuses et d'une exagération qui m'émeut. J'en suis profondément touché et pour lui rendre grâce m'efforcerai de me modeler sur son exemple sans me flatter de réussir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1929)

Sur un cas d'agranulocytose postarsenobenzolique. — MM. André JACQUELIN, J. CÉLICE et LANGLOIS rapportent l'observation d'un malade qui présenta après deux séries rapprochées de novarsénobenzol le tableau clinique et hématologique d'une agranulocytose presque pure, avec angine initiale et prépondérante; la note hémorragique resta tardive et discrète, tandis que s'abaissait à un chiffre extrêmement bas le pourcentage des leucocytes granuleux.

Ils pensent qu'il conviendrait, pour prévoir et prévenir cette complication mortelle, de surveiller systématiquement le chiffre et le pourcentage leucocytaire au cours des traitements intensifs par ce médicament.

Néphrite avec syndrome azotémique d'origine mixte. — MM. L. BLUM, VAN CAULAERT et GRABAR donnent l'observation d'une néphrite avec syndrome azotémique d'origine rénale sur laquelle s'est greffé, à la suite de vomissements prolongés, un syndrome azotémique dû au manque de sel.

Les auteurs pensent que cette azotémie résiduelle, contre laquelle le sel ne peut rien, est d'origine rénale.

Syndrome neuro-anémique traité par l'ingestion de foie. Action simultanée et très favorable du traitement sur l'anémie et le syndrome neurologique. — MM. Paul Jacquet et Desbuquois présentent un cas de syndrome neuro-anémique (anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome neurologique associé) de type pseudo-tabétique avec grande ataxie, perte à peu près complète de la sensibilité profonde et du sens stéréognostique, avec conservation de la force musculaire et sans participation apparente du faisceau pyramidal. L'intérêt de cette observation réside dans l'effet du traitement par la méthode de Whipple, exerçant son action de façon surprenante, non seulement sur l'anémie, mais sur le syndrome neurologique associé lui-même.

Diabète insipide chez un enfant. Inefficacité du traitement par injection d'extrait hypophysaire. Action remarquable des prises de poudre par voie nasale. — MM. Lesné, I. Hutinel, Marquézy et Benoist rapportent l'observation d'un enfant de neuf ans, atteint de diabète insipide, vraisemblablement consécutif à une forme fruste d'encéphalite. Les inhalations de poudre totale (12 centigrammes) ont fait tomber le taux des urines de 7 à 12 litres à 2 litres. Le résultat se maintient tant que dure le traitement. Les auteurs insistent à nouveau sur l'importance de la muqueuse nasale comme voie d'introduction médicamenteuse.

Borate de soude et insuline dans les hyperglycémies. — MM. Loeper, Lemaire et Ravier montrent que le borate de soude associé à l'insuline a une action plus grande sur la diminution des hyperglycémies que l'insuline seule.

Les grandes oxalémies. — MM. Loeper et Tonnet insistent sur l'importance du dosage dans le sang de l'acide oxalique pour dépister les grandes oxalémies.

Splénomégalie et mélanodermie. — MM. Loeper et Ravier.

Pemphigus aigu, manifestation terminale d'une septicémie à streptocoques démontrée par l'hémoculture. — M. Creyx (de Bordeaux).

Néphrite aiguë. Azotémie. Chlorures sanguins et réserve alcaline. — MM. F. Rathery et Maurice Rudolf rapportent l'observation d'une malade atteinte de néphrite aiguë d'origine toxique. Ils ont étudié parallèlement les chlorures sanguins et plasmatiques, la réserve alcaline, l'azotémie, l'hydrémie sanguine et le pH sanguin. Ils ont obtenu une amélioration très nette en donnant du chlorure de sodium à la malade.

Reproduction expérimentale des lésions de la maladie de Hodgkin. — M. A. Coyon et Mlle Brun. Par inoculation directe, insertion sous-cutanée d'un fragment de la tumeur médiastinale, et en deuxième passage par injection dans la jugulaire du sang du premier cobaye. Les auteurs ont reproduit dans les deux animaux les caractères histologiques sur lesquels se base le diagnostic de la lymphogranulomatose humaine : sclérose, polymorphisme cellulaire, éosinophilie sanguine et tissulaire, cellules de Sternberg. Les auteurs soulignent le paradoxe que pourrait expliquer l'identité d'origine des deux processus. Ils concluent que les faits expérimentaux rapportés semblent un argument — sinon une preuve — en faveur du rôle d'un virus, transmissible par la voie sanguine, dans le déterminisme de la maladie de Hodgkin.

Ictère spirochétosique d'origine fluviale. Inoculation au cobaye négative à la recrudescence. — MM. Léon Tixier et Stanislas de Sèze ont observé un nouveau cas d'ictère spirochétosique chez un charretier dont le métier consiste à transporter dans son tombereau du sable de rivière. Le rôle des rats ne peut certainement pas être invoqué. La contamination s'est faite par l'eau de rivière elle même. Pour les auteurs, la contamination fluviale est la règle, la contamination par les rats est l'exception.

Abcès streptococcique du poumon droit accompagné d'une pleurésie interlobaire séro-fibrineuse et aseptique. — MM. Léon Tixier et Stanislas de Sèze observent chez un malade de soixante-cinq ans un abcès du lobe supérieur droit. Au bout de quelques jours, l'examen radioscopique montre juste au-dessous de l'abcès, dans la région de la scissure interlobaire supérieure, d'une ombre à limite inférieure fortement convexe en bas, bombant vers le parenchyme pulmonaire. La ponction faite au niveau du lobe supérieur droit, retire du pus streptococcique. La ponction faite plus bas, dans la région interlobaire, rencontre très profondément une collection *séro-fibrineuse* et *aseptique* qu'on évacue complètement. Mort huit jours après par ictus hémiplégique, au cours d'une nouvelle ponction. A l'autopsie : abcès pulmonaire et symphyse interlobaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1929)

Renforcement réciproque des facteurs antigéniques, toxiques et microbiens, dans la préparation des sérums antigangréneux. — MM. M. Weinberg et J. Barotte ont étudié, pour la préparation des sérums antigangréneux, divers antigènes formolés. Ils concluent de leurs recherches :

1° Le pouvoir antitoxique des sérums préparés par injections de toxines filtrées formolées s'est toujours montré inférieur au pouvoir antitoxique des mêmes sérums préparés avec des toxines centrifugées.

2° Le pouvoir anti-infectieux des sérums préparés par injections de microbes formolés seuls s'est toujours montré inférieur au pouvoir anti-infectieux des sérums préparés avec des antigènes formolés mixtes.

3° Ces différences ne tiennent pas à la sensibilité individuelle des chevaux préparés.

4° Dans le renforcement des pouvoirs antiinfectieux et antitoxiques, la présence associée de la toxine ou des microbes semble agir plus que leur quantité.

Dans la préparation des sérums antigangréneux, il est donc indiqué d'employer des antigènes mixtes.

Nouveaux résultats concernant la vaccination de l'homme contre le tétanos. — MM. G. Ramon et Ch. Zoeller ont, en 1926, immunisé au moyen de l'anatoxine tétanique 80 sujets adultes. Pour la première injection ces sujets reçurent du vaccin associé, la seconde fut de l'anatoxine tétanique pure (1 centimètre cube et demi). Des titrages d'antitoxine, effectués au cours de la première année, six, neuf mois et douze mois après la vaccination, révélèrent la persistance de l'antitoxine dans le sérum sanguin des sujets vaccinés au point que, après un an, 1 centimètre cube de sérum neutralisait encore entre 20 et 100 doses mortelles de toxine tétanique. Une injection de rappel d'anatoxine fut alors pratiquée à un groupe de ces sujets. En novembre 1928, une nouvelle série de titrages fut effectuée. Chez les sujets qui se trouvaient à deux ans et demi de leur vaccination et qui n'avaient pas reçu de rappel, l'antitoxine s'était maintenue au point que 1 centimètre cube neutralisait encore plus de 10 doses mortelles. Chez les autres dont la réactivité acquise avait été stimulée l'année précédente par l'injection de rappel, 1 centimètre cube de sérum neutralisait plus de 1.000 doses mortelles de toxine.

Ces faits montrant que deux injections ont suffi à déterminer une immunité persistante confirment l'efficacité des

« vaccinations associées » dont le principe et l'application ont été étendus par les auteurs à la vaccination antidiphtérique.

L'inoculation testiculaire du virus variolique chez le singe. — MM. P. Teissier, J. Reilly et E. Rivalier ont tenté, au cours de la récente épidémie parisienne de variole, de réaliser « in vivo » la culture du virus variolique à l'état de pureté, en inoculant dans le testicule, soit de la lymphe variolique prélevée dans des éléments jeunes, soit le culot de centrifugation de sang prélevé à la période pré-éruptive. L'échec a été constant chez le lapin, le cobaye, le rat blanc et la souris blanche ; par contre, chez différentes espèces simiennes, les auteurs ont pu reproduire dans 11 cas sur 12 une orchite qui se déclara cinq jours après l'inoculation et qui, dans trois quarts des cas, fut suivie d'une variole généralisée. Les lésions testiculaires consistent en une infiltration extrêmement marquée des enveloppes et du tissu interstitiel et en une nécrose des tubes séminifères.

Ce procédé permet donc d'obtenir une souche de virus variolique pur qui se conserve plusieurs mois dans la glycérine. Malgré les passages successifs sur le singe il a été impossible jusqu'ici de transmettre l'orchite au lapin, animal pourtant si sensible à la vaccine.

Essai d'obtention d'une neuro-variole. — MM. P. Teissier, E. Rivalier et J. Reilly ont essayé de déterminer chez l'animal une encéphalite par inoculation intracérébrale de virus variolique. Après une série d'échecs dans le cerveau du lapin, du cobaye et du rat blanc, ils sont parvenus, en partant de lymphe variolique humaine à produire une encéphalite mortelle chez deux singes (Cercopithecus Callithrix). Ce virus, passé dans le testicule du singe, puis réinoculé dans le cerveau a rapidement perdu son affinité neurotrope, si bien qu'injecté désormais dans le névraxe il ne déterminait plus qu'une variole généralisée, sans le moindre symptôme nerveux. Les auteurs concluent que l'affinité neurotrope du virus variolique est difficile à fixer.

Imprégnation du système nerveux par les matières colorantes sous l'influence de l'anesthésie générale. — M. R. Le Clerc a essayé de vérifier l'action favorisante de l'anesthésie générale (éther et chloroforme) sur l'imprégnation du système nerveux du lapin (*in vivo*) par les matieres colorantes. Il a essayé d'abord le bleu de méthylène en injection intraveineuse et a constaté que l'encéphale des lapins anesthésiés était beaucoup plus coloré par le bleu injecté que l'encéphale des lapins témoins. L'éther et surtout le chloroforme favorisent la fixation du bleu sur la corticale des surrénales et les corps jaunes des ovaires. L'auteur envisage une application thérapeutique de cette fixation élective sur le système nerveux.

Réaction de fixation du complément dans l'encéphalomyélite enzootipue expérimentale (maladie de Borna). — M. N. Stroian a cherché la sensibilisatrice dans le sérum de lapins immunisés expérimentalement contre la maladie de Borna. Il a utilisé différents antigènes de « Borna », aqueux ou alcooliques et a décelé la présence d'anticorps dans les sérums provenant d'animaux immunisés. Cette réaction ne semble pas fournir dans le cas particulier des résultats rigoureusement spécifique, car les antigènes de Borna, mis en présence de sérums provenant de lapins immunisés contre l'herpès, contre la neurovaccine, ou mis en contact avec du sérum de singe immunisé contre la poliomyélite peuvent donner des résultats positifs moins nets cependant qu'avec des sérums d'animaux immunisés contre la maladie de Borna. Des sérums de lapins immunisés contre la maladie de Borna, peuvent donner des réactions positives avec des antigènes aqueux ou alcooliques préparés avec de la substance cérébrale provenant d'animaux morts d'encéphalite herpétique, vaccinale ou rabique (virus fixe), ainsi qu'avec des antigènes préparés avec du cerveau normal de lapin ou de cobaye. Tous ces animaux donnent des réactions négatives avec des sérums de lapins normaux.

Anticorps tissulaires mis en évidence par la réaction de fixation du complément dans les extraits d'organes provenant des lapins immunisés contre la maladie de Borna. — MM. S. Nicolau et N. Stroian mettent en évidence par la réaction de fixation du complément des anticorps dans les extraits aqueux d'organes provenant de lapins immunisés contre le virus de la maladie de Borna administré par voie sous dure-mérienne. La sensibilisatrice contenue dans ces extraits paraît être de nature tissulaire. Les auteurs signalent que les saignées répétées appauvrissent complètement le sérum en anticorps, tandis que les organes en conservent le même taux. Ils pensent que les substances qui modifient le signe de la réaction de fixation du complément et qui se trouvent dans le sérum d'animaux immunisés contre la maladie de Borna, prennent naissance non pas dans le torrent sanguin, ni dans les organes hématopoiétiques, mais dans d'autres tissus qui ont été aux prises avec le virus.

A propos de l'action des extraits pancréatiques sur la pression artérielle. — MM. Pierre Gley et N. Kisthinios ont montré récemment que l'on peut extraire du pancréas, outre l'insuline, une substance hypotensive complètement distincte de l'insuline et qui possède la propriété d'abaisser la pression artérielle tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique. Depuis leur première communication, d'autres auteurs ont rappelé leurs anciens travaux pour essayer de s'attribuer une priorité qui n'est pas soutenable quant à l'interprétation des phénomènes.

MM. P. Gley et Kisthinios rappellent qu'ils ont été les premiers à montrer que le pouvoir hypotenseur des extraits pancréatiques n'est pas dû à l'insuline elle-même, substance uniquement caractérisée par son pouvoir hypoglycémiant.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes médicales autour de la loi du 5 avril 1928 relative aux Assurances sociales (1), par M. Fr. Guermonprez.

Voici un excellent livre dû à un spécialiste expérimenté de toutes les questions professionnelles. M. Fr. Guermonprez (de Lille) réunit dans ses *Etudes médicales autour de la Loi du 5 avril 1928, relative aux Assurances sociales* des documents jusqu'ici éparpilles. Il rapproche les décisions déjà prises par divers groupements professionnels. Les indications bibliographiques sont exactes et complètes. Des notes sont reportées à la fin de chaque chapitre afin d'élucider les points qui peuvent retenir l'attention. C'est un livre de puissante actualité, il oppose toutes les thèses soutenues et avec un remarquable bon sens et le plus large esprit d'équité il défend les intérêts des médecins qui se confondent d'ailleurs avec ceux des malades. L. G.

L'Etat contre le médecin, vers une renaissance corporative (2), par le docteur Paul Guérin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface de M. Paul Bourget, de l'Académie française.

Le livre de M. Paul Guérin est consacré à la fois aux assurances sociales et à l'ordre des médecins qu'il considère, non sans raison, comme une nécessité entraînée par l'état chao-

(1) Un volume in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, 1928, Amédée Legrand, éditeur.

(2) Un volume grand in-8 Editions médicales. — Paris, 1929, Norbert Maloine.

tique que vont créer les assurances sociales. L'ordre des médecins, c'est le retour aux anciennes corporations, on ne s'étonnera pas que M. Paul Bourget, avec son esprit traditionnaliste si élevé, lui ait consacré les belles pages qui forment sa préface.

L'ouvrage de M. Guibert est considérable et place la question sur son vrai terrain, celui qu'ont ignoré nos législateurs.

L'auteur démontre que le Corps médical ne peut tolérer aucune atteinte aux conditions traditionnelles du libre exercice de son art.

« La loi des assurances sociales constitue une méconnaissance absolue de ces conditions : le Corps médical, soucieux de son indépendance morale et de ses intérêts légitimes, doit énergiquement maintenir les *vétos* qu'il a déjà formulés;

« Le sens des réalités naturelles, une juste conception de l'intérêt public, incitent à limiter l'ingérence étatiste en matière sociale : l'*assurance sociale* sous tous ses aspects est, par excellence, une fonction corporative; l'exemple fourni par le succès des *Caisses d'allocations familiales* rend éminemment souhaitable la rénovation des *corporations de métiers*.

La profession médicale, menacée du dehors par les exigences de l'Etat, du dedans par l'oubli de certains principes déontologiques, doit, pour se défendre, consentir à s'organiser : la *corporation* est *seule* capable d'assurer la représentation naturelle et *la défense des intérêts professionnels*; *elle seule* peut assurer, avec l'autorité et l'harmonie nécessaires, l'Office de juridiction professionnelle connu et réclamé sous le nom d'*Ordre des médecins*. »

La documentation très importante de ce livre en fait un guide précieux dont nous ne saurions trop recommander la lecture.

L. G.

NOTES DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir) ; interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

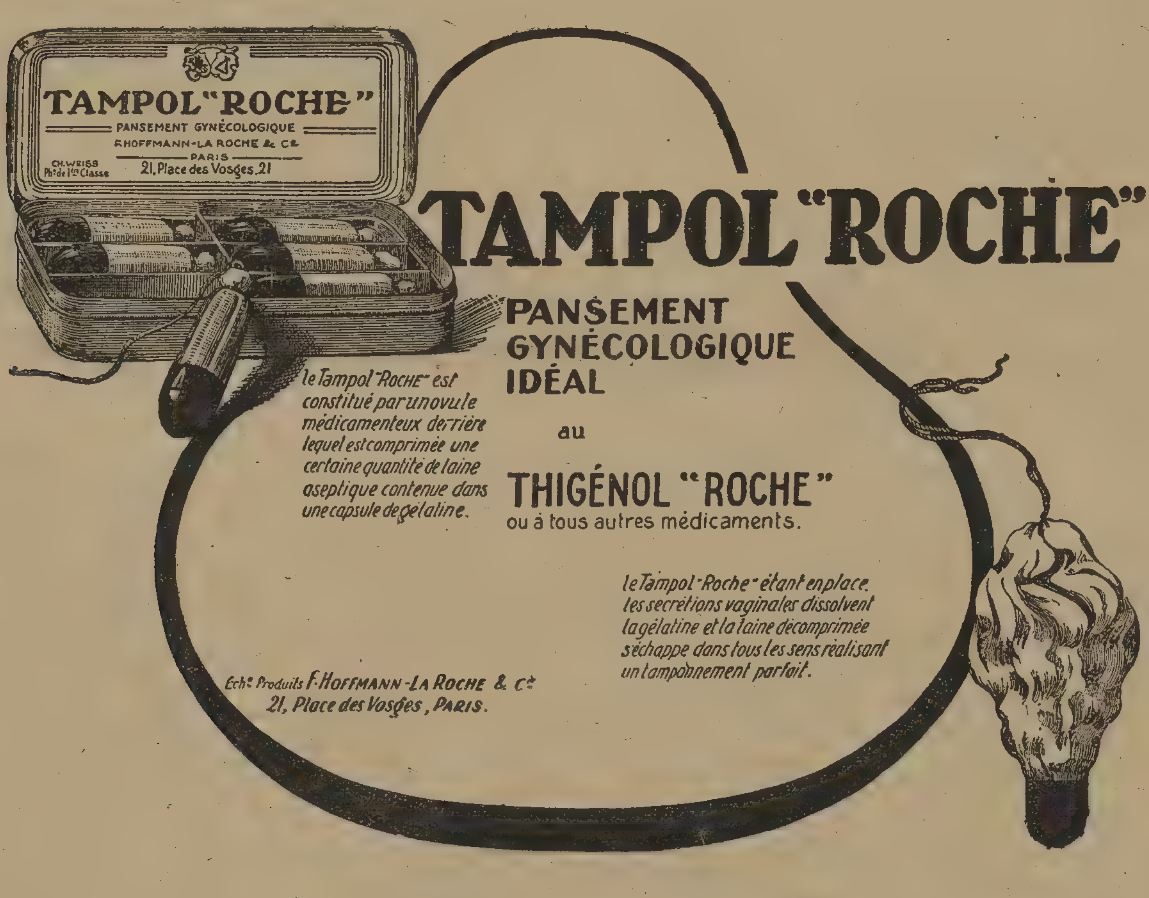
NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE [1]

5° *L'insuffisance surrénale à type d'encéphalopathie.* — Sur le fond commun des accidents d'insuffisance surrénale aiguë se détachent des troubles cérébraux prédominants; les caractères de ces troubles eux-mêmes par leur variabilité impriment au désordre cérébral un cachet différent suivant le cas, c'est ainsi qu'on peut décrire :

a. *Des formes convulsives.* — Celles-ci se rencontrent surtout chez des nourrissons, des enfants de quelques mois

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 5, p. 86.



PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès-Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

BISERMOL VIGIER

Huile à 40 grammes d'Amalgame de bismuth pour 100 cc³, pour injections intra-musculaires

INDOLORE — ACTIVE — RÉSORPTION RAPIDE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Pour éviter les **ACCIDENTS BUCCAUX** chez les **SYPHYLITIQUES** *PRESCRIRE LE*

SAVON DENTIFRICE VIGIER

LE MEILLEUR ANTISEPTIQUE

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS,** etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies

R. C., 48.283, Seine

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré actif et agréable
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goître, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie,* n° 4, avril 1927).

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névalgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boite de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32.028, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Après concours, M. Raymond Lévy vient d'être nommé médecin dermato-syphiligraphe des hôpitaux de Reims.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire le mercredi 30 janvier 1929.

La durée de cette session sera de trois jours.

UNIVERSITÉ DE NANCY. — M. Bruntz, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy, est nommé recteur de l'Académie de Nancy, en remplacement de M. Adams, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

LÉGION D'HONNEUR. — A été promu dans l'ordre de la légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Hayashi, doyen de la Faculté de médecine de Tokio.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée à titre posthume au professeur Noguchi de Tokio, mort victime du devoir professionnel.

MISSION BRÉSILIENNE. — On annonce l'arrivée prochaine en Europe d'une nouvelle mission universitaire brésilienne placée sous la direction du professeur Manoël Cicero recteur de l'Université de Rio de Janeiro.

La Faculté de médecine sera représentée par le Doyen, M. le professeur Abreu Tiatho et par MM. les professeurs Miguel Couto et Fernando de Magalhaes.

CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE RIO DE JANEIRO. — L'Académie de médecine de Rio de Janeiro célébrera en juillet prochain son centenaire sous la présidence du professeur Miguel Conto. Ce centenaire, qui coïncidera avec plusieurs congrès, sera célébré avec la plus grande solennité.

HOMMAGE AU DOCTEUR SABOURAUD. — M. Sabouraud, désirant quitter l'hôpital Saint-Louis et la direction de son laboratoire à la fin de l'année 1929, ses amis et élèves ont pensé qu'il conviendrait de lui offrir, en témoignage de leur affection, sa médaille exécutée par le graveur A. Pommier et son buste par le sculpteur Charles Despiau.

Le trésorier est le docteur Maurice Pignot, 2, rue de Grébeauval, à Paris.

La médaille et le buste seront remis à M. Sabouraud à l'issue du Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française qu'il présidera au mois de juillet 1929, à l'hôpital Saint-Louis.

Les souscripteurs d'un minimum de 100 fr. recevront une réplique en bronze de la médaille frappée.

De cette médaille il sera fondu un certain nombre d'exemplaires de plus grand modèle, à la manière des grandes médailles des maîtres italiens de la Renaissance. Ces médailles, d'un diamètre de 10 centimètres, seront attribuées aux souscripteurs de 300 fr. Mais en raison du temps nécessaire à la fonte, ceux qui seraient désireux de se voir attribuer une médaille de ce type devraient en aviser de suite le trésorier, docteur Maurice Pignot, à l'adresse indiquée ci-dessus.

Le Comité, auquel le regretté Brocq avait donné son adhésion, comprend MM. Darier, le professeur Jeanselme, Hudelo (de Paris), Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur de Paris; le professeur Dubois (de Genève), François (d'Anvers), le professeur Cedercreutz (d'Helsingsfors), Milian, Ravaut

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

(de Paris), Bodin (de Rennes), Pautrier (de Strasbourg), Clément Simon et Maurice Pignot, trésorier (de Paris).

ŒUVRE FURTADO-HEINE [10, rue Delbet, Paris (XIVe)]. — L'Œuvre Furtado-Heine, fondée en 1884, vient d'être réorganisée, sous la direction scientifique de M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine.

Ses services comprennent :

Consultations de médecine. — Consultations d'oto-rhino-laryngologie. — Examens radiologiques. — Electricité médicale et diathermie. — Radiothérapie. — Rayons ultra-violets. — Vaccinations antivariolique, antidiphtérique, antityphoïdique, antituberculeuse (B. C. G. sous-cutané).

Le personnel médical se compose de MM. les docteurs J. Thiers, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Beaujon, médecin en chef; Larminat, Caplain, Bagot (médecine); Lièvre, Biancani, G. Thiers-Salinas (radiologie, électrothérapie, rayons ultraviolets); Boulay, Dvorsky (oto-rhino-laryngologie).

L'Œuvre s'adresse principalement aux enfants, mais des adultes peuvent être admis aux examens et traitements.

Tous les soins sont gratuits pour les indigents, mais des sommes modiques peuvent être demandées aux malades qui ont quelques ressources, afin de contribuer à l'entretien du matériel chirurgical et radiologique.

Les médecins de l'Œuvre se mettent à la disposition de leurs confrères de la ville pour recevoir leurs malades et pour les tenir au courant des examens et des traitements.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fernand Lerat (de Nantes). Nous prions ses fils le docteur Lerat, accoucheur des hôpitaux, et le docteur Henri Lerat, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, de bien vouloir agréer l'expression de notre bien vive sympathie; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Provost (du Pellerin), Octave Marquet, ancien député et maire de Rochechouart; professeur Costa (de Marseille); Miguet, adjoint au maire de Saint-Etienne; Frébault, professeur honoraire de chimie et toxicologie à la Faculté de médecine de Toulouse; Lafarelle, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, médecin des Messageries Maritimes, décédé accidentellement à Saïgon; Samuel S. Adams, l'éminent pédiatre américain, décédé à Washington; Baumel, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier; Ernesto Tricomi, professeur à la Clinique chirurgicale de Palerme; Goldberger (de Washington), Seligmann (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Stage et cours de perfectionnement*, du 1er février au 23 mars. — Ces enseignements, dirigés par le professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Lévy-Solal, Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, accoucheurs des hôpitaux; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux; Verne, agrégé d'histologie, et Girand, chef de laboratoire; Powilewicz, Lacomme, Ravina, Aurousseau, anciens chefs de clinique; M. Seguy et Mlle Bach, chefs de clinique; Chabrun, ancien interne des hôpitaux; Laennec, interne des hôpitaux, sont réservés aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

Ils comprendront : *a*. un stage clinique et des conférences de pathologie; *b*. un cours d'opérations obstétricales.

Les horaires sont combinés de façon à permettre aux élèves de suivre les cours dans leur ensemble ou l'un des cours à leur choix.

Des certificats seront délivrés aux élèves.

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

Droit d'inscription : pour chacun des cours, 300 fr.; pour les deux cours, 500 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 h.

INSTITUT DE CRIMINOLOGIE. — M. Laignel-Lavastine, agrégé à la Faculté de médecine, a commencé un cours élémentaire de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de droit, amphithéâtre I, le lundi 21 janvier 1929, à 11 h., et le continuera tous les lundis, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours de perfectionnement de dermatologie.* — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 7 octobre au 16 novembre 1926, sous la direction de M. le professeur L.-M. Pautrier, avec la collaboration de MM. les professeur A. Barré, professeur de clinique neurologique; professeur L. Blum, professeur de clinique médicale; professeur G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; professeur Merklen, professeur de clinique médicales; docteurs Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie; Larousse, chargé de cours de bactériologie; Gunsett, chargé de cours de radiologie; Roederer, chargé de cours de dermato-vénéréologie; Simon, professeur agrégé, clinique chirurgicale A; Vaucher, chargé de cours clinique médicale B; professeur Weill, clinique ophtalmologique; docteurs A. Bœckel, chargé de la policlinique urologique à la clinique chirurgicale A; Diss, chef de laboratoire; Glasser, chef de laboratoire; G. Lévy, chef de clinique.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à trois pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon.

Droit d'inscription, 300 fr.

S'inscrire en écrivant directement au docteur Rœderer, clinique des maladies cutanées, hôpital civil.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tout cas, ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire, y compris les méthodes de sérologie, l'anatomie pathologique générale des dermatoses, en vingt leçons, aura lieu en même temps.

Droit d'inscription, 300 fr.

S'inscrire en écrivant directement au docteur Rœderer.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ÉTUDIANT EN MÉDECINE, ayant toutes ses inscriptions, cherche une place d'interne sans concours dans hôpital, région parisienne. — Ecrire A. D..., aux bureaux du Journal.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le **Phosphopinal-Juin**
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16ᵉ-Tél. Auteuil 44-09

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie
des AFFECTIONS PULMONAIRES
par la Voie intestinale
(Syndrome entéro-pulmonaire)

→ Perles glutinisées
6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées
Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications
tous ÉTATS INFECTIEUX

Échantillons et Littérature : **15, rue d'Argenteuil, PARIS**

LABORATOIRES CLIN

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

(Métaux colloïdaux électriques à petits grains. — Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes ou dérivés métalliques).

ELECTRARGOL (Argent)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Ampoules de 25 c.c. (2 par boîte).
Flacons de 50, 100 et 250 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (Tube de 30 grammes).

ELECTRAUROL (Or).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL (Platine)
ELECTROPALLADIOL (Pd)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL (Rhodium)
Ampoules de 5 c.c.
(Boîtes de 3 et de 6 ampoules).

Toutes maladies infectieuses sans spécificité pour l'agent pathogène

N. B. — L'Electrargol est *également employé dans le traitement local de nombreuses affections septiques* (Anthrax, Otites, Epididymites Abcès du Sein, Pleurésie, Cystites, etc...)

ELECTR=HG (Mercure)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Toutes formes de la Syphilis.

ELECTROCUPROL (Cuivre)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Cancer, Tuberculose, Maladies infectieuses.

ÉLECTROSÉLÉNIUM (Sélénium)
Ampoules de 5 c.c. (3 par boîte).
Traitement du cancer.

ELECTROMARTIOL (Fer)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).

ARRHÉNOMARTIOL
(Fer colloïdal + Arsenic organique).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte) et Gouttes.
Traitement du Syndrome anémique.

COLLOTHIOL (Soufre)
Ampoules de 2 c.c. (6 par boîte).
Elixir — Pommade.
Toutes les indications de la Médication sulfurée.

IOGLYSOL (Complexe iode-glycogène)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Cures iodée et iodurée.

ELECTROMANGANOL (Manganèse)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Affections staphylococciques.

1395

COMAR & Cie — PARIS

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

REVUE DES THÈSES

Des migraines menstruelles. Étude clinique, hypothèses pathogéniques, essai thérapeutique. [Travail du service du docteur PASTEUR VALLERY-RADOT] (1), par le docteur DESLANDRES, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Les migraines menstruelles, forme non exceptionnelle quoique non fréquente de migraines se caractérisent cliniquement par le rapport constant des crises avec la menstruation, qu'elles précèdent ou qu'elles accompagnent, plus rarement qu'elles suivent.

Par leur début, contemporain de la puberté dans les cas les plus caractéristiques,

Par la sédation habituelle au cours des grossesses et de l'allaitement,

Par l'amélioration spontanée, parfois par la disparition de la ménopause.

Elles se traduisent par des symptômes communs à toutes les migraines. La seule caractéristique en est les conditions d'apparition.

La crise migraineuse étant due à un spasme vasculaire par excitation du sympathique, on peut faire plusieurs hypothèses pathogéniques dans le cas particulier des migraines menstruelles :

L'excitation du sympathique aurait pour point de départ la congestion ovarienne au cours du cycle ovarien ;

Ou cette excitation serait due au choc menstruel;

Ou elle s'expliquerait par une modification de l'état humoral au cours de la période menstruelle, modification rendant le sympathique hyperexcitable et capable de réagir à des causes qui habituellement sont sans action.

La thérapeutique par les injections de corps jaune dans la période prémenstruelle peut amener la disparition des crises migraineuses.

On ne saurait dire si le corps jaune agit en tant qu'agent opothérapique ou en modifiant d'une façon qui reste encore inconnue, l'état humoral.

Les méningites à entérocoque (2), par le docteur Henri DIRIART.

Parmi les méningites aiguës purulentes, il faut individualiser un groupe restreint de cas que l'on doit incontestablement attribuer à l'entérocoque. L'auteur en a rencontré 2 cas avec étude clinique et bactériologie complète.

Ces méningites surviennent en général, chez des sujets jeunes.

Elles comportent un pronostic d'autant plus sévère que nos moyens d'action sont extrêmement limités.

Elles sont, le plus souvent, secondaires, soit à une plaie ou à un foyer de suppuration de la région cranio-faciale — soit à une septicémie à entérocoque — soit à une infection du tube digestif — soit à une infection d'allure grippale —, ces diverses manifestations n'étant que la localisation initiale de l'entérocoque.

L'entérocoque peut être à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien. Mais dans un certain nombre de cas, il se trouve associé à un autre germe : les premières observations publiées rentrent précisément dans ce groupe.

Le diagnostic clinique de ces méningites est impossible. C'est le laboratoire seul qui permet de les déceler; l'auteur insiste sur l'extrême prudence avec laquelle il faut affirmer un tel diagnostic bactériologique et sur la *nécessité absolue qu'il y a à multiplier et même à répéter les épreuves de laboratoire pour séparer l'entérocoque des microbes très voisins du groupe pneumo-streptocoque.*

(1) Dijon, imprimerie Bernigaud et Privat, 15, rue Bossuet.
(2) Paris, Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain.

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par un composé séro-médicamenteux (1), par le docteur Marcel-André HUREZ, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le nombre des médicaments proposés pour le traitement de la tuberculose pulmonaire est innombrable. Cela prouve qu'aucun d'entre eux n'est dans tous les cas d'une efficacité certaine.

Ces dernières années, l'armement antituberculeux s'est enrichi de divers médicaments qui ont amené des guérisons ou des améliorations dont il faut tenir le plus grand compte.

Parmi ceux-ci l'auteur préconise deux procédés thérapeutiques mis à l'épreuve depuis plusieurs années et définitivement adoptés par son maître, le docteur Dufour, tant à l'hôpital Broussais que dans sa clientèle privée.

1° D'une part, l'iodaseptine (iodo-benzo-méthyl-formine).

2° D'autre part, d'un composé séro-médicamenteux nommé « composé L. T. » préparé dans le laboratoire du docteur Dufour.

Dans un très important chapitre, l'auteur donne les indications et les contre-indications de l'iodaseptine.

La posologie et les indications de ce médicament ont été données par le docteur Dufour dans diverses communications à la « Société de médecine des hôpitaux de Paris » et dans la thèse de son élève Curtil.

L'auteur rappelle que l'iodaseptine convient tout particulièrement aux tuberculoses torpides, apyrétiques ou subfébriles. Les cas les plus favorables sont ceux que M. Pissavy range dans le cadre des formes nodulaires discrètes.

Ce traitement convient également aux tuberculeux à forme bronchitique ou emphysémateuse, aux anciens asthmatiques.

Le docteur Trotot (de Cambo-les-Bains) dit avec raison que les hémoptysies ne constituent pas une contre-indication. Hurez cite d'ailleurs une observation du docteur Maurice Debray qui le démontre.

L'iodaseptine, ajoute-t-il, se montre un excellent médicament quand on l'emploie dans les cas en évolution débutante.

Il faut éliminer les formes granuliques et septicémiques en évolution aiguë, les formes anciennes à coque fibro-caséeuse.

MM. Hamant et Méry, Trotot, dans les formes fébriles, emploient avec succès la septicémine.

Le composé L. T., employé par M. Dufour, est un sérum de lapins ayant reçu des injections de tuberculine brute; il est mélangé dans la proportion de 1 à 2 avec l'iodaseptine. Les injections sont faites par voie sous-cutanée ou intramusculaire à la dose de 3 centimètres cubes, deux injections par semaine.

Une série d'injections comprend dix à vingt piqûres, les séries séparées par un repos de un à deux mois.

Les réactions déterminées par ce traitement sont insignifiantes ou nulles; parfois un œdème local à la troisième ou quatrième injection. Parfois une légère élévation thermique aux premières injections.

RÉSULTATS. — Sur les quarante malades traités, la plupart ont été grandement améliorés, guéris pour ainsi dire, tant leur état général était devenu satisfaisant; quelques-uns cependant continuaient à présenter des bacilles de Koch dans leur expectoration. M. Dufour insiste sur ce fait que nombre de tuberculeux ayant recouvré la santé (température normale, poids stationnaire ou en accroissement, appétit et forces retrouvés, règles devenues normales) continuent cependant à émettre des bacilles : ce sont des porteurs de bacilles.

Les très intéressantes observations de Hurez comprennent

(1) *Th. de Paris*, 1927-1928.

une première série où l'iodaseptine seule a été employée avec succès constant, et une seconde où on a associé le sérum L. T. A côté de quelques échecs, la grande majorité a recouvré la santé.

Le Traitement de la fièvre puerpérale à l'École départementale d'accouchement de Strasbourg (1), par le docteur Henri Burcklé.

Les cas de fièvre puerpérale grave ont beaucoup diminué grâce aux soins prophylactiques dont on entoure les femmes pendant l'accouchement.

Une fiévre puerpérale une fois déclarée doit être traitée par la méthode expectative. « Nous ne faisons écrit l'auteur aucune intervention intra-utérine; nous nous bornons à donner de l'ergotine, de la septicémine par voie intraveineuse et nous mettons une vessie de glace sur l'abdomen.

Nous traitons les rétentions cotylédonaires vraies, constatées immédiatement après la délivrance par le curage digital immédiat. Si la rétention est douteuse, nous intervenons seulement si la femme saigne.

Nous n'intervenons pas pour des rétentions membraneuses, qu'elles soient totales ou partielles, à moins d'hémorragie, et nous traitons ces cas par l'administration d'ergotine.

Nous n'intervenons pas non plus dans les cas d'avortements infectés, qui ne saignent pas. Nous laissons refroidir l'infection, donnons de la septicémine et posons une vessie de glace sur l'utérus.

Dans les cas d'avortements criminels avec lésions manifestes, une extirpation de l'utérus faite à temps peut donner des succès.

Le traitement, tant prophylactique que thérapeutique, de la phlébite puerpérale par l'application de sangsues semble être bon et mérite d'être étudié d'une façon plus approfondie. »

HYGIÈNE PUBLIQUE

LAIT HUMANISÉ

M. François Peisset, député, expose à M. le ministre du Travail : *a.* que le lait humanisé, d'après tout le corps médical et, notamment les docteurs Marfan et Variot, est le lait obtenu par le procédé « Bachkous »; *b.* qu'on l'obtient en enlevant la caséine, par précipitation au moyen de la présure; et demande : 1° s'il est permis à un pharmacien d'appeler « lait humanisé » le lait dans lequel il se contente d'ajouter 30 litres d'eau pour 100 litres, avec 1 kilogramme de lactose et 30 grammes de phosphate de sodium, de telle sorte que le litre d'eau est vendu 6 fr.; 2° s'il est permis à un pharmacien de vendre du lait, simplement stérilisé, sous le nom de lait humanisé n° 2; 3° si, dans le cas de l'affirmative, un producteur de lait agriculteur peut faire le même usage de l'eau sans être poursuivi en appelant sa mixture : « lait humanisé »; 4° s'il est permis à un industriel de montrer sur ses cartes postales une vacherie et des vaches dans un pré, pour indiquer l'origine du lait, alors qu'il n'a ni vacherie, ni vaches. (*Question du 23 nov. 1928*).

Réponse. — Les laits « humanisés » ou « maternisés » sont des laits dont la composition a été modifiée, soit par des retranchements, soit par des additions, de façon à leur donner une composition se rapprochant le plus possible de celle du lait de femme. Le décret du 25 mars 1924 (art. 26), les a, par suite, assimilés à des produits pharmaceutiques ou de régime, dont la vente est réservée aux pharmaciens, sous leur responsabilité. Le procédé « Bachkous » n'est pas le seul qui puisse être employé pour la préparation de ces laits. A condition d'opérer avec toutes les précautions indispensables, rien ne s'oppose à ce que les modifications nécessaires soient obtenues par addition d'eau propre et stérile, de lactose et de phosphates solubles. Il y a tromperie et infraction à la loi du 1er août 1905 à vendre comme lait maternisé, un lait simplement stérilisé, ou un lait dont les caractères chimiques ne se rapprocheraient pas de ceux du lait de femme, un lait simplement étendu d'eau par exemple. Enfin, outre le fait de faire apparaître sur les étiquettes des mentions ou des images de nature à faire attribuer au produit une origine ou des qualités qu'il n'a pas, constitue la tentative de tromperie prévue par l'article 1er de la loi du 1er août 1905 (décret du 15 avril 1912, art. 6). (*J. O.*, 11 janvier.)

(1) *Th. de Paris*, 1928. — Imprimerie Pierre Gourjon.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS, 1929.

Les prochaines *Journées médicales de Paris* auront lieu du 9 au 14 juin 1929; elles sont organisées avec le concours de la *Revue médicale française* et de ses collaborateurs et sont ouvertes à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

Le bureau du Comité est constitué de la façon suivante : président : M. le professeur Delbet; vice-présidents : MM. les professeurs Sergent et Desgrez; commissaire général : M. le professeur Balthazard; secrétaire général : M. le docteur Léon Tixier; secrétaire général adjoint : M. Deval, chef de laboratoire à la Faculté de médecine; trésorier : M. le docteur Léon Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

Les Journées se dérouleront au Palais des expositions de la ville de Paris (Porte de Versailles), où sera aménagée une exposition sous le patronage du Comité français des expositions et sous la direction de M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants des produits pharmaceutiques. L'après-midi, diverses conférences seront faites à la nouvelle salle du Palais des expositions par MM. les professeurs Delbet et Sergent, par M. le docteur Lesné, médecin des hôpitaux, etc.

Le matin, un programme, judicieusement établi permettra aux adhérents de suivre les démonstrations pratiques avec le concours de tous les chefs de service dans les cliniques de la Faculté et dans les hôpitaux publics et privés, l'Assistance publique, l'Institut Pasteur, l'Institut du radium, etc.

Le Comité des Fêtes, présidé par M. le docteur Henri de Rothschild, a prévu un programme particulièrement brillant :

Dimanche 9 juin : grande réception au Palais des expositions : orchestre et partie théâtrale, buffet.

Mardi 11 juin : soirée à l'Opéra.

Jeudi 13 juin : excursion en auto-cars dans la vallée de Chevreuse, déjeuner à Rambouillet, visite des châteaux de Rambouillet, de Dampierre, de l'abbaye de Port-Royal-des-Champs, goûter à l'abbaye des Vaux-de-Cernay.

Vendredi 14 juin : les adhérents seront reçus dans diverses stations climatiques, thermales et marines dans des conditions particulièrement agréables et avantageuses.

Un Comité de dames dirigera chaque jour des promenades chez les grands couturiers, dans les musées, concerts, thés, etc.

On peut d'ores et déjà prédire que le succès des Journées médicales de 1929 dépassera celui de leurs aînées, le Comité ayant profité de l'expérience précédente pour apporter toutes les améliorations désirables.

Cotisation : 50 fr. pour les adhérents aux Journées; 20 fr. pour les dames et pour les étudiants en médecine, Paiement par chèque ou chèque postal « Journées médicales. » Compte 1.155-60, Paris).

S'adresser pour tous renseignements à M. le docteur Léon Tixier, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe).



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE

CIBA
Marque Déposée

PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine a résolu le problème de la Médication phosphorée

Trois Formes
- Cachets.... à 0 gr. 50 : 2 par jour.
- Comprimés à 0 gr. 25 : 4 » »
- Granulé : 2 cuillères à café » »

R. C. 10.694, Lyon.

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND _ LYON



Suraliment phosphoré intégral

pour Enfants en bas âge

SOUS SON INFLUENCE :

Les courbes de poids se relèvent ;
le squelette se raffermit ;
l'éruption des dents est activée ;
l'état général devient meilleur.

1/2 à 2 cuillères à café par jour.

◆ ◆ ◆

Littérature et échantillons :
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

Fernand WIDAL

1862-1929

Par André LEMIERRE

Celui qui vient de disparaître a mérité, du consentement universel, d'être rangé parmi les plus illustres figures médicales de tous les pays et de toutes les époques. Son œuvre domine la médecine contemporaine; il est peu de branches de la pathologie humaine où il n'ait marqué son empreinte et qu'il n'ait fait progresser. Les beautés de son caractère et ses qualités de cœur ont fait que peu d'hommes ont pu susciter à leur égard, pendant leur existence, autant d'affection profonde, de dévouement et de respect.

Issu d'une lignée médicale, fils d'un médecin inspecteur de l'armée, qui a occupé une haute situation dans la médecine militaire et qui a été un des collaborateurs du *Dictionnaire Dechambre*, neveu de Hirtz, doyen de la Faculté de médecine française de Strasbourg au moment de l'annexion, les hasards de la carrière paternelle firent que Fernand Widal naquit le 9 mars 1862 à Dellys, en Algérie. Il a toujours par la suite, gardé de ses premières années passées en Afrique une invincible attirance pour le soleil de la Méditerranée et pour les spectacles de l'Orient.

Entré dans la carrière médicale au moment du grand bouillonnement d'idées suscité par les travaux de Pasteur, en relations personnelles avec le maître lui-même et avec ses disciples, avec Emile Roux notamment, pour qui il est toujours resté un ami très cher, il fut, dès sa jeunesse, au nombre de ceux qui, à la faveur de la révolution sans précédent qui venait de s'opérer dans le domaine de la biologie, s'efforcèrent de doter la médecine de méthodes d'explorations nouvelles et de l'entraîner dans des régions jusqu'alors inexplorées. Mais son intelligence était lucide, son bon sens assuré, et il sut échapper à l'écueil où se heurtèrent certains de ses contemporains qui, en faisant de l'étude des malades leur préoccupation principale, auraient craint de ne point faire figure de savants. Médecin par éducation par goûts et par tradition, il a tenu à rester avant tout et toujours un médecin. Son champ d'étude a été la salle d'hôpital et aussi la clientèle de ville, et les recherches de laboratoire ne lui sont jamais apparues comme un but, mais comme les auxiliaires de l'observation clinique.

« Je me suis efforcé de conduire mes travaux d'après les règles de la méthode expérimentale », a-t-il écrit. « Cette méthode s'applique aux maladies développées spontanément chez l'homme, aussi bien qu'aux phénomènes pathologiques provoqués chez les animaux. Pour que le fait nouveau que l'on a cru découvrir soit accepté comme une vérité démontrée, il doit toujours pouvoir se reproduire dans les circonstances analogues à celles où il a été observé une première fois. Ces circonstances, l'expérimentateur les suscite à sa volonté, puisqu'il crée lui-même la cause des phénomènes qu'il observe. Le médecin, au contraire, doit savoir attendre que la nature, expérimentant pour lui, renouvelle les conditions d'observation dont la répétition est nécessaire pour apporter l'affirmation dernière. L'expérimentateur et le clinicien peuvent donc procéder par des voies différentes, mais leur jugement relève toujours de la même discipline.

« Au médecin qui sait ce qu'il cherche, l'observation offre parfois des cas privilégiés ayant la valeur d'expériences spontanées. Ces cas ne représentent pas seulement un fragment de la vérité clinique, comme le font beaucoup d'expériences que nous provoquons chez les animaux; ils représentent cette vérité tout entière parce qu'ils ont l'avantage d'apparaître chez le sujet humain. Ils peuvent suffire par là même à donner la solution d'un problème depuis longtemps posé.....

« L'étude des phénomènes pathologiques doit être poursuivie avec l'esprit de désintéressement scientifique qui s'impose pour toute recherche biologique; mais lorsque le médecin est en possession des vérités nouvelles, il ne doit pas perdre de vue que sa mission est de faire œuvre pratique. Il n'y a progrès en clinique que là où on a trouvé des

moyens, soit pour mieux reconnaître les maladies, soit pour mieux les combattre. »

Ces lignes sont une véritable profession de foi. Elles permettent de comprendre le sens profond de l'œuvre de Widal tout entière.

Il lisait beaucoup, mais savait discerner du premier coup d'œil le fatras qui encombre la littérature scientifique, des travaux véritablement substantiels. Il recherchait les mémoires originaux nourris de faits bien étudiés, ou les simples notes apportant quelque chose de clair et de précis. Il les lisait attentivement, lentement, mot par mot, comme il aimait à le répéter; il les reprenait, cherchant à pénétrer la pensée exacte de l'auteur et à s'assimiler les détails les plus minutieux. Grâce à ce travail patient tout s'enregistrait dans sa mémoire. Aussi dix ans, vingt ans plus tard savait-il retrouver le point qui lui était nécessaire, au moment où le hasard le mettait en face de quelque phénomène pouvant avoir une relation avec ce que ses lectures lui avaient enseigné. Ou bien, par une opération inverse, un rapprochement s'opérait dans son esprit entre quelque renseignement qu'il rencontrait dans une lecture et ce qu'il avait observé plus ou moins longtemps auparavant chez un malade.

Ainsi, formidablement armé, rien ne pouvait lui échapper et il attendait l'heure propice où la nature lui offrait l'expérience qu'il attendait peut-être depuis longtemps et que son extraordinaire clairvoyance lui permettait de discerner immédiatement. D'emblée il savait mettre en œuvre tout ce qu'il fallait pour faire rendre à cette expérience tout ce qu'elle pouvait donner, car il avait longuement médité sur ce qu'il conviendrait de faire quand surviendrait cette circonstance favorable. Formé à la tactique bien avant l'heure du combat, il était tout de suite maître du champ de bataille.

Parmi les doctrines pastoriennes, celle de la spécificité microbienne était faite pour séduire son âme de clinicien. A une époque où beaucoup de médecins répugnaient encore à admettre que le seul streptocoque fût capable de réaliser l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la septicémie des blessés et les suppurations les plus diverses et se plaisaient à répéter ironiquement le mot de Peter sur le « microbe à tout faire », il a établi définitivement dans sa thèse « *Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle* », en 1889, que ces affections, malgré leur apparente dissemblance, ont entre elles « un air de famille » dû justement à ce qu'elles sont toutes trois bien réellement dues au streptocoque. Et inversement les parentés cliniques qui les unissent entre elles constituaient à ses yeux une preuve de l'unicité des streptocoques, en faveur de laquelle il apporta dans la suite de nouveaux arguments avec Fernand Bezançon.

C'est son expérience de clinicien qui l'a guidé également dans ses études avec Chantemesse sur la spécificité du bacille d'Eberth, et l'a incité à multiplier le procédé de diagnostic entre ce germe et le colibacille, dont les derniers partisans de la spontanéité morbide voulaient faire l'agent occasionnel de la fièvre typhoïde.

C'est la constatation des caractères cliniques si tranchés de la dysenterie épidémique qui l'a amené à rechercher et à découvrir en 1888 avec Chantemesse le bacille de cette maladie, dont longtemps après Shiga et Kruse devaient confirmer l'existence.

***

La découverte du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, en 1896, est le couronnement de cette patiente série d'études bactériologiques, accomplies avec le souci constant de leurs rapports avec les infections humaines. Elle est le fruit d'une longue observation et de l'utilisation de faits soigneusement enregistrés à un moment où ils semblaient secondaires et sans portée évidente.

En 1896, Pfeiffer et Kolle, ainsi que Grüber et Durham avaient montré que le sérum des animaux vaccinés contre le bacille d'Eberth acquiert des propriétés agglutinantes vis-à-vis des cultures de ce bacille, et Grüber, au Congrès de Wiesbaden, avait émis l'hypothèse que le sérum sanguin des sujets immunisés contre la fièvre typhoïde par une attaque antérieure de cette maladie pourrait peut-être présenter la même particularité. Widal était en voyage, à Constantinople, quand dans le laboratoire de Nicolle, la note de Grüber lui tomba sous les yeux et d'emblée son esprit l'emporta bien au delà des conclusions du bactériologiste allemand. Au cours d'expériences effectuées avec Chantemesse en 1888, il avait vu que des animaux auxquels on injectait du sérum sanguin de sujets atteints de fièvre typhoïde en pleine évolution résistent à l'injection de doses mortelles de cultures virulentes de bacilles d'Eberth. Puisque des propriétés protectrices peuvent ainsi se développer dans le sang des typhiques, pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la propriété agglutinante? Il revint précipitamment à Paris, plein de son idée.

Chez six patients atteints de fièvre typhoïde qu'il examina successivement, le phénomène de l'agglutination par le sérum des typhiques existait avec la plus grande netteté, tandis qu'il faisait défaut chez tous les témoins exempts de dothiénentérie. La communication qu'il fit sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, le 26 juin 1896, a été un grand événement dans l'histoire de la médecine : le fait qu'il rapportait était si inattendu et d'une portée si considérable, s'il se vérifiait, qu'il rencontra bien des incrédules. Au sortir de la séance, certains de ses maîtres lui reprochèrent doucement sa témérité et l'avertirent qu'il risquait, en s'engageant aussi à fond dans ses affirmations, de gâcher la belle réputation scientifique qu'il s'était déjà acquise. Mais ce conseil amical ne fit qu'exciter son ardeur au travail : ses observations nouvelles lui donnèrent les mêmes résultats que les premières, et il imagina avec Sicard une méthode de mensuration du phénomène de l'agglutination propre à en faire un procédé de diagnostic de la fièvre typhoïde d'une rigueur absolue.

D'ailleurs de tous côtés, de France comme de l'étranger, les confirmations affluaient, et le nom du jeune médecin des hôpitaux, du jeune agrégé de

la Faculté de médecine de Paris, devint en quelques mois illustre dans le monde entier.

L'événement était, en effet, considérable. Il montrait, comme le disait Widal, que la réaction agglutinante n'est pas, ainsi qu'on le croyait, une réaction d'immunité, mais une réaction d'infection, se développant dans le sang des malades en pleine évolution, si peu protégés encore par l'atteinte microbienne qu'ils pouvaient succomber quelques jours plus tard. Dès lors le phénomène de l'agglutination sortait des laboratoires de bactériologie pure; il prenait pied en clinique; il devenait la base d'une méthode pratique de diagnostic indirect des infections. Entre les mains de Widal la *Sérologie clinique* venait de naître.

Et du même coup une des doctrines qui lui était chère, celle de la spécificité du bacille d'Eberth, reçut une confirmation éclatante. Seul ce microbe, agent exclusif de la fièvre typhoïde, était agglutiné à un taux élevé par le sérum des typhiques tandis que le colibacille, saprophyte banal, donnant occasionnellement des infections d'ailleurs cliniquement différentes de la dothiénentérie typique, ne jouissait pas de la même propriété. Du même coup également la réaction agglutinante spécifique établissait l'unicité de la fièvre typhoïde et de son agent dans l'univers tout entier.

C'est guidé par la même conception que quelques années plus tard, en 1901, Widal, utilisant la méthode de fixation du complément imaginé par Bordet, démontrait, avec Louis Le Sourd, l'existence d'une sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques, puis des tuberculeux. De nouveau il dotait la clinique d'un procédé général de diagnostic qui s'appliqua bientôt à d'autres infections et notamment à la syphilis pour laquelle elle a pris le nom de réaction de Bordet-Wassermann. Une autre branche de la sérologie médicale venait de naître, dont il avait le premier indiqué l'existence et la direction et dont l'utilisation n'a pas été moins fructueuse que celle du séro-diagnostic par le phénomène de l'agglutination.

Les premiers travaux de Widal sur les anticorps présents dans le sang des malades ont été l'origine de son orientation dans une voie qu'il n'abandonna plus et qu'il ne cessa dès lors de jalonner de découvertes nouvelles : l'étude des humeurs de l'organisme.

Après quelques recherches consacrées en 1898, avec Sicard et Lesné, sur la toxicité de ces humeurs il montra en 1900 avec Ravaut tout le parti qu'on peut tirer de l'examen cytologique des sérosités pleurétiques et avec quelle facilité on peut, par ce moyen, établir une discrimination d'une rigueur absolue entre les pleurésies tuberculeuses, les pleurésies septiques et les pleurésies mécaniques des cardiaques et des brightiques. Avec Sicard et Ravaut il eut l'idée d'appliquer la ponction lombaire, préconisée par Quincke comme procédé thérapeutique des méningites, au prélèvement et à l'étude du liquide céphalo-rachidien au cours des affections les plus diverses du système nerveux. Le cyto-diagnostic des épanchements pleuraux mettait entre les mains des médecins une précieuse méthode de diagnostic des affections pleuro-pulmonaires. L'apparition du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien marque une étape décisive dans l'histoire de la neurologie; ses conséquences se sont développées à l'infini. D'une application journalière, dans des circonstances multiples, on ne conçoit plus à l'heure actuelle qu'il serait possible de s'en passer.

Nous arrivons à l'époque où, toujours guidé par la même idée directrice, Widal va aborder l'étude des néphrites. C'est avec une émotion profonde que nous allons revivre cette période de son existence, qui a apporté un si beau fleuron à sa couronne de savant et de médecin, et où nous avons eu l'honneur de travailler à ses côtés. Nul autre sujet n'était plus propre à le séduire que la pathologie d'un organe dont le fonctionnement tient sous sa dépendance l'épuration des humeurs de l'économie. Il avait expérimenté minutieusement les nouveaux procédés d'exploration de la fonction rénale, toxicité du plasma, épreuves de perméabilité provoquée, cryoscopie du sang et des urines. Il avait suivi passionément les travaux consacrés en France et à l'étranger à la pathogénie des hydropisies brightiques et qui avaient abouti à la conclusion que ces hydropisies étaient dues à la rétention de l'économie de l'ensemble des molécules non éliminées.

Il sentait que le problème n'était pas résolu.

Très frappé par les recherches de Winter, établissant que le chlorure de sodium joue un rôle primordial dans le maintien de l'équilibre osmotique des liquides de l'organisme, il attendait, suivant son habitude, l'heure où une circonstance favorable lui permettrait de déclencher l'expérience que ses méditations lui avaient suggérée.

Deux malades entrèrent dans son service, atteints de néphrite subaiguë infectieuse, avec œdèmes, qui disparurent facilement sous l'action du régime lacté. C'est alors que, sans rien changer à ce régime, Widal fit ingérer quotidiennement à ces deux sujets 10 grammes de chlorure de sodium. Sous l'influence de cette absorption, qu'on pouvait, avec les idées régnant alors, considérer comme inoffensive, les œdèmes reparurent et augmentèrent peu à peu, en même temps que le dosage quotidien des chlorures de l'urine montrait une insuffisance considérable de l'élimination de cette substance. L'un des malades présenta même un œdème pulmonaire assez accentué; l'autre, dont l'œdème facial était devenu énorme, fut atteint de crises éclamptiques, dont il guérit.

Ces deux faits étaient démonstratifs; mais la prudence de Widal était telle qu'il se contenta là de les mentionner dans un article du « Traité de pathologie générale », paru en 1902, sans leur attribuer encore une portée générale. En effet, d'autres brightiques, soumis à la même expérience, avaient donné des résultats contradictoires : on ignorait, en effet, alors que chez cette catégorie de malades, la perméabilité du rein pour le sel peut varier suivant les cas et peut même, chez nombre de sujets subir des variations notables à quelques jours de distance. On ne possédait pas la notion de l'imperméabilité rénale

relative. Pourtant ayant suivi avec Javal un nouveau malade chez lequel, il put en faisant alterner à neuf reprises différentes, un régime salé avec un régime privé de sel, provoquer successivement l'apparition puis la fonte des œdèmes, sa conviction devint assez solide pour qu'il se décidât à parler.

Le 12 juin 1903, il affirma devant la Société médicale des hôpitaux que parmi les substances insuffisamment éliminées par l'émonctoire urinaire chez les néphritiques, le chlorure de sodium seul est responsable de la production des hydropisies.

Le 26 du même mois, il publiait avec Javal les règles de la cure de déchloruration et du régime déchloruré, qui a été le plus grand bienfait dont aient été dotés les brightiques, et que pouvait seul imaginer celui qui avait conçu et démontré le rôle exclusif du chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes. Contrairement aux idées admises alors, il enseigna qu'on peut impunément prescrire à des malades jusque-là condamnés, sous peine de mort, au régime lacté intégral, une alimentation variée et substantielle où figurait une forte ration de viande et ceci pour la plus grande amélioration de leur état général.

La rétention chlorurée, accompagnée de rétention d'eau, engendrait, d'après Widal, l'*urémie hydropigène* englobant non seulement les hydropises, mais aussi diverses manifestations viscérales dues à des infiltrations profondes intéressant l'appareil respiratoire, le système nerveux et le tube digestif et que l'on rangeait habituellement dans le cadre de l'urémie. Bientôt, dès 1904, Widal montra qu'à côté de l'urémie hydropigène, existe une *urémie sèche* due à la rétention dans l'organisme des déchets azotés insuffisamment éliminés par le rein. Il proposa pour le diagnostic et la mesure de cette rétention le dosage de l'urée du sang. Ce procédé, maintes fois employé depuis Richard Bright lui-même, était considéré comme sans utilité pratique parce que personne ne s'était jusqu'alors avisé de rechercher s'il n'existait pas chez les sujets présentant dans leur plasma sanguin un taux anormalement élevé d'urée, et chez ceux-là seuls, des symptômes particuliers et caractéristiques. Là était le point intéressant de la question et c'est ce que comprit Widal.

En quelques semaines l'observation d'un certain nombre de brightiques chez qui l'urée du sang fut systématiquement dosée, lui permit d'isoler, parmi les symptômes variés présentés par ces malades, un syndrome de rétention azotée ou *azotémie*, dans lequel figurent des phénomènes nerveux, psychiques, sensoriels, digestifs, des troubles de l'état général, de l'anémie, mais qui ne s'accompagne pas d'hydradation de l'organisme.

Il montra enfin, avec Javal, André Weill, puis avec Pasteur-Vallery-Radot que, grâce aux résultats fournis par le dosage de l'urée sanguine, le médecin a entre les mains les éléments d'un pronostic rigoureux des néphrites chroniques et les lois qu'il a établies à ce sujet n'ont jamais pu être démenties.

Widal avait eu soin de dire qu'il ne considérait l'élévation du taux de l'urée dans le sang que comme le témoin de la rétention globale des déchets azotés. Mais il se refusait à dire lequel ou lesquels parmi les déchets étaient responsables des troubles morbides observés. C'est pourquoi il avait créé le terme d'azotémie. Mais ceux qui ont connu le fond de sa pensée savent que, contrairement à Claude Bernard et Bouchard, il se refusait à admettre qu'une substance telle que l'urée, fabriquée uniquement pour l'élimination rénale et dont il avait, avec Ronchèse, montré l'existence prédominante dans le sang des azotémiques, pût être retenue et s'accumuler dans l'organisme sans y engendrer des désordres, conjointement sans doute, avec d'autres corps azotés.

En même temps qu'il discriminait les troubles attribuables à la rétention chlorurée et à la rétention azotée, Widal discernait qu'il existait dans le tableau clinique des néphrites des symptômes d'une autre nature : ces symptômes, ils relèvent de l'hypertension artérielle dont, en France, son ami Vaquez venait de tracer la description de main de maître. C'est alors que, dans une série de publications de large envergure, Widal montra qu'en clinique il fallait renoncer à classer les néphrites d'après la conception anatomique consacrée par Charcot, mais dont Brault et Chauffard avaient déjà souligné les défaillances. Il préconisa de se fonder au contraire, en face du malade, sur les données de la physiologie pathologique et de rechercher dans l'enchevêtrement des symptômes, variable dans son aspect suivant les cas, ceux qui relèvent de la chlorurémie, de l'azotémie ou de l'hypertension artérielle. Ces trois grands syndromes, auxquels il faut ajouter les renseignements fournis par l'étude des urines, résument toute la séméiologie des néphrites. Ils peuvent exister simultanément chez le même sujet; ils peuvent se présenter isolément; ils peuvent se substituer l'un à l'autre suivant les périodes de la maladie. Le simple examen clinique permet souvent de les discerner; l'établissement du bilan des chlorures alimentaires et urinaires, le dosage de l'urée sanguine, la sphygmomanométrie apportent la preuve irréfutable de leur existence.

Telle est l'admirable synthèse à laquelle est parvenu Widal au terme de ses études sur les maladies du rein. Sa classification des symptômes du mal de Bright, qui met entre les mains des médecins, non seulement des procédés de diagnostic d'une rigueur absolue, mais aussi des indications d'un pronostic très sûr et d'une thérapeutique rationnelle, fut acceptée, on peut le dire, avec enthousiasme; elle est le guide qui dirige aujourd'hui l'examen de tout sujet atteint de néphrite et qui, à travers toutes les difficultés et les incertitudes, permet de ne jamais s'égarer.

A partir de 1913 et jusque dans les dernières années de sa vie, c'est à l'étude des phénomènes humoraux provoqués par l'anaphylaxie, à leur recherche au cours des états morbides les plus divers chez l'homme, à la description des troubles morbides si variés qu'ils engendrent et à leur traitement que Widal va consacrer son activité. A propos de l'homoglobinurie paroxystique, puis à propos d'un cas d'asthme anaphylactique provoqué chez un homme par l'odeur des moutons, dont l'observation est un

modèle d'étude biologique, à propos de l'urticaire, Widal montre avec ses collaborateurs Abrami, Brissaud, Joltrain, Pasteur-Vallery-Radot, René Bénard, Jacques Lermoyez, que, chez les sujets exposés aux accidents anaphylactiques, asthmatiques, urticariens, migraineux, la crise vasculo-sanguine décrite par Charles Richet, Biedl et Kraus, Arthus, au cours du choc anaphylactique et qui consiste en : chute de la tension artérielle, leucopénie, hypercoagulabilité sanguine, caractères auxquels il ajouta la chute de l'index réfractométrique du sérum, précédent l'apparition des symptômes, et qu'il existe même des formes frustes d'attaque anaphylactique, sans expression clinique, décelables uniquement par la crise vasculo-hématique. C'est ce qu'il établit notamment avec Abrami par l'épreuve de l'hémoclasie digestive, révélatrice en même temps de l'insuffisance protéinopexique du foie.

Elargissant la question, Widal montra que le choc anaphylactique des sujets sensibilisés aux protéines ne représente qu'une forme particulière d'un processus beaucoup plus général, pouvant être réalisé chez des individus neufs par l'introduction brutale dans l'organisme d'albumines hétérogènes, par une action mécanique grossière telle que l'injection de solutions cristalloïdes trop rapidement poussées dans les veines, ou même par une simple action physique, telle que le froid. Dans toutes ces circonstances on peut mettre en lumière la crise vasculo-sanguine, tout d'abord considérée comme propre à l'anaphylaxie et qu'il proposa de désigner sous le nom de *crise hémoclasique*. Par ce terme, il entendait que les phénomènes de choc doivent être dus à un bouleversement s'opérant dans l'état des colloïdes, bouleversement dont il présumait l'existence sans en vouloir définir la nature, car c'eût été abandonner le solide terrain des faits pour celui plus mouvant de l'hypothèse. En tout cas le choc hémoclasique ne produit pas de lésions organiques et ne se traduit que par des troubles vaso-moteurs et sécrétoires dus sans doute au retentissement du bouleversement colloïdal sur le système nerveux végétatif et sur les appareils glandulaires. Il mit en lumière la possibilité d'une autosensibilisation de l'organisme et d'une sensibilisation par les substances non protéiniques. Il montra, dans l'hémoglobinurie paroxystique, la crise hémoclasique dissociant a frigore le complexe hémolytique que renferme le plasma sanguin.

S'inspirant des recherches de Besredka sur la skeptophylaxie, et de Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot sur la vaccination spécifique contre l'urticaire par l'ingestion de petites doses de protéines, il perfectionna le traitement préventif des maladies d'origine anaphylactique par la méthode de désensibilisation.

Enfin, il montra que tous les sujets ne possèdent pas une égale aptitude à se sensibiliser et à réaliser des phénomènes de choc; que certains individus présentent une instabilité toute particulière de l'équilibre colloïdal de leurs humeurs qui, dans certains cas, semble être en rapport avec une perturbation dans le fonctionnement des glandes endocrines si étroitement en relation elles-mêmes avec l'appareil neuro-végétatif; qu'il existe à ce point de vue une prédisposition souvent héréditaire et familiale, réalisant ce qu'il a désigné sous le nom de *tempérament* ou de *diathèse colloïdoclasique*.

Ses études sur la pathologie des humeurs l'amenaient donc au terme de sa carrière scientifique, armé de constatations positives, à tendre la main aux cliniciens du passé dont la sagacité avait édifié, sur l'observation patiente des malades, la doctrine des prédispositions morbides, de l'idiosyncrasie et des diathèses.

Tels sont, parmi les travaux de Widal, ceux qui portent avec le plus d'évidence l'empreinte de son génie et dont l'enchaînement forme un tout harmonieux, un bloc inébranlable qui suffira à immortaliser son nom. Mais il suffit de parcourir les publications scientifiques pour constater qu'il a enrichi la bactériologie et la médecine de bien des faits encore, dont l'importance est également considérable. Nous rappellerons seulement ici ses autres recherches sur la fièvre typhoïde et sur la coagglutination dans les infections paratyphoïdes avec Nobécourt, celles sur les colibacilloses, sur les mycoses avec Dieulafoy et Chantemesse, sur le sérodiagnostic mycosique avec Abrami, sur les œdèmes par le bicarbonate de soude, sur l'hémoglobinurie paroxystique avec Rostaine, sur les ictères hémolytiques acquis avec Abrami et Brulé, sur la pathogénie des ictères infectieux et notamment sur l'ictère grave spirochétosique dont il a, avec Abrami, en 1908, décrit si exactement les particularités cliniques et anatomo-pathologiques que la découverte, huit ans plus tard du spirochætes ictérohémorragiæ n'a pu que confirmer le signalement qu'il en avait donné.

Rappelons enfin les nombreuses observations qu'il a publiées et dont chacune représente un document d'une valeur inestimable et ses articles didactiques qui, par la richesse de leur documentation, la largeur des idées qu'il y développe et la forme qu'il leur a donnée constituent des modèles du genre. Et ses collaborateurs seuls peuvent dire le nombre de recherches qu'il a entreprises et qui n'ont jamais vu le jour parce qu'il en jugeait le résultat insuffisamment démonstratif.

Il fut en effet un grand laborieux. Sans rien avoir des allures que l'on se plaît en général à prêter à un savant, présentant au contraire l'extérieur correct et élégant d'un homme du monde, sa prodigieuse souplesse d'esprit lui permettait de faire face aux obligations les plus diverses, sans se jamais laisser distraire du travail entrepris. Il lisait beaucoup, avons-nous dit. Nul ne savait plus scrupuleusement que lui rendre justice à ses contemporains et discerner avec plus d'impartialité ce qu'il y avait d'intéressant et d'original dans leur travaux. Il se gardait des jugements passionnés. Bien qu'ayant horreur pour lui-même des publications hâtives et répétées, il les tolérait chez les autres avec une inlassable indulgence, surtout quand elles semblaient porter atteinte à son œuvre, et il ne permettait pas qu'on les blâmat autour de lui sans réflexions. « Si ce qu'a dit celui-ci est vrai, disait-il, nous sommes suffisamment armés pour le constater

nous-mêmes et cela deviendra pour nous le point de départ de nouvelles recherches. Si cela est faux, il n'y a qu'a ne pas s'en soucier; le temps en fera justice ».

Lorsqu'un sujet nouveau d'expérience l'intéressait, toute autre préoccupation disparaissait de son esprit. Son intelligence tout entière se tendait vers le fait en cause; il le retournait dans sa tête, l'envisageait sous toutes ses faces, cherchait à en deviner les origines, les conséquences, les moyens de l'aborder d'une façon nouvelle. Il le méditait sans cesse, il le ruminait, suivant sa propre expression; et où qu'il fût, au laboratoire, à l'hôpital, en voiture, en société, au théâtre il y pensait sans relâche. A l'air distrait et absent qu'il eut souvent aux diverses époques de sa vie, ses interlocuteurs pouvaient deviner qu'il était en gestation de quelque découverte nouvelle.

Dès ses premières recherches sur les néphrites, il avait pris l'habitude de faire dresser pour chaque malade de grands tableaux où s'inscrivaient chaque jour le poids des sujets, la quantité des urines, le résultat des échanges, le régime alimentaire. Le nombre d'heures qu'il passait à la lecture de ces feuilles est incalculable, les reprenant sans cesse, les discutant, les comparant les unes aux autres. Puis il allait au lit du patient, l'interrogeant minutieusement, l'examinait, s'enquérait des moindres incidents de la journée, veillait lui-même à ce que rien ne fût négligé dans les soins, le régime, les prélèvements, questionnait ses assistants, ses internes, la surveillante, les infirmières. Il se défiait des erreurs et des supercheries et abandonnait l'étude du cas s'il était effleuré par le moindre soupçon à ce sujet.

Quand l'expérience prenait corps et quand le résultat paraissait acquis, sa fièvre redoublait. Il exigeait la répétition des épreuves, la vérification vingt fois répétée des procédés mis en œuvre, un contrôle renouvelé des techniques. C'est seulement après des mois et parfois des années d'observation patiente et d'autocritique impitoyable qu'il se décidait à publier.

C'est à cette haute conscience et à ce respect scrupuleux de la vérité que son œuvre doit d'être inattaquable.

Suivant la règle qu'il s'est toujours proposée et qu'il a si nettement définie dans l'exposé général de ses travaux, son but a toujours été d'apporter des moyens permettant soit de mieux connaître les maladies, soit de mieux les combattre. Rien n'illustre mieux ce principe que sa contribution à l'application de la vaccination antityphoïdique et antiparatyphoïdique.

On se souvient des polémiques irritantes qui se déroulèrent peu avant la guerre, en France, à propos de la priorité de la découverte du vaccin antityphoïdique. Il s'était tenu en dehors de ce débat qu'il jugeait stérile, sachant bien que cette vaccination était née de ses expériences avec Chantemesse, de 1888 à 1892, sur l'immunisation des animaux au moyen de cultures de bacilles d'Eberth tuées par le chauffage à 120 et à 100 degrés, modification de la méthode pastorienne d'immunisation préventive considérée par les bactériologistes comme un fait absolument nouveau et d'une portée considérable, et que les premières applications chez l'homme en avaient été faites sur une large échelle, en 1896, par Wright, puis par Pfeiffer et Kolle. Mais ses expériences anciennes ayant été, au cours de la discussion, âprement et injustement critiquées, il les avait reprises depuis quelques mois avec ses élèves lorsque les hostilités éclatèrent. Les siens, partis aux armées, resté seul dans son laboratoire de Cochin, il poursuivit ses recherches. La vaccination antityphoïdique, rendue obligatoire dans l'armée française, en 1914, par la loi Léon Labbé, grâce aux efforts tenaces du médecin inspecteur général Vincent, jugula en peu de temps l'énorme épidémie de fièvre typhoïde qui avait éclaté dans nos troupes peu après le début des opérations militaires, Mais les fièvres paratyphoïdes avaient pris une extension considérable, sans qu'on entreprît rien pour les prévenir.

C'est alors qu'intervient Widal : dans une communication à l'Académie de médecine, le 10 août 1915, il dénonça le péril que faisait courir à nos soldats les fièvres paratyphoïdes, rappela que l'on avait déjà utilisé avec succès la vaccination préventive contre ces infections dans nos troupes de l'Afrique du Nord et en divers pays étrangers, et apporta un vaccin mixte, constitué par des bacilles typhiques et paratyphiques A et B chauffés, qu'il avait préparé avec Salimbeni et dont il avait étudié l'application.

Sa voix fut entendue; grâce à l'emploi de la vaccination triple, l'épidémie de fièvre paratyphoïde régressa comme avait régressé l'épidémie initiale de fièvre typhoïde.

***

Widal a possédé le rare privilège d'unir les qualités d'un homme de science, d'un chercheur, à celle d'un enseigneur d'un talent exceptionnel. Les leçons de bactériologie que, tout jeune encore, et bien avant son entrée dans le corps des médecins des hôpitaux et à la Faculté, il avait instituées avec Chantemesse, dans le laboratoire de son maître Cornil, attiraient des auditeurs de tous les âges, éblouis par l'éclat et la clarté de sa parole. Dès sa nomination à l'agrégation, il reprit la tradition de Trousseau, continuée par son maître Dieulafoy, d'un enseignement à l'amphithéâtre, où il sut égaler sinon surpasser ses devanciers et ses modèles : ses conférences sur les maladies du poumon, en 1895 étaient passionément écoutées par l'élite des étudiants, de ceux qui préparent l'externat et l'internat et qui étaient en général assez dédaigneux des cours de la Faculté, mais qui savaient trouver dans les leçons du jeune agrégé sur les grandes questions de pathologie quelque chose de singulièrement plus lumineux et plus incisif que ce qu'il lisaient dans les livres.

Au cours de ses années d'agrégation, son succès alla grandissant, mais il atteignit son apogée, après sa nomination à la chaire de pathologie interne. Jamais peut-être avant cette époque, le grand amphithéâtre de la Faculté n'avait connu une telle affluence

et une affluence plus régulière. Malgré que les gradins fussent surchargés d'auditeurs et les escaliers eux-mêmes encombrés de retardataires qui cherchaient à percevoir quelques bribes de la leçon, le silence était profond et l'attention ne fléchissait pas un instant. Widal parlait sans notes, les yeux sur son public, prêt à modifier, suivant les mouvements qu'il y surprenait le développement qu'il poursuivait et à introduire au bon moment l'anecdote qui repose les esprits trop tendus. Mais aussi quel effort de préparation il fournissait avant ses leçons, que de lectures, que de mémoires originaux repris et consultés, que de peines, de démarches, de conversations pour recueillir les planches, les photographies, les projections qui devaient appuyer sa parole.

Jamais pareille conscience ne présida à l'accomplissement d'un enseignement didactique de plus haute envolée, jamais la renommée que Widal en retira n'a été mieux mérité.

L'éloquence de Widal, la forme captivante et jamais monotone dont il habillait sa pensée, la science avec laquelle il savait faire jaillir et présenter sous des aspects différents l'idée ou le fait qu'il voulait graver dans la mémoire de ses auditeurs, jusqu'aux inflexions mêmes et au timbre clair de sa voix dont il martelait leurs esprits, tout cela lui assurait, dans l'amphithéâtre universitaire, une maîtrise qu'il était loin de dédaigner. Mais ce qu'il préféra toujours et ce qui constitua l'aspect le plus vivant et le plus original de sa carrière professorale, ce fut son enseignement clinique à l'hôpital.

Dès qu'il eut été nommé, en 1902, médecin de cet hôpital Cochin où il resta jusqu'à sa mort, il inaugura ces visites du matin dans les salles, où, au lit même du malade, il improvisait ex abrupto, sans aucune préparation, ces leçons qui attirèrent, dans son service un auditoire de plus en plus nombreux. L'expérience aidant, il perfectionna sa méthode. Bientôt on sut partout qu'en venant n'importe quel matin, entre 10 h. 1/2 et 11 h. à Cochin, on était sûr d'entendre exposer l'histoire d'un cas instructif, discuter un diagnostic difficile, d'être mis au courant sur ce qu'il y avait de plus neuf en médecine. Et pendant vingt-cinq ans, chaque jour de la semaine sans exception, même pendant les vacances, suivant un rite immuable, le maître lui-même ou à son défaut, un de ses anciens internes, procédant à son imitation, assura la nourriture intellectuelle des générations de médecins et d'étudiants français et étrangers qui se succédèrent et se renouvelèrent sans cesse.

C'est au lendemain de la guerre, alors que le service de Cochin agrandi par les soins de Widal, pourvu de laboratoires parfaitement outillés et d'un amphithéâtre, était devenu une Clinique de la Faculté, que le système d'enseignement qu'il avait créé atteignit son plein épanouissement. Dès le début de la matinée un de ses assistants faisait aux stagiaires de première année, qu'il avait tenu à initier à la médecine, une courte leçon de séméiologie élémentaire; puis les chefs de clinique les rassemblaient par groupe et les dressaient à la technique de l'examen des malades. Vers 11 heures le maître arrivait. Un rapide colloque s'engageait entre lui et ses assistants à propos des entrants qu'on lui proposait de voir. Il choisissait entre eux, puis se dirigeait vers la salle désignée. A sa suite une foule se précipitait, chacun cherchant à se rapprocher autant que possible de lui pour ne pas perdre une seule de ses paroles. Assis auprès du lit du malade il écoutait l'observation détaillée lue par un externe, résumée par l'interne, commentée ensuite par le chef de clinique. Il interrogeait quelque stagiaire, s'enquérant de ce que le jeune homme avait compris et constaté lui-même. C'est alors qu'il examinait le patient, soulignant les symptômes caractéristiques, les particularités qui faisaient l'originalité du cas, les méthodes d'exploration qui avaient permis d'arriver au diagnostic ou de le serrer de plus près. Puis, élargissant le sujet, il montrait la portée qu'avait le cas particulier au point de vue de la pratique et au point de vue de la compréhension de la pathologie générale. « Il faut que chaque matin ceux qui viennent ici emportent l'impression qu'ils ont acquis quelque chose », disait-il. Lui-même y réussissait si bien que du monde entier on accourait pour s'instruire à son école et que jamais enseignement clinique n'a mérité et acquis une réputation plus universelle et plus légitime.

Vers midi, la visite prenait fin. Il échangeait quelques paroles avec les personnalités étrangères venues pour le visiter. Il s'entretenait avec chacun de ses collaborateurs sur l'état des recherches en cours. On voyait apparaître entre les mains de Laudat, son chef de laboratoire de chimie, les grandes feuilles d'échanges et aussi les cahiers d'expériences. La foule des stagiaires et des auditeurs bénévoles écoulée, il retournait voir quelque malade objet à ce moment d'une étude méthodiquement suivie.

Son travail ne s'arrêtait pas là. Malgré les soucis d'une clientèle considérable, car sa réputation de consultant s'étendait dans le monde entier, malgré les charges que lui imposaient sa haute situation universitaire, il n'était guère d'après-midi ou de soirée où un de ses élèves ne fût convoqué chez lui pour être questionné sur les résultats obtenus dans la journée, ou recevoir ses conseils sur la rédaction de quelque mémoire. Et il lui fallait souvent un courage surhumain pour supporter un labeur aussi écrasant car sa santé n'était pas toujours bonne, et ceux-là seuls qui l'ont entouré peuvent dire quelles souffrances il a éprouvées dans sa vie sans se départir de sa sérénité.

Il aimait passionnément la vie hospitalière. Il souffrait de voir que tant d'anciens internes, épris comme lui de l'amour de la recherche clinique, accomplissent chaque jour dans nos hôpitaux parisiens, sans rémunération, sans titres officiels et souvent sans espoir d'en obtenir jamais, une tâche admirable et profitable au bon renom de la médecine française. Il aurait désiré qu'une réforme des coutumes universitaires, permettant de récompenser tant de désintéressement, élargît les cadres de l'agrégation et associât officiellement ces jeunes gens à l'enseignement donné par la Faculté.

Cette idée qui lui fut chère, il est mort sans en

avoir vu la réalisation. Mais il en a jeté la semence qui certainement lèvera dans l'avenir.

***

Widal, sans les avoir jamais sollicités, se vit décerner tous les honneurs, aux applaudissements de tous, parce que tous sentaient qu'ils lui étaient dus. Elu membre de l'Académie de médecine en 1908 et de l'Académie des sciences en 1918, il était grand'-officier de la Légion d'honneur. Les gouvernements étrangers l'avaient comblé de distinctions. Evénement plus sensible encore à son âme d'homme de science, le Congrès allemand de médecine l'avait en 1911 convié à exposer devant lui la question du rôle des chlorures dans la pathogénie des œdèmes; et, en 1927, à l'occasion du centième anniversaire de la découverte des néphrites, le Collège royal des médecins de Londres lui décernait une grande médaille d'or signifiant qu'on le considérait de l'autre côté de la Manche comme le continuateur et l'égal de Richard Bright, le nom le plus glorieux de la médecine britannique.

Son école, qui l'entourait d'affection et de respect et lui était entièrement dévouée, comptait de nombreux médecins des hôpitaux et agrégés et plusieurs professeurs. Ses collègues, ses amis s'inclinaient devant son évidente supériorité. Les meilleurs de la promotion d'internat, lui apportant l'hommage des jeunes, sollicitaient chaque année la faveur de devenir ses internes, puis ses chefs de clinique.

L'influence de Widal était énorme, fondée autant sur son prestige scientifique que sur sa réputation de parfaite loyauté. Nul n'a poussé aussi loin que lui le culte de la parole donnée. Quand il avait engagé la sienne on pouvait être assuré que rien ne le ferait revenir sur sa promesse. Dans sa carrière universitaire et hospitalière, il eut des luttes à soutenir. Profondément réaliste, il acceptait sans s'indigner la coutume qui veut qu'un maître doive être un appui pour ses élèves, à condition qu'ils en soient dignes. Mais il a toujours joué franc jeu et personne ne peut dire qu'il ait été jamais trompé par lui. Dans de telles circonstances il ne prenait rien à la légère. En face des situations obscures et compliquées, là où les consciences impeccables se troublent et hésitent, ce qu'il a pu lui coûter de méditations douloureuses, quelles crises morales il a traversées, ceux qui ont été les confidents de ses pensées peuvent en porter témoignage. Mais toujours la rectitude de son jugement lui indiquait la voie la meilleure. « Je cherche à faire de mon mieux », disait-il modestement. Et l'on pouvait être sûr que la décision à laquelle il s'était arrêtée était marquée au coin du bon sens, de la prudence et la plus conforme à l'équité.

Il avait connu de bonne heure l'ivresse de posséder une réputation mondiale. Son existence avait été semée de triomphes. Mais au milieu de cette gloire qui aurait pu égarer un esprit moins sage que le sien, il était resté le plus simple et le plus naturel des hommes. Il était accessible au plus humble, et nul ne peut dire qu'il ait jamais refusé de l'écouter avec bienveillance. Profondément pitoyable, il savait trouver pour les malades, pour tous ceux qui venaient lui confier leurs peines et leurs déboires, les paroles qui consolent et qui réconfortent.

Ses anciens élèves le retrouvaient, dans sa belle clinique de Cochin, parvenu au sommet d'une carrière magnifique, tel qu'ils l'avaient connu au temps où jeune médecin des hôpitaux, il venait passer des après-midi avec eux, à l'hôpital, parmi les malades ou au laboratoire, dans une atmosphère de camaraderie, d'enthousiasme, de confiance affectueuse qui lui gagnait le cœur de ses internes.

Les relations qu'il avait avec ceux-ci ne s'arrêtaient pas aux portes de son service. Très sensible à l'amitié, ami sûr et fidèle entre tous, il les recevait dans son foyer, où une compagne tendrement aimée et, plus tard, un fils qu'il chérissait les accueillaient fraternellement, avec une bonne grâce charmante. Et ces relations se poursuivaient dans la suite, se resserrant chaque jour davantage. Une grande famille dont il était le chef, s'était constituée peu à peu, où l'on ressentait les mêmes joies, les mêmes espoirs, les mêmes douleurs, où l'on trouvait aux heures difficiles un conseil, un appui ou une consolation.

Dans son appartement du boulevard Haussmann où il vivait au milieu des belles œuvres d'art et des beaux tableaux qu'il aimait, ou bien l'été, dans sa maison de Saint-Cloud ou de Garches, on rencontrait l'élite intellectuelle de Paris, artistes, écrivains, savants, hommes politiques, chefs militaires, les esprits les plus distingués des professions libérales, tous unis dans le même sentiment d'admiration et souvent de reconnaissance à son égard; car il possédait dans tous les milieux des amis qui lui étaient profondément attachés. Il excellait à faire briller ses hôtes, à leur faire raconter leurs souvenirs, et exposer leurs idées. Les questions qu'il savait leur poser, l'attention soutenue qu'il prêtait à leurs paroles les flattait et les mettait en confiance. Quelles belles soirées nous avons ainsi passées chez lui en ces occasions.

Mais plus intéressantes encore étaient les réunions intimes auxquelles il conviait quelques-uns de ses élèves, ou les longues causeries dans son cabinet, en dehors des heures du travail; car alors c'est lui qui parlait et livrait toute son âme. Il aimait passionément l'histoire. De longues réflexions, des lectures étendues, un sens critique très aiguisé lui permettaient de saisir les raisons profondes des grands événements du temps passé, d'en comprendre l'enchaînement, d'en poursuivre les conséquences jusqu'à notre époque. Libre de tout parti pris, de toute passion, de tout préjugé politique, il jugeait les hommes et les choses avec une lucidité et une ampleur qui étaient une joie et un enseignement sans pareil pour les auditeurs. Napoléon Ier qu'il considérait comme la plus grande figure des temps modernes, l'intéressait entre tous. Aux heures pénibles de maladie ou de tristesse, il suffisait qu'on l'attirât sur ce sujet pour qu'il oubliât ses soucis, ses inquiétudes et ses souffrances et se prît à commenter avec entrain l'histoire splendide du grand empereur.

*
* *

Hélas, une vie si pleine de travail, nécessitant une tension si perpétuelle de l'esprit, une sollicitude toujours si inquiète pour ses élèves et ses amis, devait l'user prématurément. Depuis quelques années son état physique empirait. Pourtant son intelligence demeurait lumineuse.

Il restait affable, accueillant, toujours prêt à se dépenser pour rendre service à ceux qu'il aimait et à se dévouer pour eux. Malgré sa fatigue il continuait son enseignement. Comme ses nuits étaient sans sommeil, il les passait à travailler.

En 1927, il dut subir une grave intervention chirurgicale; mais grâce à l'habileté de Marion, un de ses amis lui aussi, il parut recouvrer la santé et se remit à l'ouvrage.

Le mardi 8 janvier, il travailla encore avec un de ses élèves à corriger les dernières épreuves d'un ouvrage commencé depuis longtemps. Avec une lucidité parfaite, il fit la critique de ce qu'il y avait à reprendre et indiqua les modifications à apporter à certains points de la rédaction. Quelques heures plus tard, pendant la nuit, il était frappé d'une hémorragie cérébrale. D'emblée, on put juger que l'accident était mortel et le bonheur voulut qu'il n'eut pas conscience ni du mal dont il était atteint, ni de l'imminence de sa fin. Pendant six longues journées, ceux qui l'avaient connu et aimé, le cœur étreint par l'angoisse, virent la vie l'abandonner peu à peu. Il s'éteignit sans souffrance, au début de la nuit, le lundi 14 janvier 1929, dans les bras des deux êtres qu'il avait le plus chéris au monde, parmi les sanglots de ses élèves serrés autour de lui pour recueillir son dernier souffle, comme ils l'étaient chaque année pour entendre sa première leçon clinique.

Ses obsèques qu'il avait désirées simples et dénuées de toute pompe officielles, devinrent par l'élan spontané de ses admirateurs, une glorieuse manifestation de respect et de sympathie. Derrière son cercueil, on vit non seulement ses parents, ses amis, ses élèves, des représentants des pouvoirs publics, de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut, mais une foule d'étudiants, des stagiaires d'hier, subjugués eux aussi dès le début de leurs études par le rayonnement qui émanait de sa personne. Et quand il fallut l'abandonner dans sa dernière demeure tous pleuraient, depuis le plus âgé jusqu'au plus jeune, depuis ses collègues jusqu'aux plus humbles de ses serviteurs, à la pensée qu'ils ne le verraient et ne l'entendraient plus jamais.

*
* *

Telles furent la vie et la mort de Fernand Widal. Peu d'hommes ont pu exercer sur leurs contemporains une influence aussi profonde, édifier au cours de leur existence une œuvre d'une telle envergure, imprimer dans une direction nouvelle un tel élan à l'évolution des idées médicales.

Pour la postérité, Widal restera le créateur de la sérologie clinique et des méthodes de diagnostic indirect des infections, l'inventeur des séro-diagnostics, du cyto-diagnostic, celui qui a le premier su réaliser expérimentalement, chez les brightiques, l'œdème tel que la nature l'engendre spontanément, montrer le rôle du chlorure de sodium dans sa pathogénie et qui a découvert l'efficacité du régime déchloruré; celui qui a tiré du chaos de l'urémie le syndrome de rétention azotée et appris à le diagnostiquer par le dosage de l'urée sanguine; celui qui, faisant subir à la classification des symptômes du mal de Bright une complète refonte, a préparé l'avènement de nouveaux cadres nosologiques; le rénovateur, enfin, de la pathologie humorale fondée sur l'observation clinique et les données des méthodes d'exploration et de mesure d'une exactitude rigoureuse. Un tel héritage suffira à perpétuer sa mémoire et à lui assurer, aux yeux des générations futures, une place privilégiée parmi les plus grands maîtres de la médecine et parmi les gloires scientifiques de la France.

Ceux qui l'ont connu, qu'il a éblouis par ses qualités et ses dons exceptionnels et qui garderont son souvenir jusqu'à la tombe, pleurent en lui l'ami fidèle et dévoué, l'âme noble et généreuse, uniquement soucieuse de la vérité, l'homme honnête et loyal épris de son travail et de son devoir, dont l'exemple doit être proposé à la vénération de tous.

REVUE GÉNÉRALE

LES LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DU POUCE EN AVANT

Par Raoul GARLING PALMER
Interne des hôpitaux de Paris.

Les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce en avant sont beaucoup moins fréquentes que les luxations en arrière, sans être cependant exceptionnelles.

Historique. — Le premier cas certain serait dû à Verduc (1689), mais c'est à Auguste Nélaton que nous devons la première observation clinique vraiment complète (1848).

Les quelques détails précis que nous possédons sur l'anatomie pathologique et la pathogénie sont dus aux autopsies de Meschédé (1866), de Foucaut (1876) et de Looten (1909); aux expériences cadavériques de Lorinser (1857), de Meschédé (1866), de Foucaut (1876), de Labarrière (1899) et de Palmer (1928); aux constatations opératoires de Meschédé (1866), d'Alglave (1906) et de Vanverts (1906 et 1927).

Des mises au point de la question ont été faites en France en 1876 par Farabeuf et Foucaut, en 1900 par Lambret et Labarrière.

Mécanisme. — La rareté des luxations du pouce en avant tient en grande partie à l'obliquité très marquée des ligaments métacarpo-phalangiens, qui vont d'un tubercule métacarpien, lequel est dorsal, à un tubercule phalangien, lequel est palmaire : il s'ensuit, en effet, que la luxation complète en avant, à l'inverse de la luxation en arrière, nécessite la rupture des deux ligaments métacarpo-phalangiens, qui sont solides, surtout l'interne (Farabeuf). Les muscles thénar et le tendon long fléchisseur contribuent encore à renforcer la résistance à la luxation en avant (Lambret et Labarrière).

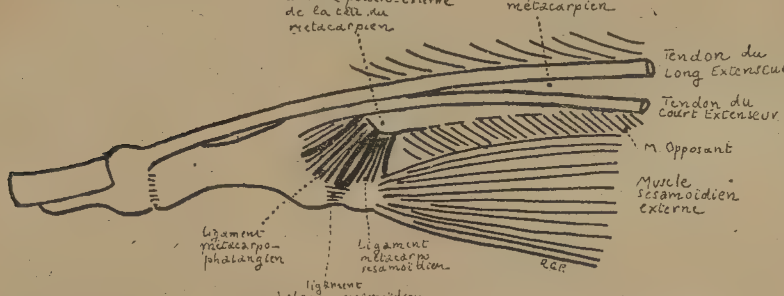


Fig. 1. — *Face externe d'une articulation métacarpo-phalangienne non luxée.*

traumatisme causal agit schématiquement soit sur la face palmaire, soit sur la face dorsale de la première phalange du pouce.

1° **Traumatisme palmaire.** — Le traumatisme palmaire est parfois en cause.

Cependant, l'hyperextension simple ou associée à l'inclinaison latérale interne, qui se produit généralement dans des chutes sur la paume de la main ouverte, et qui rompt avant tout la partie antérieure de la capsule et les ligaments externes, produit en règle une luxation en arrière, on a vu cependant la luxation en avant se produire par ce mécanisme (Lombard).

Il faut qu'à l'hyperextension s'ajoute l'inclinaison latérale externe, l'abduction, ce qui est rarement le cas, pour que les ligaments internes se rompent et que la luxation en avant puisse se produire : Looten cite un cas chez un gymnaste qui se tenait debout sur les mains.

2° **Traumatisme dorsal.** — Le traumatisme dorsal est le plus souvent en cause : chutes sur le dos du pouce fléchi, coup donné ou reçu sur le dos du pouce fléchi, etc.

En règle, pour produire une luxation en avant, il faut que le pouce soit en flexion quand le traumatisme agit sur lui, et il faut que celui-ci consiste en une véritable propulsion de la phalange, simple, ou plutôt avec inclinaison latérale qui aide à la rupture des ligaments métacarpo-phalangiens.

Dans l'ensemble, la luxation en avant ne se produit que rarement, et pour des traumatismes importants en général.

Classification. — Les luxations peuvent être complètes ou incomplètes suivant que la phalange a quitté ou non le plan phalangien de la tête métacarpienne, donc pratiquement suivant qu'il y a ou non chevauchement des deux os.

Les luxations incomplètes sont d'ailleurs assez mal connues, quoique d'existence certaine (Foucher, Malgaigne, Eve, Péraire, Vanverts).

Quant aux luxations complètes, il est classique en France, depuis Farabeuf, de les diviser en trois classes : luxation directe en avant, luxation en avant et en dedans, luxation en avant et en dehors. Farabeuf donnait pour base à cette classification la situation des tendons extenseurs par rapport à la tête du métacarpien, et disait : luxation directe en avant, tendons restés en place; luxation en avant et en dedans, tendons versés en dedans de la tête; luxation en avant et en dehors, tendons versés en dehors. Il ajoutait que c'était la situation des tendons qui conditionnait les déplacements de la phalange luxée, sa déviation et surtout sa rotation, dont le sens pouvait permettre de déterminer le sens dans lequel les tendons avaient versé. Nous avons montré récemment que la rotation pouvait exister sans luxation des tendons extenseurs, et qu'il convenait de prendre comme base de la classification l'existence ou l'absence de rotation de la phalange luxée et le sens de cette rotation : dans les luxations directement en avant, d'existence d'ailleurs discutable, il n'y aurait pas de rotation; dans les luxations en avant et en dedans, assez rares encore, le sens de la rotation est tel que l'ongle du pouce regarde en dedans; dans les luxations en avant et en dehors, les plus fréquentes, l'ongle du pouce regarde en

dehors. Nous avons montré aussi qu'il fallait considérer aux luxations en avant et en dehors ainsi définies deux degrés qui diffèrent à la fois par le degré et le caractère des déplacements, l'état des ligaments, la situation des tendons, la pathogénie de la rotation et les manœuvres de réduction.

Anatomie-pathologique. — Caractères communs aux luxations complètes. — Toutes les luxations complètes en avant comportent la rupture des deux ligaments métacarpo-phalangiens. En revanche, l'appareil sésamoïdien est toujours intact, et suit la phalange dans ses déplacements. Quant aux ligaments métacarpo-sésamoïdiens, nous verrons que leur état varie suivant les cas.

Luxation en avant et en dehors du deuxième degré. — C'est la forme la plus fréquente, la forme classique.

Le déplacement présente les caractères suivants : le chevauchement longitudinal est assez marqué, pouvant atteindre 2-3 centimètres; les phalanges, qui sont dans le prolongement l'une de l'autre, sont un peu inclinés en avant, mais d'autant moins que le chevauchement est plus considérable; elles ont subi une rotation de degré variable, qui amène l'ongle du pouce à regarder en dehors; enfin, elles peuvent avoir subi des déplacements dans le sens transversal, la base de la première phalange étant généralement un peu déplacée en dedans, alors que le bout du doigt s'éloigne franchement en dehors.

Les lésions des parties molles consistent (Farabeuf, Looten, etc.) dans la rupture de tous les ligaments tant métacarpo-sésamoïdiens que métacarpo-phalangiens; dans le déplacement en dehors des tendons extenseurs, qui ont en général franchi le tubercule postéro-externe à la tête du métacarpien, et qui sont donc luxés : ils pourront gêner la réduction en accrochant ce tubercule (Lorinser).

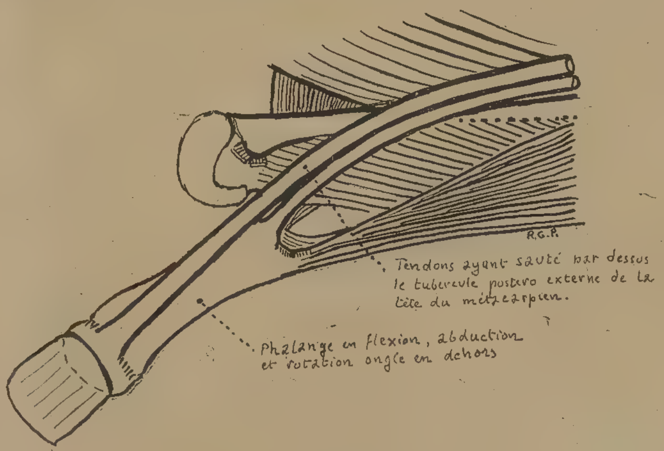


FIG. 2. — *Vue externe d'une luxation en avant et en dehors du deuxième degré.*

La rotation de la phalange tient à la forme en dos d'âne de sa face dorsale, qui aura évidemment tendance à se placer par une face plate contre le plan sésamoïdien de l'extrémité métacarpienne (Meschédé) et à la situation des tendons extenseurs en dehors de la tête métacarpienne qui fixe le sens de la rotation (Farabeuf) ainsi qne celui de la déviation latérale.

Luxation en avant et en dehors du premier degré. — Cette forme est plus rare que la précédente, mais mérite d'être individualisée (Palmer).

Le déplacement présente les caractères suivants : le chevauchement longitudinal est très modéré, de quelques millimètres seulement; les phalanges sont inclinées sur l'axe du métacarpien, mais n'ont subi aucun déplacement dans le sens transversal; en revanche, la rotation est assez marquée (50 à 60 degrés au moins) et l'ongle du pouce regarde franchement en dehors.

Les lésions des parties molles consistent (obs. Marot in thèse de Foucaut) dans la rupture des ligaments externes et du ligament métacarpo-phalangien interne, alors que le ligament métacarpo-sésamoïdien interne est conservé; dans un déplacement modéré des tendons extenseurs en dehors, ceux-ci ne franchissant jamais le tubercule postéro-externe de l'extrémité du métacarpien.

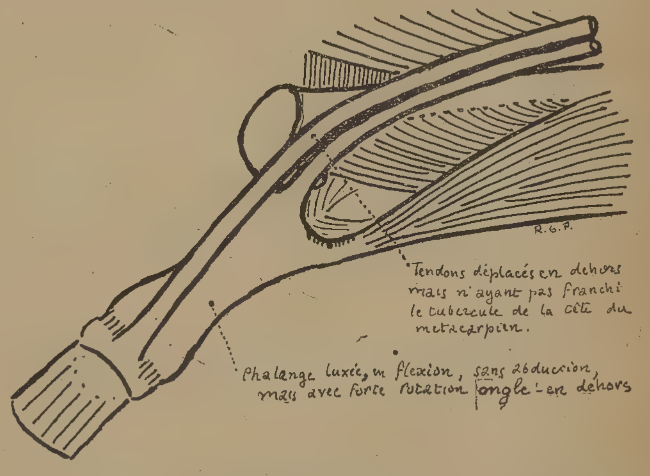


FIG. 3. — *Vue externe d'une luxation en avant et en dehors du premier degré.*

Ici la situation des tendons extenseurs n'a qu'un rôle très accessoire dans la rotation du pouce; la conservation des fibres métacarpo-sésamoïdiens internes est le facteur capital : tant qu'il en reste, le pouce *ne peut pas ne pas se placer* en rotation ongle en dehors.

Luxation en avant et en dedans (Meschédé). — Elle est rare.

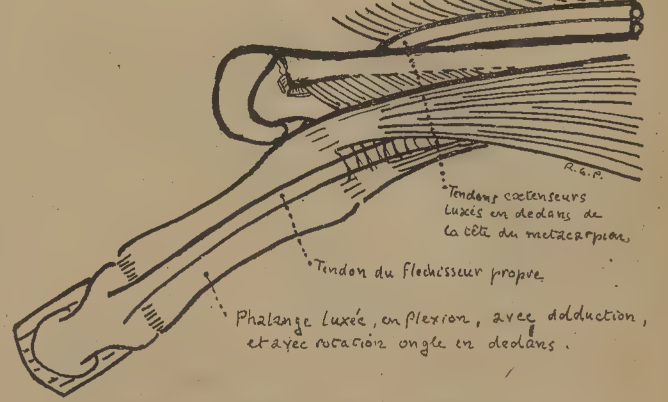


FIG. 4. — *Vue externe d'une luxation en avant et en dedans.*

Elle diffère de la luxation en avant et en dehors du deuxième degré par le sens de la rotation du

pouce qui amène l'ongle à regarder en dedans, et par le sens de la déviation latérale du pouce qui se fait généralement en dedans (elle se faisait cependant en dehors dans un des cas de Meschédé).

Tous les ligaments sont rompus et les tendons ont versé en dedans, entraînant l'attitude et pouvant gêner la réduction.

Luxation directement en avant. — Il n'existe pas d'observation anatomo-clinique certaine de cette variété.

Elle n'a été observée qu'expérimentalement, les expansions latérales des tendons extenseurs empêchant sur le cadavre le déplacement de ceux-ci en dedans ou en dehors.

Luxation incomplète. — Elle n'est pas connue dans ses lésions immédiates, mais nous verrons plus loin ce qu'on a constaté dans les cas persistants.

Etude clinique. — Nous ne décrirons que les types dont il existe des observations cliniques détaillées.

Les signes fonctionnels, plus ou moins intenses, sont l'impotence et la douleur.

Quant aux signes physiques, ils diffèrent évidemment suivant qu'on voit le blessé aussitôt après l'accident, ou bien quelque temps après, alors qu'il existe un gonflement plus ou moins marqué, rendant nécessaire une palpation attentive et même une radiographie.

Luxation en avant et en dehors du deuxième degré. — Nous avons déjà dit que c'était la plus fréquente.

Au début, le diagnostic est évident dès la seule inspection : le métacarpien fait à la face dorsale du pouce une saillie en marche d'escalier; la phalange crée une voussure un peu moins nette à la partie moyenne de l'éminence thénar; l'ensemble a pour conséquence un épaississement considérable de la région dans le sens antéro-postérieur; le raccourcissement est le plus souvent évident; les phalanges paraissent à peine inclinées en avant, mais ont subi une rotation qui fait regarder en dehors l'ongle du pouce; souvent l'extrémité du doigt est nettement déportée en dehors, à distance de l'index.

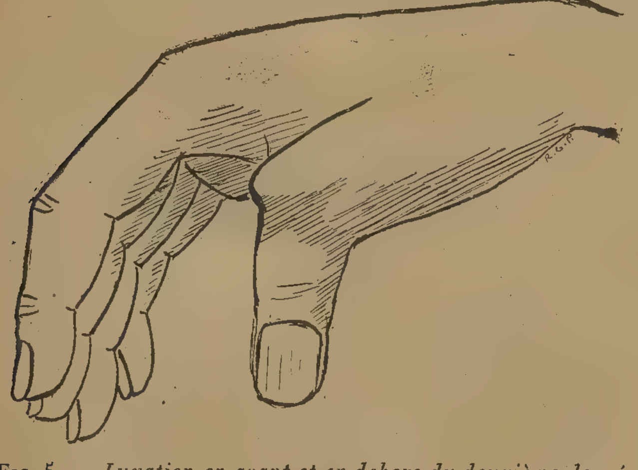


Fig. 5. — *Luxation en avant et en dehors du deuxième degré.*

Plus tard, la palpation devient nécessaire pour reconnaître les extrémités osseuses, au besoin en imprimant des mouvements au pouce; on pourra rechercher le sésamoïde externe sur le prolongement du bord externe de la phalange, les points douloureux au niveau des désinsertions ligamentaires, mais il faudra systématiquement chercher le tendon long extenseur que l'on pourra parfois sentir à la face externe de la tête du métacarpien (Folet).

Les mouvements spontanés sont généralement nuls les premiers jours; en revanche, on trouve des mouvements anormaux de latéralité, et on peut augmenter ou diminuer la rotation du pouce.

Luxation en avant et en dehors du premier degré. — Elle est, comme nous l'avons dit, plus rare.

Le raccourcissement est généralement beaucoup moins net; en revanche, la rotation est plus marquée, approchant l'angle droit; enfin, il n'y a pas de déviation latérale de la phalange.

La palpation, si elle peut montrer des points douloureux, surtout du côté externe, ne permet généralement pas de sentir les tendons qui n'ont pas quitté la face dorsale de la tête métacarpienne.

Des mouvements spontanés peu amples de flexion sont parfois possibles. La recherche des mouvements communiqués montre la possibilité d'un certain degré de flexion et de mouvements anormaux de latéralité; une impossibilité de diminuer la rotation d'autant plus absolue que les ligaments internes sont moins abîmés.

Luxation en avant et en dedans. — Elle diffère de la luxation en avant et en dehors du deuxième degré par le sens de la rotation, qui se fait ongle en dedans; par le sens de la déviation latérale, qui se fait généralement en dedans; par le sens, enfin, où ont glissé les tendons extenseurs (face interne du métacarpien).

Subluxations. — Leur symptomatologie est assez floue : ce sont, moins marqués, les signes des luxations complètes; en tous cas, il n'y a jamais de raccourcissement.

Evolution. — Si la luxation a été réduite, ce qui est généralement assez facile à obtenir, et si la réduction s'est maintenue, on peut compter sur une restitution à peu près complète des mouvements de la jointure; parfois cependant on pourra voir persister quelques raideurs, et on pourra observer une augmentation apparente de volume de la tête métacarpienne.

Si la luxation n'a pas été réduite, ou si la réduction ne s'est pas maintenue, il se constituera progressivement une luxation ancienne : une néarthrose s'est constituée avec une surface articulaire à la face dorso-latérale de la phalange, une autre à la face palmaire du métacarpien, une néo-capsule et souvent une courte haie interosseuse répondant à l'espace intersésamoïdien; les signes sont ceux du début, mais un certain degré de mobilité est réapparu, et la flexion a presque repris sa force primitive; sur des sujets qui n'ont pas besoin d'une grande adresse manuelle, il y a difformité, mais peu d'infirmité; souvent, enfin, dans les luxations anciennes, la rotation et la déviation latérale s'atténuent progressivement.

Quelques complications sont possibles. — L'ouverture primitive, à vrai dire exceptionnelle; l'association de fractures parcellaires des extrémités osseuses; un phlegmon de l'éminence thénar, favorisé par l'attrition musculaire et le vide créé par le refoulement des muscles; l'irréductibilité primitive. Mais la grande complication c'est l'impossibilité de maintenir réduit, et la forme où celle-ci se voit peut-être le plus c'est la subluxation; dans les cas où l'on est intervenu tardivement, on a généralement constaté une réinsertion trop antérieure sur l'extrémité métacarpienne de la partie dorsale de la capsule.

Diagnostic. — Le diagnostic est toujours évident au début, grâce à la saillie du métacarpien à la face dorsale du pouce et à l'épaississement antéro-postérieur de la région.

Quant au **diagnostic de la variété**, en laissant de côté la subluxation, nous avons vu qu'il était basé essentiellement sur la recherche de la situation de l'ongle du pouce. Il faudra toujours préciser aussi le degré du chevauchement, l'existence ou l'absence de déviation latérale, la situation des tendons extenseurs, la possibilité ou l'impossibilité de diminuer la rotation.

La radiographie fournira toujours un complément utile : sur le cliché main de face (où le pouce est de profil) on étudiera surtout le caractère complet ou incomplet de la luxation, le degré du chevauchement longitudinal, le degré de la flexion du pouce; sur le cliché main de profil on étudiera les déplacements transversaux; la rotation, l'état des extrémités osseuses et de l'appareil sésamoïdien devront être étudiés sur les deux clichés.



Fig. 6. — *Schémas radiographiques d'une luxation en avant et en dehors du premier degré.*

Traitement. — En présence d'une luxation récente, dès le diagnostic posé avec précision, il faut réduire.

La réduction est généralement facilement obtenue par simple traction manuelle : on peut ici tirer sans crainte d'interposer les sésamoïdes et d'aggraver les lésions. Si cela ne suffit pas, on a recommandé d'associer à la traction, soit la flexion du pouce (Thierry), soit l'hyperextension (Foucaut), soit la pression sur les deux extrémités osseuses, soit encore la torsion. Enfin, si les tendons extenseurs luxés accrochent le tubercule postéro-latéral de la tête métacarpienne, il faut transporter la phalange de leur côté pendant les manœuvres de réduction (Lorinser, Meschédé, Farabeuf).

La contention est le plus souvent très facile à réaliser à l'aide d'une petite attelle dorsale et d'une bande enroulée autour du pouce et du poignet. Si la luxation a l'air d'avoir tendance à se reproduire, Farabeuf conseille d'employer une bande de gutta percha embrassant la racine du pouce à la manière d'une croupière et dont les chefs sont croisés sur le dos du métacarpien, puis fixés par un bracelet.

Si la luxation date déjà de quelque temps, on peut encore tenter la réduction en se servant de la pince à pouce de Farabeuf. Si la réduction échoue, on ne peut guère proposer au blessé, si celui-ci est très gêné par sa luxation, que la résection de la tête du métacarpien (Alglave) dont les résultats sont meilleurs que ceux de la reposition sanglante (Vanverts).

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. *Soc. anat.*, 9 nov. 1906.

Eve. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1880, t. XXXI, p. 216.

Farabeuf. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 746 (rapport de M. Périer).

Foucaut. *Th. de Paris*, 1876.

Foucher. *Gaz. des hôpit.*, 1856, p. 162.

Gosselin. *Gaz. des hôpit.*, 1850.

Hamilton. *Fractures and dislocations*, 1860.

Haycock. *Lancet*, 1891, t. II, p. 230.

Labarrière. *Th. de Lille*, 1899, n° 125.

Lambret et Labarrière. *Arch. prov. de chir.*, 1900, p. 145.

Lombard. *Revue méd.-chir.*, 1856, t. XI, p. 311.

Looten. *Echo méd. du Nord*, 1909, t. XIII, p. 223.

Lorinser. *Gaz. des hôpit.*, 26 sept. 1857.

Malgaigne. *Traité des luxations*, 1866.

Meschéde. *Virch. Arch.*, 1866, t. XXXVII, p. 510.

Nélaton (A.). *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1848, t. II, p. 423.

Palmer (R. Garling). *Soc. anat.*, 1er mars 1928; — *Presse méd.*, 14 juillet 1928.

Péraire. *Soc. anat.*, 1906, p. 34.

Putnam. *Med. Record*, 1884, p. 711.

Simson. *Lancet*, 1888, p. 273.

Thierry et Tessereau. *Gaz. des hôpit.*, 1844, p. 379.

Vanverts. *Soc. anat.*, 23 fév. 1906; — *Réunion méd.-chir. des hôpit. de Lille*, 17 janv. 1927.

Wood. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1853, t. IV, p. 250

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 14 janvier 1929)

Le reflux vésico-urétéral. — M. Edouard Papin.

Action des rayons ultraviolets sur le virus rabique et ses antigènes rabique et venimeux. — Mme Phisalix et M. F. Pasteur.

Recherches histochimiques sur l'anthracose pulmonaire. — MM. A. Policard, S. Doubrow et D. Pillet. Par des examens histochimiques simples on peut révéler dans des cas

d'anthracose pulmonaire ordinaire, en dehors de toute maladie professionnelle (pneumokoniose), la présence de particules exogènes fixées dans le tissu pulmonaire, dans les mêmes points où se constatent des dépôts charbonneux. C'est là, dans l'ordre histopathologique, une nouvelle preuve des liaisons étroites constatées dans l'ordre clinique entre l'anthracose et la silicose.

Rôle du ganglion étoilé gauche dans le déterminisme de la crise d'angine de poitrine. — MM. R. Leriche et R. Fontaine. (A été publié in extenso dans le n° 7, 1929, p. 117.)

(Séance du 21 janvier 1929)

Décès de M. Widal. — En annonçant à l'Académie le décès de M. Widal, membre titulaire, M. le Président rappelle les principales étapes de sa vie scientifique.

Le pH du sang artériel et du sang veineux. — M. Auguste Lumière, en collaboration avec Mme Grange et M. Malaval, montre, en se servant de la méthode électrométrique, que le pH est toujours voisin de 7,85 dans le sang artériel et de 7,50 dans le sang veineux, d'où une différence moyenne de 0,35. Les résultats différents obtenus par certains auteurs ont été troublés sans doute par l'emploi de la méthode colorimétrique et par le défaut de précautions pour conserver l'acide carbonique dans le sang veineux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 22 janvier 1929)

M. le Président annonce la mort de M. Billard, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, membre correspondant, depuis 1928, dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles). Il rappelle ses travaux sur l'asthme, les venins et les eaux minérales.

Eloge de M. Fernand Widal. — Au milieu d'un véritable recueillement, M. Fernand Bezançon prononce l'éloge de M. Widal. Avec une émotion qu'il ne peut dissimuler, il rappelle le souvenir de celui qui fut son maître et l'ami de sa jeunesse.

Il y a peu de jours, à la Société médicale des hôpitaux, M. Bezançon avait rendu hommage au chef d'école. Aujourd'hui il fait un saisissant portrait de l'homme de science, grand entre tous, et dans un lumineux tryptique il retrace l'œuvre de Widal, tour à tour bactériologiste, expérimentateur et enfin clinicien toujours préoccupé de faire œuvre pratique et de faire bénéficier les malades de ses recherches.

« Le nom qu'il laisse à son fils, dit en terminant M. Bezançon, résistera à l'épreuve du temps et restera comme celui d'un des plus grands savants de notre époque. »

La rage du coq. — MM. Remlinger et J. Bailly (de Tanger). Le coq est susceptible, après une période d'incubation qui peut être très courte ou très prolongée, de contracter la rage. Celle-ci peut se manifester sous les deux formes principales classiques, la forme furieuse et la forme paralytique. Il existe, en outre, de nombreux cas frustes. Au cours de la rage furieuse le coq peut attaquer ses congénères, des animaux d'autres espèces ou même l'homme, et par ses coups de bec transmettre la maladie. On agira donc sagement en faisant suivre le traitement antirabique aux personnes mordues. Notons que la survie du coq est fréquente et n'est pas une preuve qu'il n'a pas été atteint de la rage.

Pancréas et activité cérébrale. — MM. Santenoise, Vare, Verdier et Vidacovitch. Les expériences des auteurs confirment que le pancréas exerce une action régulatrice sur la chronaxie des centres psycho-moteurs par l'intermédiaire du pneumogastrique et de l'appareil thyroïdien.

Esérine et appareil thyroïdien. — MM. Regnier, Santenoise, Vare et Verdier exposent des expériences étayant la conception de l'existence d'une innervation pneumogastrique de l'appareil thyroïdien.

La fièvre typhoïde au Havre en 1928. — MM. Loir et Leganguеux relatent une épidémie de fièvre typhoïde observée au Havre l'été dernier. Cette épidémie semble due à la consommation des moules crues dont la nocivité paraît bien démontrée. Sur 56 cas on a noté 21 décès. Cette forte mortalité constatée montre la virulence de la flore bactérienne développée dans ces moules. Des expériences de laboratoire pourront montrer dans quelles conditions cultive le bacille dans les moules.

De l'action de la substance thyroïde sur les organes féminins. — M. Harno Hayashi, doyen de la Faculté de médecine de Tokio, expose ses recherches expérimentales sur la question. Il traite de l'intoxication causée par la substance thyroïdienne, c'est-à-dire de l'altération morbide des organes féminins due à l'hyperthyroïdisme expérimental, tout particulièrement de l'altération produite sur l'ovaire et la glande mammaire. Une petite quantité de substance thyroïde provoque au début une augmentation du poids de l'ovaire, mais son usage prolongé provoque ensuite son atrophie.

M. Hayashi pense que l'interruption de la grossesse et l'avortement précoce doivent avoir une relation avec la dégénération du corps jaune à la suite d'administration de thyroïde.

S'appuyant sur les travaux de MM. Mizuno et Asada, il conclut que le corps jaune n'a aucune action sur le cycle sexuel et qu'il en a plutôt sur le développement du fœtus. Cependant les travaux de M. Pierre Gley, dont M. Hayashi, a pris connaissance pendant son séjour en France seraient peut-être de nature à modifier son opinion.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 12 décembre 1928)

La « semi-sclérose ovarienne tuberculeuse ». Nouveau syndrome endocrinien, son traitement. — M. Marcel Laemmer présente sous le nom de « semi-sclérose ovarienne tuberculeuse » un syndrome bien déterminé.

Les signes de celui-ci sont les suivants :

a. Dysménorrhée ou aménorrhée.

b. Engraissement toxique (rappelant l'hypothyroïdie, mais où le corps thyroïde ne joue aucun rôle, ou seulement un rôle d'arrière-plan).

c. Traces de tuberculoses externes ou de tuberculose pulmonaire à type scléreux (anciennes cicatrices d'abcès froids, sclérose des sommets) ou tuberculides (kystes synoviaux aux poignets, aux articulations tibio-tarsiennes, etc.). Ces tuberculoses externes ou scléreuses internes s'accompagnent toujours de tuberculides de la peau des jambes (plaques violacées avec ou sans lacis blanchâtres, livedo) ; le type de la tuberculide que l'on retrouve est celui de « l'engelure chronique » avec ou sans intégrité de la peau.

d. Décalcification, déphosphatisation (analyse d'urine).

e. Tension artérielle maxima, plutôt abaissée ; tension minima, au contraire, légèrement élevée (rôle probable de la stase veineuse au niveau des membres).

f. Le toucher vaginal signale des ovaires généralement petits et durs.

Traitement : Le traitement thyroïdien ne donne rien.

Le seul traitement ovarien ou du corps jaune est sans effet.

En conséquence prescrire :

1° Injections de folliculine, tous les deux jours.

2° La diathermie des ovaires contre la sclérose.



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

l'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

R. C., 133.144, Seine.

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
à
o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Traitement spécifique de l'Hypofonctionnement ovarien

HORMOVARINE BYLA

FOLLICULINE PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE

Dysménorrhée - Aménorrhée
Ménopause - Castration chirurgicale - Stérilité

En boîtes de 6 ampoules de 1 c. c. titrées à 10 unités de folliculine

Littérature aux **ETABLISSEMENTS BYLA**, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS — R. C. Seine 71.895

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISES* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.* Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

INFECTIONS
AIGUES
FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

125, r. de Turenne
— PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

La diathermie est absolument nécessaire pour que la folliculine agisse.

Ajouter : récalcifiant, phosphates, hygiène générale et diététique contre le bacille de Koch.

Seul ce traitement a donné des résultats nets, et, semble-t-il, durables.

Solutés volatils de sels de cuivre à acides gras. — M. R. HUERRE signale qu'en précipitant du sulforicinate de soude par une solution aqueuse de sulfate de cuivre, on obtient un complexe, complètement soluble dans l'éther officinal, l'éther acétique et le tétrachlorure de carbone.

On peut ainsi avoir des solutions à solvant volatil, dont la teneur en cuivre métallique varie de 0g50 à 2g p. 100.

Prospectus pharmaceutiques et noms d'auteurs. — M. G. LEVEN signale qu'il arrive que des médicaments spécialisés sont présentés sous une forme (dilution forte) différente de la forme (dilution faible), préconisée par un auteur qui a étudié l'action thérapeutique du produit qui constitue la spécialité.

Il arrive aussi qu'une spécialité destinée à la cure d'une maladie repose sur une conception pathogénique déterminée, totalement différente de celle qu'un auteur a proposée pour cette maladie.

Or, le nom cité dans les prospectus joints à ces spécialités met l'auteur dans une situation dont les conséquences peuvent être graves à des points de vue divers.

M. G. Leven cherche le moyen d'éviter des faits semblables.

Diagnostic radiologique gêné par la présence du lipiodol (deux observations). — M. KOUCHNIR démontre par deux observations que le lipiodol en injections intramusculaires, se résorbant avec une extrême lenteur, peut être une gêne très marquée pour le radiodiagnostic.

La première observation montre l'impossibilité d'obtenir, cinq ans après l'injection, une image de l'articulation coxofémorale.

La deuxième observation signale la gêne d'une lecture d'épreuve radiologique des poumons.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1928)

Hydarthrose et paraffinothérapie. — M. Marcel JOLY présente un malade chez qui les applications de paraffine chaude ont amené la guérison rapide d'une hydarthrose post-traumatique rebelle du genou.

Cancer du poumon. — M. PETIT DE LA VILLÉON.

Résection expérimentale du poumon chez le lapin après pneumothorax. — M. Georges ROSENTHAL.

Hémospermie toxique. — M. PEUGNIEZ relate l'observation d'un sujet travaillant dans une usine de cyanamide et chez qui il put mettre en évidence, comme cause unique de l'hémospermie, l'intoxication par ce produit et par l'alcool.

Sur les migraines hépato-hypophysaires. — M. LÉOPOLD-LÉVI envisage, à propos de la communication de M. Sédillot, la séméiologie de l'hypopituitarisme et les arguments qui plaident en faveur de la migraine hypophysaire, mais n'accepte pas que le substratum anatomique de toutes les migraines sans exception soit une poussée congestive de l'hypophyse. Il rappelle l'importance de la migraine thyroï-

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVII°

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme
VANADARSINE
GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.
DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.
VANADARSINE
GUILLAUMIN
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
VANADARSINE
injectable
EN AMPOULES
Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.
AUGMENTE L'APPÉTIT
Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

dienne, l'hypothyroïdie réactionnelle aux diverses insuffisances et montre que l'ensemble des médications fait intervenir l'appareil endocrino-sympathique.

Les faux morbus coxae senilis et les vrais. — M. ROEDERER pense que les arthrites évoluant sur des hanches congénitalement malformées ou ayant subi des affections de l'enfance ou de l'adolescence sont moins productrices de déformations chroniques que les arthrites survenant sur des hanches restées jusqu'alors saines et normales. Ces dernières sont plus fertiles en productions ostéophytiques et en destructions et aboutissent plus volontiers à l'ankylose.

Calculs de la prostate. — M. Ch. DAVID rapporte un cas de calculs multiples de la région prostatique chez un malade ne présentant qu'une rétention incomplète d'urine et des signes de cystite légère. La présence des calculs, ayant échappé au cathétérisme et au toucher rectal, ne fut révélée que par la radiographie et la cystoscopie.

Ces calculs de l'urètre prostatique ne peuvent être traités par la lithotritie. L'auteur, dans ce cas, les enleva par cystostomie.

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1928)

M. A. MARIE présente un malade et une pièce anatomique correspondant à la craniectomie que pratiquait Lannelongue, il y a quarante ans, dans certains cas d'arriération mentale. La tranche osseuse prélevée est intégralement reconstituée, l'encéphale ne s'est pas mieux développé, malgré la libération de son enveloppe osseuse; ce n'est donc pas à l'insuffisant espace osseux que l'arrêt d'essor cérébral doit être rattaché.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes en thérapeutique. — M. LAQUERRIÈRE. Cette nouvelle manière d'appliquer le courant continu réalise au maximum les actions trophiques du courant continu; par contre, grâce aux changements de sens, elles mettent à l'abri des actions chimiques, électrolytiques qui, comme l'a montré il y a déjà longtemps le professeur Weiss, peuvent causer des dégénérescences histologiques graves. Elles sont donc particulièrement indiquées dans les cas de troubles trophiques accentués avec circulation défectueuse.

Lésions tuberculeuses de l'urètre, de la vessie et des uretères. Traitement physiothérapique. — M. Ch. SCHMITT rapporte l'observation d'un malade ayant subi l'ablation d'un rein tuberculeux, présentant de sérieuses lésions pulmonaires, de l'orchite, un rétrécissement de l'urètre urétrotomisé sans succès. Il l'a traité par l'électrolyse circulaire, la haute fréquence et les rayons ultraviolets. L'état général et celui des voies urinaires qui étaient tous deux très mauvais se sont depuis six mois considérablement améliorés, et les graves accidents imminents en mai dernier ne sont plus à redouter.

A propos de la migraine. — M. SÉDILLOT expose en détails les arguments thérapeutiques et cliniques (observations personnelles) et anatomiques qui viennent à l'appui de sa doctrine personnelle; le substratum anatomique de toutes les crises de migraine, sans exception, est une poussée congestive brusque et temporaire d'un ou des deux lobes du lobe postérieur de l'hypophyse.

Traitement des accidents de la ménopause physiologique ou chirurgicale par le sérum activé de génisse. — M. Ch. LEVASSORT. Le sérum de taureau, activé suivant la méthode

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12 Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la

CONSTIPATION et des INTOXICATIONS **GASTRO-INTESTINALES**

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, **ANDRÉ PARIS**, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

R. C., 43.947

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
GARANTIE SÉCURITÉ
COMPRIMÉS D'HYDRATE DE MAGNÉSIE
ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr 25 de Carbonate de Chaux
GROS : 9 & 11, RUE DE LA PERLE, PARIS 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Gastralgies
Hyperchlorhydrie
Fermentations acides

Médicaments saturants
de l'hyperacidité
gastrique

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
GARANTIE SÉCURITÉ
COMPRIMÉS DE CARBONATE DE CHAUX
ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr 25 de Carbonate de Chaux
GROS : 9 & 11, RUE DE LA PERLE, PARIS 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Pneumogéïne

Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

de H. Busquet, produit des effets d'invigoration et d'euphorie chez la femme comme chez l'homme; toutefois, chez la femme, certains troubles consécutifs à la ménopause ou à la castration chirurgicale (bouffées de chaleur, sueurs, vertiges) ne sont pas améliorés par le sérum activé de jeunes mâles. Il faut employer contre ces manifestations de l'insuffisance ovarienne le sérum activé d'une femelle; celui des génisses produit à cet égard d'excellents résultats à la dose de 15 centimètres cubes le matin à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1928)

A propos d'une forme typhoïde de rhumatisme articulaire. — M. BERTRAND. Il s'agit d'une malade ayant présenté une fièvre ayant duré quatre mois avec douleurs musculaires de la cuisse gauche et dans la région deltoïdienne des deux côtés. Jamais de douleurs articulaires ni d'atteinte cardiaque. Pas d'altération de l'état général. Transpirations nocturnes. Guérison complète par le salicylate de soude.

Nouvelles injections intracardiaques droites. — MM. CHERECHEWSKI et WILLENCOURT. Le novarsenobenzol est bien toléré par le cœur. Dans un cas de gangrène pulmonaire avec bacilles fusiformes les injections intracardiaques de novar font disparaître la fétidité de l'haleine et les bacilles fusiformes.

Un cas rare de syphilis pulmonaire à forme bronchopneumonique guérie par le traitement. — M. TESSEYRE.

Traitement buccal de la syphilis héréditaire par les composés arsenicaux pentavalents. — M. TESSEYRE.

LIVRES NOUVEAUX

La réserve alcaline (1), par L. AMBARD, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et SCHMID, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Dans le présent ouvrage, MM. Ambard et Schmid se sont proposé de réunir dans une brève synthèse un certain nombre de travaux concernant la réserve alcaline. En raison de l'étendue et de la complexité de cette question, ils ont dû nécessairement se limiter à l'étude des problèmes essentiels.

Leur ouvrage est divisé en deux parties, l'une psychologique et l'autre pathologique. Dans la première, ils exposent d'abord le processus de la genèse de la réserve alcaline *in vitro* puis ils montrent l'intervention de la respiration et de la sécrétion rénale dans la régulation de la réserve alcaline.

Dans la partie pathologique, ils étudient les variations de la réserve alcaline dans le diabète, les néphrites, l'anesthésie, la grossesse, etc... et montrent la relation des processus de la genèse de la réserve alcaline avec l'élimination des sels et de l'eau.

Un pareil exposé d'ensemble n'était pas possible sans recourir à certaines hypothèses, sans quoi l'ouvrage n'eût été qu'une juxtaposition de faits. Les auteurs ont dû faire la part

(1) Un vol. in-8 de 168 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 18 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE | ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressés
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Bould Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R C 133, Aubenas.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano, PARIS

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

VALERIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Le Traitement des teignes par l'acétate de thallium, par le docteur Jesus-Gonzales URUENA, professeur de Clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Mexico. Un volume de 144 pages avec 9 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

de cette nécessité. Mais pour permettre au lecteur de discuter lui-même l'interprétation des faits, ils n'ont pas manqué, chaque fois que la chose était possible, de relater intégralement les observations sur lesquelles ils s'appuyaient.

Un tel ouvrage sera certainement utile aux médecins et aux biologistes qui désirent interpréter une réserve alcaline et situer ses variations parmi les grands processus normaux et pathologiques.

L. G.

Tuberculose et gestation (1), par MM. René MIGNOT, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, Henri VIGNES, accoucheur des hôpitaux de Paris, et Henri CHAPRON, docteur vétérinaire.

S'il est une question qui mette, chaque jour le praticien en face d'un problème difficile à résoudre et, parfois, le plonge dans un véritable état d'angoisse, c'est celle de l'importance de la gestation sur la tuberculose ou de la tuberculose sur la gestation.

Faut-il interdire la maternité aux tuberculeuses? La gestation s'étant produite, faut-il l'interrompre?

L'accouchement étant fait, quel est le pronostic et quelle sera la conduite du médecin en ce qui concerne la mère et en ce qui concerne l'enfant?

Bien des opinions ont été émises, mais le problème est toujours pendant. La Société de pathologie comparée a cru opportun de l'inscrire à son ordre du jour et de provoquer des travaux établissant le bilan de ce que l'on sait à cet égard, tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire. Son président M. le professeur E. Sergent a fait établir un lumineux travail par son distingué chef de clinique M. le docteur René Mignot.

M. le docteur H. Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris, dont la simple énumération des travaux remplirait un volume, a, de son côté, fait un exposé du sujet.

Enfin, le docteur-vétérinaire Chapron a rédigé la partie concernant la médecine vétérinaire.

Ici, le problème ne se pose pas avec la même acuité, car la mission du vétérinaire est, non pas de prolonger l'existence des tuberculeux, mais, au contraire, de faire un diagnostic rapide et de hâter la disparition des malades.

Néanmoins d'intéressantes observations ont été faites et leur appoint n'est pas sans concourir à l'éclaircissement du problème.

En somme les praticiens trouveront dans cette brochure une mise au point des connaissances actuellement acquises et des indications qui les aideront à donner une réponse aux questions graves toujours, inquiétantes souvent, angoissantes quelquefois qui se posent à leur esprit!

L. G.

(1) Un volume in-8 de la Collection des travaux de pathologie comparée. (Editions de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*). — Prix : 10 fr. — Paris, 8, rue des Accacias (XVIIe).

Pathologie du foie (fascicule 16 du *Nouveau Traité de médecine*), publié sous la direction de MM. G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-J. TEISSIER. Grand in-8 de 1.048 pages avec 163 figures et 40 planches hors texte, dont 11 en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la Tuberculose dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS

Iriradol

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE A ÉVOLUTION LENTE ET LÉSION LIMITÉE

ASSOCIATION D'IODE ORGANIQUE DE MENTHOL, DE CAMPHRE ET D'ÉLÉMENTS RADIO-ACTIFS.

LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd DE STRASBOURG PARIS

DOSE UNE AMPOULE DE 1cc. OU 4 A 6 CAPSULES PAR JOUR PENDANT UN MOIS. FAIRE PLUSIEURS SÉRIES APRÈS DES PÉRIODES DE REPOS

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.

15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

CURES DE LACTO-SÉRUM

« GALAZÈNE »

Grande Cure : **3 FLACONS** dans la matinée pendant DIX JOURS.

Cure de Régime : **1 FLACON** à jeun pendant UN MOIS.

Le Lacto-Sérum « GALAZÈNE »

STIMULE LES PARENCHYMES

ACCROIT LES ÉLIMINATIONS

ASSAINIT L'ORGANISME

Pour la DIÈTE et les RÉGIMES

Lait-Allégé « DIETICUS »

UN FLACON pour une JOURNÉE DE DIÈTE.

« BRÉVANYL » Purgatif Lacté

5 CACHETS pour une GRANDE PURGATION

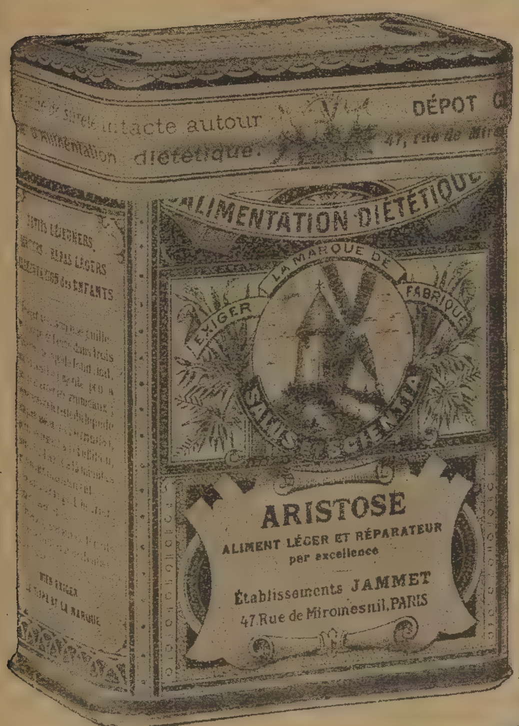
1 CACHET à jeun comme LAXATIF

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.

15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS



FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE a base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, *Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...*
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES *spécialement préparées pour* **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 134.569

SÉCURITÉ et ÉCONOMIE
caractérisent les Pansements
STÉRIDROPHIL WUHRLIN

stérilisés après la mise en paquets, pour détruire les germes pathogènes recueillis pendant la fabrication et l'empaquetage.

COTON HYDROPHILE EN PAQUETS
" Stéridrophil " grand paquet environ 250 gr.
» moyen » » 145 gr.
» petit » » 80 gr.

COTON HYDROPHILE ACCORDÉON EN BOITES
"Stéridrophil Accordéon" gr. boite environ 340 gr.
» » moy. » » 180 gr.
» » pet. » » 100 gr.
" Gaze Stéridrophil " boite 1 M.
"Compresse Stéridrophil", gr. 40×50, moy. 30×50
» » et pet. 15×15 en b. de 10

En vente dans les Pharmacies
Éch. et Littérature envoyés gracieusement, écrire :
STÉRIDROPHIL WUHRLIN
HONDOUVILLE (Eure)



N° 9. — MERCREDI 30 JANVIER 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 30 JANVIER 1929. — N° 9.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Ainsi que nous l'avons annoncé, le Conseil supérieur de l'Instruction publique se réunit aujourd'hui en session ordinaire.

Parmi les questions à l'ordre du jour figurent la réforme de l'agrégation de médecine et un projet de réforme des études dentaires.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine marchande. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Crespin, médecin sanitaire maritime au Havre.

Ministère du Travail et de l'Hygiène. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bichat (de Lunéville), Antonin Clerc (de Paris), Mouisset et Vigne (de Lyon), Wallart (de Saint-Louis, Haut-Rhin).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Mounier (de Paris).

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Comte (Oran), Duméry (Limoges), Epaulard (Maroc), Peltier (Fontainebleau), Jude (Levant).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Policard (Albert) [Lyon], Lemoine (Paris), Jacquinot (Amélie-les-Bains), Cot (Paris), Mathieu (Metz), Marvy (5e d'inf.).

(Troupes coloniales. Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Augé, Fulconis et Chapeyroux.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Esserteau, Fleury et Arathoon.

Au grade de médecin commandant. — MM. de Baudre, Ambiel et Delfini.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Buquet, Bonnetblanc et Gruvel.

UN MONUMENT A ÉMILE ROUX EN URUGUAY. — On annonce qu'un monument dû à une souscription publique va être élevé dans le parc Rodo, à Montevideo, en l'honneur d'Emile Roux.

CONGRÈS. — Un Congrès de balnéologie vient de se réunir à Berlin à l'occasion du 50e anniversaire de la Société balnéologique. Un grand nombre de médecins de villes d'eaux allemands et étrangers y assistaient. La France était représentée par le docteur Macé de Lépinay (de Néris).

CONGRÈS DES PLANTES MÉDICINALES. — Le IIIe Congrès international des plantes médicinales se tiendra à Padoue dans la deuxième quinzaine de juin.

Pour la France, s'adresser au professeur Perrot, Office des matières premières végétales, 22, avenue du Maine, à Paris.

Ve FOIRE INTERNATIONALE DES PLANTES MÉDICINALES. — Les 25 et 26 août 1929 se tiendra à Milly (Seine-et-Oise), dans les vieilles halles historiques, qui datent de 1479, la Ve foire internationale des plantes médicinales organisée par l'*Office des plantes médicinales de Milly.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin général inspecteur Delorme, ancien professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa 81e année. Ses obsèques ont eu lieu mardi au Val-de-Grâce et l'inhumation a eu lieu à Lunéville. Nous prions son gendre, le professeur Henri Billet (de Lille), de bien vouloir agréer l'expression de nos condoléances les plus vives; — de MM. les docteurs Albert Bétrix (de Genève); le professeur Jules

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boul^d de Port-Royal, PARIS

Badal, créateur de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Bordeaux, décédé à l'âge de 89 ans; M. le professeur Jean-A. Sicard (de Paris). Nous prions son fils M. André Sicard, interne des hôpitaux, et son gendre, le docteur Jean Hutinel, de recevoir l'expression de nos condoléances très émues.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Durant le mois de février, les leçons du vendredi continueront à avoir lieu, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique. Elles seront faites par le professeur F. Bezançon, qui traitera des sujets suivants :

1er février : Dilatation des bronches et accès bronchectasiques.

8 février : Un cas de maladie de Basedow.

15 février : Hémoptysies et troubles vaso-moteurs.

22 février : Un cas de gangrène pulmonaire.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'abdomen, du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 25 février 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

S. COSTA

(DE MARSEILLE)

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille vient d'être durement frappée par la mort prématurée du professeur S. Costa décédé subitement à l'âge de cinquante-sept ans le 30 décembre dernier.

Avant d'entrer dans l'Université, Costa avait fait une carrière militaire au cours de laquelle il s'était senti attiré vers le laboratoire par un goût très vif. Travailleur acharné, il se spécialisa de bonne heure dans les questions de bactériologie, ce qui lui valut en 1908 d'être déclaré admissible au Concours d'agrégation du Val-de-Grâce pour l'épidémiologie et la microbie et d'être nommé la même année médecin-chef du laboratoire de la XVe Région, poste qu'il occupa jusqu'à la guerre et reprit après les hostilités. En 1921 il était chargé du cours de bactériologie à l'École de Marseille et fut titularisé comme professeur le 21 février 1922. Pendant plus de six ans il occupa avec talent et autorité la chaire de bactériologie de notre Ecole.

Les travaux publiés par le professeur Costa sont nombreux et nous ne pouvons qu'indiquer ici les points les plus saillants de son œuvre.

Il fut un des premiers à appliquer l'émétine au traitement de l'amibiase à la suite de la communication du professeur Chauffard et à montrer la valeur de ce procédé. Il vit que le bacille fusiforme et le paratyphique B sont capables de causer des pyohémies et des pleurésies purulentes.

Pendant la guerre il démontra par les expériences probantes l'association du pneumocoque et du B. perfringens dans les plaies, association qui aboutit à une exaltation de la virulence des deux germes. Il étudia une épidémie d'ictère infectieux qui lui permit d'établir la notion de la contagion de l'ictère des troupes en campagne et mit en lumière le rôle de certains bacilles de la famille de Corynebacterium necrophorum dans la pathogénie de l'ictère expérimental.

Avec Troisier il publia un des premiers cas de Sodoku observés en France et décela dans le sang un spirochète qui peut être regardé comme l'agent pathogène de cette maladie. Il entreprit avec le même auteur un ensemble important de recherches sur la spirochétose ictéro-hémorragique. Il observa la virulence du liquide céphalo-rachidien et put établir la formule cytologique et chimique de la réaction méningée de cette maladie, individualisant deux types cliniques : la forme méningée pure et la forme anictérique.

Costa a consacré aussi une série de travaux aux infections rhumatismales, en particulier au rhumatisme gonococcique contre lequel il prépara un vaccin. Enfin au point de vue technique, avec beaucoup d'ingéniosité il imagina des procédés dont plusieurs sont excellents : par exemple un moyen pour déterminer la quantité de chlore nécessaire pour stériliser l'eau en campagne, un procédé de séro-diagnostic du méningocoque par agglutination sur lame. Il découvrit aussi un milieu spécial permettant la distinction facile entre le bacille diphtérique et les faux diphtériques et un procédé de préparation des vaccins bactériens basé sur l'emploi de la formaldéhyde.

On voit par ce bref aperçu que les travaux du professeur Costa sont nombreux et variés. Ils lui valurent d'être à deux reprises lauréat de l'Académie de médecine.

Ancien président de la Commission scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône, Costa était membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Il était officier de la Légion d'honneur.

Costa joignait à une haute compétence dans sa spécialité un goût très vif de la recherche et des dons remarquables d'enseignement. Il laissera à ses élèves le souvenir d'un maître éloquent, d'un vrai animateur et à ses collègues celui d'un homme aimable et de relations agréables aux conseils toujours éclairés. Sa mort ne laisse que des regrets à tous ceux qui l'ont connu.

Dr M. ROMIEU,
Agrégé des Facultés, docteur ès sciences,
Professeur à l'Ecole de méd. de Marseille.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 28 janvier. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Mauclaire et Mathieu. — M. GRASSET. Fonctionnement de la Maternité Baudelocque. — M. FÉLIX. Un cas d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur.

Mardi 29 janvier. — Jury : MM. Jeannin, président; Terrien, Vaudescal et Velter. — M. DEBON. Etude des rapports de l'encéphalite et de la gestation. — M. FIRBACH. Des lésions du nerf optique dans les fractures du crâne.

Mercredi 30 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sebileau, président; Coquot et Moussu. — M. MANGIN. Techniques opératoires et traitements nouveaux.

Jeudi 31 janvier. — Jury : MM. Cunéo, président; Lecène, Schwartz et Oberling. — M. HUARD. Les accidents de la cholécystectomie (technique pour les éviter). — M. COUDERT. Quand et comment convient-il d'opérer l'appendicite aiguë. — M. POTIER. Lipomes développés aux dépens du lobe aberrant axillaire de la mamelle.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

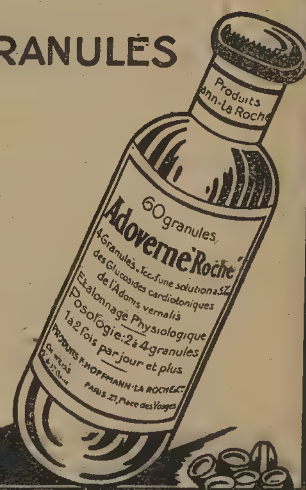
ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES



Propriétés { Cardiotonique, Diurétique, Eupnéique, Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS (3e)

Contre les **MALADIES DE LA PEAU** et les **ENGELURES**

LIPOL

{ **liquide** à 2 % d'acide élaïérinique.
{ **pommade** à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES** :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES** :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour; Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE GUILLAUMIN

VANADARSINE GOUTTES

Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE : **X gouttes** avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE *injectable* EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., *13, rue du Cherche-Midi, PARIS*

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

FLEXION DU COLON ASCENDANT

ET RÉTRACTION DE LA BANDELETTE MUSCULAIRE LONGITUDINALE

Par A. CHAUVENET (de Thouars).

L'étude des lésions chroniques du segment cæco-colique du gros intestin est une source de surprises.

Si l'on examine soigneusement, au cours d'interventions, cette partie de l'intestin, on a souvent l'occasion de faire des constatations intéressantes.

Ces constatations faites, on se heurte toujours à la même énigme pathogénique qu'obscurcit la proximité de l'appendice vermiforme, véritable bouc émissaire de toute la pathologie du flanc droit.

Aussi bien, faute de toute base solide, nous garderons-nous de joindre quelque essai explicatif à l'énoncé de ce que nous avons observé.

Chez trois de nos opérés dont nous transcrirons plus loin l'histoire clinique et le protocole opératoire, nous avons constaté une disposition du côlon droit caractérisée par :

1° Une flexion à angle plus ou moins aigu ouvert en dedans et en haut, de la partie moyenne du côlon ascendant;

2° La présence de lésions banales — puisque souvent décrites — de péricolo-typhlite membraneuse et de plis pariéto-coliques de Lardennois;

3° *L'existence d'une lésion anormale de la bandelette longitudinale antérieure (tænia coli) du côlon ascendant.*

Cette dernière lésion nous a paru avoir jusqu'ici échappé à l'attention des chirurgiens. Nous avons fait quelques recherches à ce sujet et nous n'avons rien trouvé de tel qui ait été décrit. Selon l'usage de la prudence et de la modestie, nous nous excusons si nos recherches ont été insuffisantes.

Nous avons été frappé par la similitude de la disposition anormale du côlon chez nos trois opérés. A tel point, ainsi qu'on le verra, qu'une même description, ou peut s'en faut, peut, s'appliquer pour ces trois cas.

Le cæcum n'occupe pas sa place normale dans la fosse iliaque droite. Son fond est porté en dedans et en haut.

Dans notre observation I, il arrive à la partie moyenne de la grande courbure de l'estomac. Le lieu de flexion se trouve à deux travers de doigts au-dessus de l'abouchement iléo-cæcal.

Des formations vélamenteuses finement vascularisées (ainsi qu'on le voit bien quelques instants après l'ouverture péritonéale) recouvrent l'intestin *fixé en flexion.*

Des plis pariéto-coliques de Lardennois vont de la goutière colo-pariétale au bord externe du côlon et recouvrent plus ou moins sa face antérieure. Ces plis sont *sous-jacents* aux formations vélamenteuses.

Si on libère ces diverses formations, on constate que la déflexion de l'intestin n'est pas encore possible.

Lorsqu'on essaie d'étendre *le côlon, une corde dure, fibreuse, tranchante, se dessine sur sa face antéro-interne.*

Cette corde est constituée par une partie de la bandelette musculaire longitudinale antérieure qui, sur une longueur de quelques centimètres, revêt un aspect particulier :

a. Cette bandelette musculaire est rétrécie dans sa largeur qui normalement est de 1 centimètre environ.

Ce rétrécissement naît et s'achève rapidement mais graduellement (schéma 1).

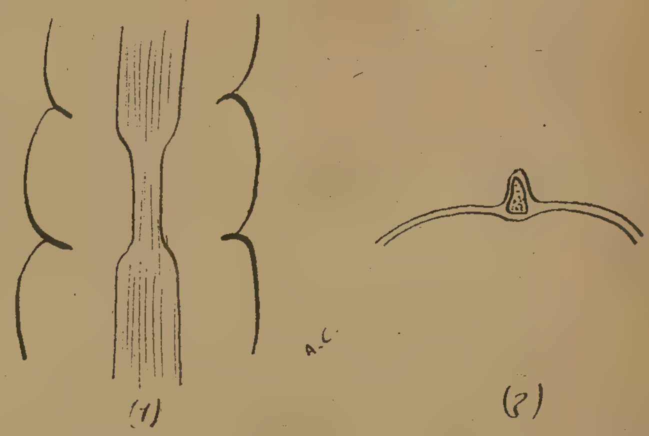


SCHÉMA (1). — *Projection antéro-supérieure.*
SCHÉMA (2). — *Coupe transversale.*

b. L'épaisseur de cette bandelette est fortement augmentée. En coupe transversale elle a une forme triangulaire (schéma 2).

Dans nos observations II et III, lorsque nous tendions cette bande fibreuse, elle donnait absolument une image en *lame d'urétrotome* (obs. III).

Mieux, peut-être, en forme de faux (obs. I).

c. Au niveau de la lésion, la bande musculaire a une consistance fibreuse, dure, inextensible, et donne la sensation de rigidité.

On a l'impression, lorsqu'on tend cette bande rétractée, qu'elle se romprait avec brusquerie si l'on insistait.

d. La séreuse paraît normale, peut-être un peu plus brillante et nacrée, au-dessus de la zone lésée.

e. Malgré la péricololyse soignée, on n'arrive pas à *étendre* le côlon si l'on a pas libéré la bande musculaire rétractée.

Elle constitue donc l'élément le plus important de la *fixation* de la flexion anormale du côlon.

Dans nos deux premières observations nous avons pratiqué avec la plus grande prudence de petites incisions transversales de la bande musculaire. En étendant le côlon ces petites incisions bâillaient et cela nous a permis de fixer le côlon droit dans une position de rectitude normale (il ne faut cependant pas oublier que, normalement, le côlon ascendant est infléchi de telle façon qu'il fait un angle arrondi ouvert en dedans et légèrement en haut).

Dans notre observation III, nous n'avons pas pratiqué ces entailles de la bande musculaire rétractée et, après colopexie en équerre, le bord droit du côlon était rectiligne et le bord gauche présentait

une forte incisure au niveau de la lésion de la bande musculaire (schéma 3).

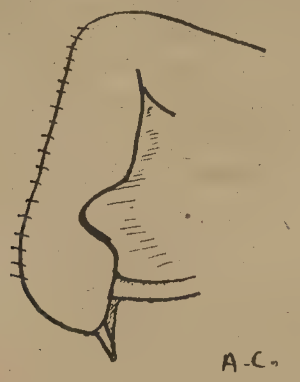


Schéma (3)

Dans nos trois observations l'appendice était normal, du moins macroscopiquement.

Nous n'avons rien qui puisse nous aider à émettre une hypothèse pathogénique.

Disons cependant que la rétraction de la bandelette musculaire nous paraît être une lésion secondaire.

Nous sommes d'autant plus prudent dans nos impressions, que cette lésion est, comme on l'a vu, loin d'être isolée et qu'elle fait partie de tout un complexe anatomo-pathologique où son existence est peut-être très secondaire.

Cependant, si nous avons l'occasion de rencontrer de nouveau une telle lésion, nous ne manquerons pas de faire, ce que nous avons omis à tort, un prélèvement de la bande musculaire pour en faire pratiquer l'examen histologique.

Malgré ce que nos trois cas ont de commun au point de vue clinique, nous nous garderons bien d'incriminer la seule lésion de la bandelette musculaire.

La coexistence de lésions fibreuses ou vélamenteuses interdit cette déduction.

Au point de vue thérapeutique, nous pensons qu'il faut pratiquer la péricololyse, libérer la bandelette musculaire rétractée et pratiquer une colopexie.

Nous avions tout d'abord pensé que l'on pourrait réséquer la zone indurée du tænia coli.

Mais ce serait là une chose délicate qui risquerait fort malgré l'habileté et la prudence d'exposer à ouvrir la cavité intestinale. Les sections multiples transversales de la bandelette musculaire donnent, du moins immédiatement (car il est possible et même probable que la cicatrisation se fasse de nouveau en mauvaise position) une libération suffisante pour étendre le côlon.

Il nous est difficile de donner les résultats éloignés des interventions pratiquées. Cependant le malade de notre observation I a été opéré depuis un an et il n'a jamais souffert du ventre depuis son opération et va très régulièrement à la selle.

Le malade de notre observation II a été opéré, il y a sept mois. A part une crise douloureuse subie un mois après l'intervention, il ne souffre pas du ventre et a un transit intestinal régulier.

Observation I. — M. R...-B..., âgé de trente-sept ans, nous est adressé par le docteur Tezé le 14 février 1928, parce que depuis trois jours il se plaint de violentes douleurs abdominales.

Cet homme est habituellement bien portant et on ne relève rien de net dans son passé au point de vue pathologique. Depuis plusieurs mois, il avait de fréquentes et fugaces crises douloureuses dans la fosse iliaque droite avec gêne pour l'émission des gaz et constipation. Pas de nausées, appétit conservé; un peu d'éthylisme.

Il a été pris il y a trois jours d'une douleur particulièrement violente et qui s'accroît malgré le repos, la diète et la glace ordonnés par le médecin.

Il y a de la gêne pour émettre les gaz mais pas d'arrêt complet.

Constipation. Pas de vomissements.

Le pouls bat à 100, la température est de 37°8.

La fosse iliaque droite est douloureuse au palper, mais d'une façon diffuse, sans qu'on puisse déceler un point particulièrement sensible. Pas de contracture. Rien par ailleurs.

On intervient avec le diagnostic probable d'appendicite.

Intervention sous anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier.

La fosse iliaque droite est déhabitée. On trouve le cæcum très haut et très en dedans si bien que son fond correspond à la partie moyenne de la grande courbure de l'estomac. Cæcum et côlon sont donc fortement infléchis. Le fond cæcal est libre et l'appendice d'aspect sain (peut-être un peu fibreux?). Couvrant l'angle de flexion, il existe une fine nappe vélamenteuse de périttyphlo-colite.

On la libère et on essaie de défléchir le côlon. On s'aperçoit alors que cette déflexion est rendue impossible par la rétraction fibreuse de la bandelette musculaire antérieure qui se tend comme une corde fibreuse en forme de faux.

A ce niveau, la bandelette a sa base moins large qu'au-dessus et qu'au-dessous de la lésion.

Son épaisseur est considérablement augmentée et elle a un aspect en lame tranchante des plus curieux. On songe d'abord à réséquer entièrement la zone indurée. Mais de prudentes incisions transversales permettent de vaincre cette résistance et de fixer le côlon à la paroi après appendicectomie et enfouissement.

Fermeture en trois plans sans drainage. Guérison *per primam*. M. R...-R... n'a plus souffert du ventre depuis son intervention.

Obs. II. — Le 28 juin 1928, nous avons été appelé par le docteur Gallois auprès d'un de ses malades, M. D..., âgé de cinquante-sept ans qui présentait des accidents subaigus d'obstruction intestinale. Il s'agissait d'un homme robuste, habituellement bien portant, mais qui depuis plusieurs années, présentait de fréquentes douleurs, d'ailleurs peu violentes, dans la fosse iliaque droite.

La crise actuelle a débuté, il y a trois jours, par de vagues douleurs de la fosse iliaque. Mais depuis vingt-quatre heures, les choses se sont aggravées : les douleurs sont devenues extrêmement violentes, l'émission des gaz ne se fait plus, le malade a des naussées et quelques vomissements bilieux.

A l'examen, on trouve un homme qui se plaint sans cesse, dont la température est de 37°5 et dont le pouls est à 100.

Le ventre est légèrement ballonné. Il n'existe pas de contracture.

Le ventre est douloureux à la palpation et le maximum de la douleur siège au niveau de la fosse iliaque droite.

Il n'y a rien à noter par ailleurs.

Nous conseillons une intervention et amenons le malade à la clinique.

Opération le 28 juin 1918, sous-anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier prolongée.

Le cæcum est en dedans de sa position normale, en position haute et très dilaté.

Il forme avec le côlon ascendant un angle aigu, ouvert en dedans et en haut. La zone de flexion est recouverte d'un voile membraneux assez vascularisé. Plusieurs plis pariéto-coliques vont de la gouttière colo-pariétale au bord du côlon.

On libère ces voiles et formations plus ou moins fibreuses, mais cela ne permet pas de défléchir le côlon.

Sous le doigt, on sent une sorte de bride falciforme, très dure et résistante qui s'oppose à cette déflexion.

Un examen plus attentif montre qu'il s'agit de la bandelette musculaire longitudinale rétractée et indurée sur une étendue de 5 centimètres et qui, au lieu d'une face, présente un bord antérieur tranchant.

On pratique sur cette bandelette plusieurs incisions transversales prudemment exécutées et l'on peut alors étendre le côlon que l'on fixe à la paroi par une série de points au fil de lin.

On referme la paroi en trois plans, sans drainage, après avoir enlevé l'appendice pourtant apparemment sain.

Guérison opératoire *per primam*; émission de gaz après la vingt-quatrième heure. Ce malade a fait, un mois après son intervention, une crise douloureuse de l'abdomen sans signes d'obstruction. Depuis il n'a plus souffert du ventre.

Obs. III. — C'est encore le docteur Gallois qui nous a adressé cette malade, Mme P..., âgée de cinquante-cinq ans, qui se plaint de violentes douleurs abdominales depuis vingt-quatre heures.

Il y a déjà plusieurs mois que cette dame fait de temps à autre des crises douloureuses de la fosse iliaque droite sans caractères bien précis. Elle a été vue par plusieurs médecins et par un chirurgien d'une ville voisine. Autant de confrères consultés, autant de diagnostics.

Ces crises s'accompagnent de nausées et de vomissements bilieux, il existe de la gêne pour l'émission des gaz. Constipation habituelle.

Rien à noter par ailleurs.

Au moment de notre examen, Mme P... accuse des douleurs d'une violence extrême. Cependant son ventre est souple, très légèrement ballonnée. La palpation ne décèle pas de contracture et ne montre pas de zone particulièrement douloureuse. C'est à peine si après plusieurs examens l'on constate que, peut-être, la fosse iliaque est particulièrement sensible au palper. C'est cependant là que siège le maximum des douleurs spontanées.

Rien au point de vue génital. Nous mettons la malade en observation. Mais au bout de quarante-huit heures, malgré repos, diète et glace, les choses ne vont pas mieux : les douleurs spontanées sont toujours aussi vives, la palpation montre à présent que le maximum de sensibilité siège dans la fosse iliaque droite, la température est à 37°7 et le pouls devient plus rapide (100). Constipation et gêne sans arrêt complet pour l'émission de gaz.

Dans ces conditions, nous conseillons une intervention.

Opération le 27 décembre 1928 sous anesthésie au balsoforme. Longue incision de Jalaguier.

Le cæcum légèrement dilaté est en position haute et interne.

L'angle hépatique du côlon est abaissé et très ouvert. Cæcum et côlon ascendant forment un angle aigu, ouvert en haut et en dedans et sont recouverts d'une membrane de Jackson des plus typiques. Un pli pariéto-colique ayant l'aspect de la séreuse normale à sa base et d'aspect fibreux à son sommet (il a la forme d'un triangle à base externe et à sommet interne) va s'attacher au niveau de l'angle colo-cæcal.

Une formation analogue va du péritoine pariétal postérieur (face antérieure du méso-côlon accolé) à l'angle de flexion.

L'appendice est d'aspect sain. On le résèque et l'on enfouit son moignon.

La vésicule est normale. Le fond cæcal est libre.

On pratique une péri-colo-lyse selon notre technique habituelle, mais cela ne nous permet pas du tout de défléchir le segment intestinal infléchi. Lorsqu'on tend le côlon, une corde dure, fibreuse, tranchante se dessine sous la séreuse. C'est la bandelette musculaire longitudinale antérieure du côlon ascendant qui, sur une longueur de 5 centimètres est rétractée.

Sa largeur basale est rétrécie et son épaisseur est fortement augmentée. Elle a un aspect falsiforme.

Sa résistance est grande et nous avons l'impression qu'en insistant, nous la romprions avec brusquerie.

Nous craignons qu'en pratiquant de petites sections transversales, comme nous l'avons fait dans deux cas semblables, nous ne puissions pas arrêter le bâillement de nos incisions et que la rupture amorcée n'entraîne une déchirure de l'intestin.

Nous pratiquons alors une colo pexie en équerre en faisant la suture par points séparés au fil de lin.

Le côlon ascendant fixé a alors un aspect très particulier qui montre bien l'action de la rétraction de la bandelette musculaire : son bord externe est rectiligne, dans la position où nous l'avons fixé à la paroi. Mais sur son bord interne, il existe une incisure profonde (schéma 3) là où était l'ouverture de l'angle d'inflexion colique.

Toutes ces manœuvres ont été faites avec la douceur que nous ne craignons pas d'exagérer quand nous opérons pour des affections semblables du colo droit. Nous fermons le péritoine au catgut fin en éversant les bords de la séreuse; nous faisons la suture aponévrotique à la soie de Chaput.

Fermeture sans drainage. Guérison opératoire *per primam*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1929)

Un cas d'agranulocytose avec syndrome infectieux et hémorragique. — M. Perrin (de Nantes) rapporte un cas d'angine avec agranulocytose accompagné d'hémorragies nasales et intestinales et suivi de mort.

Aortite abdominale oblitérante, rapidement mortelle, chez un syphilitique jeune. — MM. Ravina, Ch. Launay et Delarue rapportent l'observation d'un homme de trente-six ans, syphilitique depuis quatorze ans, chez lequel s'est installé rapidement une thrombose de l'aorte abdominale, entraînant une gangrène sèche de la totalité des deux membres inférieurs. Le début clinique particulièrement brutal pouvait faire croire à une embolie.

La gastrite scléro-ulcéreuse (ulcère simple de l'estomac). — Pour M. Maurice Renaud, la lésion gastrique consiste, et cela dans tous les cas, dans la formation d'une lésion scléro-inflammatoire coupant toute la paroi stomacale, ulcérée en surface et donnant des adhérences du côté du péritoine. Ce n'est pas une lésion superficielle érosive que vient compléter secondairement un processus inflammatoire surajouté dans les seuls cas où l'ulcère simple devient un ulcère calleux. Tout au contraire, l'ulcère simple est la complication de surface d'un processus inflammatoire profond. La seule appellation qui convienne anatomiquement à une telle lésion est celle de « gastrite scléro-ulcéreuse ».

La méthode de Whipple dans les anémies avec azotémie. — M. C. Lian et Mlle V. Heimann rapportent cinq observations où, chez des malades à la fois anémiques et azotémiques, l'ingestion de foie de veau a entraîné simultanément une augmentation du nombre des hématies et une diminution du chiffre de l'urée sanguine. Ils considèrent que la cure de foie de veau est indiquée dans les anémies avec azotémie légère ou moyenne. Dans les anémies graves avec grande azotémie, la cure pourrait être tentée, tout au moins en faisant appel à

un extrait de foie dépourvu de ses protéines. Enfin, lorsqu'un hypertendu, avec légère azotémie, a été soumis à un régime hypoazoté et qu'on est amené à reprendre l'alimentation carnée, les auteurs estiment que le foie de veau pourrait alors combattre l'anémie entraînée par le régime restrictif précédent et faire baisser l'azotémie.

Diabète compliqué de tuberculose. Pneumothorax et insuline. — M. L. Blum relate l'observation d'un diabétique atteint de tuberculose pulmonaire qui est traité depuis février 1925 par l'insuline et le pneumothorax et se maintient en bon état. Chez ce malade, la première insufflation provoqua une poussé de température jusqu'à 40 degrés et une forte aggravation du diabète allant jusqu'à l'état précomateux qui fut rapidement jugulé par l'emploi de fortes doses d'insuline. L'affaissement total du poumon ne fut obtenu qu'après dix mois.

Diabète avec crises d'hypoglycémie à répétition. — MM. Pr. Merklen, Wolf et Adnot rapportent l'histoire d'un diabétique entré dans leur service avec une glycosurie de 60 grammes et une glycémie de 4g28. Il fallut pousser l'insuline jusqu'à 240 unités par jour pour obtenir la disparition du sucre urinaire, la glycémie se maintenant entre 2g50 et 2g80. Peu à peu, des doses de 180 unités se montrèrent suffisantes. Amélioration de l'état général et reprise de poids. La maladie semble stabilisée.

Les auteurs, utilisant la méthode d'Hagedorn, ont dosé la glycémie à diverses périodes de la journée. Ils ont eu l'impression d'une sorte d'instabilité de son taux qui, à leur avis, doit intervenir dans la fréquence des crises et leur rapidité d'apparition. Sans doute, intervient-elle aussi dans leur disparition spontanée, car plusieurs petites crises du malade en question ont cédé d'elles-mêmes, sans ingestion de sucre. Quoi qu'il en soit, il s'agit en la circonstance d'un syndrome d'hypoglycémie à répétition qui, se manifestant chez un diabétique convenablement traité, imprime à son affection un cachet bien particulier.

Sur un cas de mort subite après phrénicectomie chez un diabétique. — M. R. Burnan relate un cas et rappelle quatre cas semblables.

M. Sergent, à propos du cas rapporté par M. Leriche concernant un cas de mort après phrénicectomie pour dilatation des bronches, insiste sur l'intérêt d'opérer les malades en position assise et non couchée afin d'éviter l'infection du poumon sain.

M. Rist rapporte un cas, ce qui élève à six le nombre d cas de mort après phrénicectomie. Comme M. Sergent, malgré ses insuccès, il insiste sur l'intérêt de cette opération, et les cas malheureux ne doivent pas faire abandonner une méthode thérapeutique qui a donné dans de nombreux cas d'excellents résultats.

Erythème polymorphe avec cortico-pleurite chez un syphilitique. — MM. Gaté et Gardère (de Lyon), en l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats, de dilatation bronchique et de lésions radiographiques, rapportent la cortico-pleurite à la syphilis.

Le Traitement des teignes par l'acétate de thallium, par le docteur Jesus-Gonzales Uruena, professeur de Clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Mexico. Un volume de 144 pages avec 9 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Thérapeutique par les glandes (opothérapie), par le docteur Louis Moinson. In-16, 190 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Le François.

CHRONIQUE

L'ÉLOGE DE MALGAIGNE A LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

M. Charles Lenormant, secrétaire général de la Société de chirurgie, a prononcé l'autre semaine son dernier éloge avant de résigner ses fonctions. Une fois de plus il s'est montré un fin lettré et un historien de race.

L'éloge a été consacré à la mémoire de Malgaigne, l'un des fondateurs de la Société, grand chirurgien dont l'œuvre fut immense, chef d'école dont le souvenir est resté bien vivant jusqu'à nous grâce à son gendre Le Fort et à son petit-gendre M. Lejars.

« Joseph-François Malgaigne est né à Charmes-sur-Moselle, dans les Vosges, le 14 février 1806. C'est un Lorrain de pure race. Les Malgaigne avaient quelque parenté avec une autre famille lorraine assez illustre, celle des Poincaré. Lui, a toutes les qualités et les défauts de sa race : le solide bon sens, le goût de la justice, la ténacité et l'énergie persévérante, l'attachement profond et sincère à ses convictions, mais aussi un certain entêtement dans ses idées, de la violence pour les défendre, un manque de souplesse, un abord un peu rude qui, malgré sa bonté foncière, ont pu le faire passer pour un caractère difficile.

Il fait suite à deux générations de chirurgiens. »

Après des débuts très modestes, Malgaigne commence ses études à Nancy. En 1825, à dix-neuf ans, il est reçu officier de santé, et, malgré son père, il se rend à Paris où il veut terminer ses études.

« Lorsque Malgaigne arrive, en 1825, à l'Ecole de Paris, toute la chirurgie y est dominée par la grande figure de Dupuytren. Il est à l'apogée de sa gloire; il règne despotiquement à l'Hôtel-Dieu sur le plus vaste service que jamais chirurgien ait eu à sa disposition; il s'est débarrassé de tous ses rivaux, il a rendu la place intenable à ses chirurgiens en second : il ne tolère autour de lui que des admirateurs et des élèves. Mais l'éclat de son génie, sa notoriété mondiale font accepter cette suprématie. Autour de lui, les chaires de la Faculté sont occupées par des hommes arrivés à la fin de leur carrière : à la Charité, Boyer, qui a soixante-dix ans, ressasse les vieilles histoires du siècle précédent et entrave sourdement les initiatives de Roux, son gendre et son chirurgien en second. Le vieil Antoine Dubois se prépare à la retraite. A Saint-Louis, Richerand, qui a toujours été plus idéologue qu'opérateur, se morfond de jalousie devant les succès de Dupuytren et se console en le criblant d'épigrammes. Marjolin, à Beaujon, ne fait guère parler de lui et se consacre à un enseignement sans éclat et à la clientèle. Tout disparaît dans l'ombre du maître de l'Hôtel-Dieu. Cependant, cette année même, la mort de Béclard vient de donner le poste de chirurgien en chef de la Pitié à un homme de trente-cinq ans dont les travaux ont déjà rénové la médecine opératoire et qui, par son habileté, son audace, la nouveauté de ses conceptions, peut aspirer à dominer à son tour la chirurgie : Dupuytren le sent bien, puisqu'il a employé tous les moyens, même les plus perfides, pour empêcher la nomination de Lisfranc. Et parmi les jeunes qui commencent à paraître dans la carrière, il en est deux, Gerdy et Velpeau, qui se tailleront rapidement leur place dans les hôpitaux et à la Faculté.

« Dans la chirurgie militaire, les grands noms de l'époque napoléonienne s'obscurcissent : Percy vient de mourir et Larrey, disgracié par la Restauration, est relégué à l'hôpital du Gros-Caillou, sans enseignement officiel. Le Val-de-Grâce retentit des fureurs de Broussais; auprès de lui, comme chirurgien en chef et professeur de chirurgie, un homme de second plan, Gama, qui va devenir le maître de Malgaigne.

« Les débuts de Malgaigne à Paris furent effroyablement

durs. Comme Velpeau, comme Jobert, comme d'autres encore dont on n'admirera jamais assez le courage et la ténacité, il vécut presque dans la misère... »

En 1828, il entre au Val-de-Grâce. Il y obtient l'année suivante le premier prix de chirurgie. A la sortie de l'Ecole il n'accepte pas d'être envoyé dans un régiment, donne sa démission pour continuer à travailler durement à Paris.

Il soutient sa thèse le 28 mars 1831 sous la présidence d'Orfila. Elle avait pour titre « *Paradoxes de médecine théorique et pratique* » et contenait la phrase suivante : « On se plaint de l'inutilité de nos Académies et ce n'est pas sans beaucoup de raisons » Phrase piquante chez un étudiant de vingt-cinq ans qui devait revêtir plus tard l'habit brodé d'académicien.

Malgaigne au moment de l'insurrection polonaise va offrir des services à la Pologne. Il rapporte de sa campagne « beaucoup de rancœurs et la croix du mérite militaire de Pologne qu'il porta fidèlement toute sa vie. Il laissait en Pologne un souvenir que les années n'ont pas effacé... »

Rentré à Paris, il fait de la clientèle, devient rédacteur de la *Gazette médicale de Paris*, y publie ses premiers travaux de chirurgie pure.

Après un premier échec à l'agrégation il est nommé agrégé en 1835. La même année il devient chirurgien du bureau central. Titularisé à Bicêtre en 1841, il publie des travaux sur les fractures et sur la cataracte. Puis après un court passage à Lourcine et à Saint-Antoine, il va à Saint-Louis où il reste quatorze ans jusqu'à sa nomination de professeur. A ce moment il va à Beaujon et enfin à la Charité.

Ses années d'agrégation sont la période la plus remplie de la vie de Malgaigne. Il avait publié en 1838 son *Traité d'anatomie et de chirurgie expérimentale*, il publie en 1847 le *Traité des fractures* que devaient suivre en 1855 un *Traité des luxations* et plus tard des *Leçons d'orthopédie* et un *Manuel de médecine opératoire* qui, pendant cinquante ans, est demeuré classique. Journaliste convaincu, il a fondé en 1840 le *Journal de chirurgie* qu'il rédige presque seul et où il publie des travaux tels que son mémoire sur la *désarticulation sous-astragalienne*.

Les polémiques scientifiques étaient très vives à cette époque. Une discussion qui s'engagea en 1843 entre Malgaigne et Jules Guérin au sujet d'une statistique alla jusqu'à un procès qui eut un retentissement énorme et dont Malgaigne, qui plaida lui-même, sortit vainqueur.

Malgaigne avait été élu membre de l'Académie en 1846. Il prit part à de nombreuses discussions et se montra notamment un partisan convaincu de la chirurgie conservatrice et un apôtre de l'anesthésie par le chloroforme.

Après un court passage dans la vie politique, comme député de Paris, Malgaigne, qui depuis 1841 avait pris part à tous les concours de chirurgie ouverts à la Faculté réussit enfin en 1850 et peut « faire peindre sur les panneaux de sa voiture, aux lieu et place de blason, la toque professorale qu'il avait si longtemps convoitée ».

Dès lors l'activité de Malgaigne va se consacrer presque exclusivement à la Faculté et à l'Académie.

L'enseignement a tenu une grande place dans la vie de Malgaigne, et il a formé de nombreux élèves.

Le vénéré M. Guéniot, dont les souvenirs sont toujours si présents, malgré ses quatre-vingt-seize ans, a bien voulu en faire part à M. Lenormant. M. Guéniot a été externe puis interne de Malgaigne.

« Dans le service, avec ses élèves, Malgaigne était, dit-il, « *un maître bienveillant et affable, mais qui savait marquer les nuances* » pour ses internes, il avait de la considération, car leur succès au concours lui était une garantie de travail et de savoir; mais les externes qui n'avaient point encore fait leurs preuves, semblaient de peu d'importance à ses yeux et il ignorait même leurs noms. Il eut, d'ailleurs, comme internes, des hommes qui devaient s'illustrer à leur tour et, pour ne citer que les plus notoires, ce furent Broca, Follin, Verneuil, Guyon, Panas, Jaccoud, Guéniot; parmi eux, il faut surtout mentionner Le Fort, qui, venu de Lille avec une recommandation pour Mme Malgaigne, fut accueilli comme un enfant, encouragé et aidé par lui, Le Fort qui s'attacha à lui d'une affection filiale et devint son gendre, Le Fort qui disait : « Pensez et écrivez de moi ce que vous voudrez, mais ne touchez pas à Malgaigne ! »...

Et voici tracé de main de maître ce beau portrait de Malgaigne

« ... La force de Malgaigne, dans les discussions, ne venait pas seulement de sa haute intelligence et de sa grande culture, elle venait plus encore de ce qu'on le savait profondément convaincu. « Lorsqu'il apparaissait à la tribune, dit Jules Rochard, pour y fulminer quelques-uns de ces réquisitoires qui sont demeurés célèbres, on sentait qu'il y faisait monter la justice avec lui. » Sans doute s'est-il trompé parfois, car nul n'est infaillible, mais toujours sa bonne foi et sa sincérité furent éclatantes.

Il était servi par un remarquable talent de parole. « Son éloquence, a écrit Denonvilliers, était du genre véhément; les formes du langage qu'il affectait et qui lui étaient les plus familières étaient : l'interrogation, l'apostrophe, l'ironie, le sarcasme et même l'invective... Comment reproduire, pour ceux qui ne l'ont pas connu, cette physionomie ardente et passionnée, ce visage animé et mobile jusqu'à la grimace, ce geste heurté et saccadé, ce tremblement du corps qui trahissait l'agitation intérieure, ce débit accentué et pittoresque. » Même le défaut de sa voix — il nasillait quelque peu — ne le desservait pas : cette voix forte, au timbre métallique, remplissait l'amphithéâtre ou la salle d'Académie, et, quand le ton de la discussion s'animait, le nasillement de Malgaigne, en s'accentuant, ajoutait encore à l'ironie de son discours.

L'homme était de carrure vigoureuse et solide, de démarche un peu lourde, de corpulence moyenne, mais sans embonpoint véritable. La face large, aux reflets accentués, était couronnée de cheveux plats et drus; le teint bilieux et mat, la lèvre frémissante, le regard vif, les traits extrêmement mobiles, donnaient à la physionomie une expression, un caractère frappants. « Son allure, dit Jaccoud, était mesurée, ferme, presque imposante. »

Comme tous les grands bourgeois de ce temps, qui fut le règne de la bourgeoisie, Malgaigne affectait une correction de tenue allant à la sévérité. Toujours vêtu de noir, il apparaît sur ses photographie le torse sanglé dans l'habit à basques et le cou enfoui dans une haute cravate; dans ses portraits officiels, il s'est fait peindre tantôt en robe professorale, tantôt en costume d'académicien; et, toujours, à sa boutonnière, les deux rubans de la Légion d'honneur et du Mérite militaire de Pologne... »

« Malgaigne avait été élu, en 1863, vice-président de l'Académie de médecine et, l'année suivante, avait passé le droit à la présidence. Il prit possession du fauteuil au début de 1865 et, le 10 janvier, jour où il l'occupait pour la deuxième fois, il fut, en pleine séance, foudroyé par une attaque d'apoplexie : cette intelligence si lumineuse s'éteignit d'un seul coup, le corps paralysé survécut encore quelques mois, et Malgaigne ne succomba que le 17 octobre, dans sa propriété de Saint-Gratien où il avait été transporté.

Les obsèques eurent lieu à Saint-Germain-des-Prés et l'inhumation au cimetière Montparnasse. Sur la tombe, des discours furent prononcés par Velpeau au nom de la Faculté, par Béclard au nom de l'Académie, par Broca au nom de la Société de chirurgie... »

Après avoir retracé la vie et l'œuvre de Malgaigne, M. Lenormant, en étudiant *L'Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie*, montre quelle fut l'originalité des idées de ce savant chez lequel on voit poindre déjà tant d'idées nouvelles qui seront la vérité de demain.

« L'histoire de la chirurgie m'a toujours paru singulière-

ment instructive, dit en terminant M. Lenormant. A lire les vieux auteurs, on voit combien ils ont justement observé, on découvre quantité de faits curieux et de remarques judicieuses, on rencontre aussi parfois des choses que l'on croyait nouvelles et que d'autres avaient imaginées avant nous.

Et puis, chacun en tire les conclusions qu'il veut, suivant son tempérament et sa tournure d'esprit. Les uns, mesurant le chemin parcouru, s'enorgueillissent à juste titre des progrès de la chirurgie et de la pensée qu'ils accomplissent chaque jour, en se jouant, des prouesses que les maîtres de jadis osaient à peine rêver. D'autres y trouvent une leçon de modestie, voyant combien il faut de temps et de peines pour démêler la vérité de ses langes, comment les plus hautes intelligences se sont parfois grossièrement trompées, combien de doctrines qui ont eu leur heure de gloire nous paraissent aujourd'hui désuètes et même ridicules; ils se demandent alors ce qui restera dans un siècle de notre science d'aujourd'hui : nos hypothèses les plus séduisantes tomberont comme sont tombées celles de nos devanciers; seules demeureront les observations exactes, les expériences impeccables et, pour employer le mot cher à Malgaigne, tout ce qui constitue la *Réalité.* »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

La Confédération des Syndicats médicaux français a adressé le 23 janvier 1929, à tous les députés, la lettre et les documents suivants que veut bien nous communiquer le secrétaire général le docteur P. Cibrie.

« Monsieur le député,

Nous sommes avisés par nos Syndicats que de nombreux Parlementaires déclarent avoir voté la loi sur les assurances sociales en mars 1928, *d'accord* avec le Corps médical en ce qui concerne l'assurance-maladie.

Ces Parlementaires mal informés paraissent avoir été abusés par les déclarations faites à la tribunes par les rapporteur et président de la Commission des assurances sociales de la Chambre.

Quoi qu'il en soit, cette affirmation d'accord est totalement inexacte.

***

Au moment du vote de la loi, ministres et rapporteur ont supplié la Chambre d'approuver le texte élaboré par le Sénat sans y changer une virgule, afin d'éviter, avant les élections une « navette » qui n'eût pas permis de voter un texte avant la consultation du Corps électoral.

Mais, ministres et rapporteur avaient promis de présenter, dès la rentrée des Chambres, un texte « rectificatif » dans lequel le Corps médical organisé espérait voir inscrites ses revendications essentielles.

Les rapporteurs affirmaient, par ailleurs, que ces revendications pourraient être inscrites dans le règlement d'Administration publique.

Or, les études préliminaires à l'élaboration de ce règlement poursuivies par la Commission nommée par le ministre, ont démontré qu'il y avait incompatibilité entre les dispositions de la loi et les desiderata reconnus légitimes du Corps médical. Et il semble bien (*Journal officiel* du 2 janvier 1928), que ces dispositions ne soient pas inscrites dans le texte qui va être présenté au Parlement.

***

La Confédération des Syndicats médicaux français qui groupe les 17.000 médecins syndiqués de France et des colonies a pour devoir de défendre la médecine et les médecins. Elle a conscience ce faisant, de défendre le malade, l'assuré futur, à qui elle veut que soit fournie une médecine probe.

Elle veut éviter que se reproduisent — multipliés — les scandales de la loi des pensions et des accidents du travail.

***

Lors de la discussion à la Chambre, M. le docteur Gadaud, député — aujourd'hui sénateur —, avait déposé les textes d'amendements qui, modifiés sur certains points, eussent donné toute satisfaction au Corps médical.

Alors la loi eût obtenu de nous tous une collaboration franche et totale.

Nous voulons espérer qu'une Chambre mieux informée modifiera — non certes dans l'intérêt pécuniaire du médecin —, mais dans l'intérêt de la valeur scientifique et morale de la médecine française et dans l'intérêt évident de l'assuré, la loi sur les assurances sociales.

Dans le cas contraire, conformément aux décisions prises par le Congrès du 30 novembre 1927 et l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicaux médicaux français du 7 décembre 1928, je suis mandé pour vous informer que le Corps médical syndiqué, refusera sa collaboration à une loi qui, bonne dans son essence, est viciée à notre avis dans ses modalités d'application.

Nous vous supplions, monsieur le Député, d'étudier attentivement cette importante question — vous verrez vite les motifs très nobles qui ont déterminé les résolutions du Corps médical — et nous affirmons à nouveau que les conditions que nous exposons étant réalisées, notre collaboration sera toute acquise.

Elle sera dans le cas contraire refusée.

Croyez, monsieur le Député, à mes sentiments distingués.

Le secrétaire général,
Dr P. CIBRIE. »

Ordre du jour, voté par l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, le 6 décembre 1928. — La Confédération des Syndicats médicaux français, dans son Assemblée générale du 6 décembre 1928, déclare :

« La Confédération fait sienne la charte du Corps médical, en face des lois sociales votée par le Congrès des Syndicats médicaux de France, du 30 novembre 1927.

La Confédération, constatant que les dispositions permettant la réalisation de l'entente directe comme mode exclusif ne peuvent pas être satisfaites par le projet de règlement d'Administration publique,

Demande l'exécution des promesses formelles faites par le Gouvernement, c'est-à-dire le dépôt d'un rectificatif à la loi.

TEXTE EXACT DES DÉCISIONS PRISES PAR LE CONGRÈS DES SYNDICATS MÉDICAUX LE 30 NOVEMBRE 1927, AVEC LES VOTES APPROUVANT CES DÉCISIONS : Approbation à l'unanimité sans avis contraire de la lettre adressée par la Commission d'organisation du Congrès à la Commission de la Chambre.

Questions préliminaires. — Les Syndicats prennent l'engagement :

1° De se rallier aux décisions prises par la majorité.

(Adopté à l'unanimité moins 1 avis, représentant 26 voix.)

2° De ne collaborer à la loi d'assurances sociales que si tous les principes généraux inscrits dans les décisions du Congrès sont admis par le Parlement.

(Adopté à l'unanimité moins 1 avis, représentant 26 voix.)

Décisions. — Pour la défense des intérêts médicaux il est nécessaire que chaque Syndicat local ou spécial contracte avec les Caisses.

(Adopté à l'unanimité moins 3 avis contre, représentant 154 voix.)

Seuls peuvent contracter les Syndicats habilités par un organisme central (cet organisme étant actuellement un organisme fédératif comprenant les trois groupements existants : Union, Fédération, Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, tout en laissant subsister leur autonomie).
(Adopté à l'unanimité.)

La loi, le règlement d'administration publique ou les contrats ne devront comporter aucune disposition contraire aux principes définis ci-dessous :
(Adopté à l'unanimité.)

1° Le libre choix, étant entendu que tous les médecins syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du Conseil de famille syndical avec droit d'appel, devant l'organisme central ci-dessus défini.
(Adopté à l'unanimité.)

2° Le respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement.
(Adopté à l'unanimité.)

3° Le droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.
(Adopté à l'unanimité moins 1 avis, représentant 55 voix.)

Cette question devant être l'objet d'une étude ultérieure en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851.
(Adopté à l'unanimité moins 5 avis contraires, représentant 373 voix.)

4° Paiement direct par l'assuré en prenant pour base minima les tarifs syndicaux.
(Adopté par 16.033 voix contre 679 et 823 abstentions formulées (1).

5° La liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.
(Adopté à l'unanimité.)

6° Contrôle des malades par la Caisse, des médecins par le Syndicat et Commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.
(Adopté à l'unanimité moins 1 avis.)

7° Nécessité de représentation du Syndicat dans les Commissions techniques organisées par les Caisses et de contrats spéciaux entre les Syndicats et les Caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.
(Adopté à l'unanimité.)

Principe d'un Organisme central pour défendre les décisions prises dans la journée au sujet des Assurances sociales.
(Adopté.)

La Commission qui a présidé à la réunion du Congrès est désignée pour assurer cette défense.

Principe de la constitution d'un organisme unique réunissant tous les Syndicats médicaux.
(Adopté.)

La Commission présidée par le professeur Balthazard est désignée pour étudier les statuts nouveaux du Groupement unique.

Signé :

Dr DESROUSSEAUX. Dr JAYLE.

(1) Commentaire du § 4 lu en séance au nom de la Commission avant le vote de ce paragraphe :
« Cette rédaction exclut toute tarification contractuelle fixée d'avance. Les Syndicats peuvent inscrire dans les contrats à titre indicatif leurs tarifs syndicaux ». Dr D. Dr J.

ASSURANCES SOCIALES

TITRE I. ART. 4

Texte de l'amendement Gadaud.	*Texte des modifications proposées.*
I. L'assurance-maladie couvre dans la mesure et selon les maladies indiquées au paragraphe suivant les frais de médecine générale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés, de moins de seize ans.	I. (Sans changement.)
II. L'assuré choisit librement son praticien.	II. L'assuré choisit librement son praticien parmi ceux qui ont adhéré aux conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels habilités par le groupement national (médical ou pharmaceutique).
III. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.	III. (Sans changement.)
IV. La participation des caisses aux soins donnés, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, est réglée par la caisse à l'assuré, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région. Ces tarifs, communiqués à titre indicatif aux caisses par les médecins, le quantum de participation des caisses, communiqué à titre indicatif aux médecins par les caisses, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles, sont inscrits dans les contrats collectifs entre les caisses et les syndicats professionnels habilités par leur *union* nationale.	IV........................ .... habilités par leur *groupement* national.
V. L'assuré règle directement les honoraires de son médecin. Dans ces honoraires, le montant de participation de l'assurance est versée au médecin par le malade sous forme d'un bon payable, soit au siège de la caisse locale, soit à un compte de chèques postaux ; le *taux* de la participation des assurés aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.	V. L'assuré règle directement les honoraires de son médecin. Pour ces honoraires, le montant de la participation des caisses est versé à l'assuré sur justifications fournies par lui. Le taux de la participation, etc.

LIVRES NOUVEAUX

Les Fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent (1), par le docteur Maurice DE FLEURY.

« Pour nombre de personnes, le mot *fous* signifie des furieux qui grimpent aux murailles et tentent d'étrangler quiconque les approche. » Conception aussi inexacte dans le fond que fâcheuse par ses conséquences, et qu'il importe de rectifier! C'est ce qu'a essayé, dans son nouvel ouvrage, le savant aliéniste auquel nous devons déjà ces beaux livres qui ont pour noms L'*Introduction à la médecine de l'esprit*, *Le Corps et l'âme de l'enfant*, *L'Ame du criminel*, *Le Médecin*, *L'Angoisse humaine*.

Pour commencer, une *lettre préface*, dédiée au professeur Henri Bergson, et où, sans insister sur les divergences qui peuvent séparer le philosophe, ne prenant son inspiration que dans les données de la méthode intuitive, du médecin, habitué à suivre la méthode discursive et à remonter du symptôme à la lésion, l'auteur signale que, sur un point fondamental, au moins, philosophie et psychiatrie modernes se trouvent d'accord, à savoir l'importance de l'affectif, de sa supériorité sur l'intellectuel, ou, si l'on préfère, du sentiment sur l'intelligence. Un grand écrivain français n'a-t-il pas écrit : « Tous, nous sommes si bien faits pour sentir, et si mal pour comprendre? »

Viennent ensuite quelques mots d'*initiation* pour empêcher le lecteur de s'égarer dans cette forêt vierge de la terminologie psychiatrique et pour l'imprégner de la conception soutenue par Delmas, pour lequel il existe deux grands groupes de psychoses : les unes, héréditaires, constitutionnelles, sans lésions, n'entamant pas l'intelligence mais demeurant immuablement dans le domaine de l'affectif, les autres, acquises, accidentelles, invariablement dues à un état infectieux ou toxique, liées à des lesions manifestes, et intéressant surtout les facultés critiques : jugement, raisonnement.

Suivons ce fil d'Ariane. Il va nous permettre d'étudier avec fruit les *accidents* : paralysie générale, où l'on peut toucher du doigt les étroites relations entre l'altération profonde de la substance nerveuse cérebrale et l'écroulement de l'intellect, type de psychose accidentelle, infectieuse, démentielle; à lésions anatomiques importantes; — neurasthénie, maladie toxique, accidentelle, liée à des lesions legères, facilement réparables, de l'encéphale; — confusion mentale, causée, elle aussi, par une intoxication, mais d'une gravité beaucoup plus considérable; — toxicomanie, survenant souvent chez des sujets à tendances depressives; — épilepsie, affection accidentelle et nullement héréditaire; — débilité mentale, imbécillité et idiotie, « trois degrés d'une même misère humaine, « l'insuffisance des trois facultés proprement intellectuelles : « mémoire, imagination et jugement »; — démence sénile, avec son trouble capital, l'altération profonde, progressive, de l'intelligence; — démence précoce, avec ses symptômes si caractéristiques de dissociation, de dislocation, de désagrégation mentale; — démence paranoïde, qui fait le pont entre les maladies précédentes, toutes toxiques, infectieuses, lésionnelles, et les psychoses constitutionnelles : lésionnelle, encore que nous soyons peu fixés sur ce point, elle est accidentelle dans sa cause déterminante, mais n'apparaît, en effet, que sur des sujets constitutionnellement enclins au délire de persécution.

Aux accidents s'opposent les *destinées*. Sous ce titre, emprunté, non involontairement, à l'un des plus beaux livres d'Alfred de Vigny, l'auteur englobe les maladies congénitales, héréditaires, dénuées de toutes lésions anatomiques de l'encéphale, cantonnées dans le domaine de l'affectif, respectant l'intelligence, ne se compliquant jamais d'hallucinations, n'aboutissant jamais au gâtisme Ce sont les maladies du caractère, ou, si l'on préfère, les maladies de l'âme. A tel ou tel moment, sous un prétexte futile, elles s'epanouissent sur un terrain constitutionnellement predisposé; elles ne sont, selon la théorie de Dupré, que l'épanouissement morbide d'une des tendances affectives naturelles à tous les hommes. Ces psychoses constitutionnelles, Delmas et Boll en ont décrit cinq types : cyclothymique; émotive, embrassant tout le vaste domaine des obsessions, des impulsions, et de ce que M. P. Janet a appelé la psychasthénie; perverse; mythomaniaque et paranoïaque. Ce sont ces cinq types que décrit soigneusement M. de Fleury, en rappelant au passage tout ce que doit l'art à certaines d'entre elles, et, surtout, aux états dits hypomaniaques.

Nous voilà maintenant à même de nous lancer à la *recherche des facultés de l'âme*, et, procédant du pathologique au normal, de distinguer trois facultés de l'*intellect* : memoire, imagination, jugement, et cinq dispositions *affectives* : activité, réactivité ou émotivité, bonté, sociabilité, avidité, affectives, mais actives au premier chef puisqu'elles dirigent nos destinées et qu'elles rendent compte des « faits et gestes » d'un Landru ou d'un Mestorino...

Bien peu encourageantes, d'ailleurs, ces constatations, et laissant peu de place au « libre arbitre »! Vu à la lumière des théories que nous venons d'esquisser, l'homme n'est plus un Dieu : à peine un roseau pensant, encore plus roseau qu'on n'aurait pu le croire! S'il est vrai que c'est bien l'âme humaine qui se détermine elle-même, que les sollicitations du monde extérieur ne sont que prétexte à déclanchement, combien nous apparaît restreinte la liberté humaine, l'âme ne choisissant point ses constituantes, à elles leguées par la longue suite ancestrale!

Livre où sont agités les problèmes les plus passionnants de la philosophie et de la morale, où les théories les plus ardues sont exposées avec un art souverain et où l'élégance de la forme sert, à merveille, la hardiesse de la pensée.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 271 pages. — Paris, Hachette.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — TRANSPORT DES SKIS. — Dans la plupart des trains P.-L.-M. les skis doivent être enregistrés comme bagages.

Deux exceptions sont faites à cette règle jusqu'au 20 février 1929 :

1° Dans tous les trains, les voyageurs ayant loué un compartiment entier peuvent conserver leurs skis avec eux.

2° Dans les trains ci-après les skis sont transportés gratuitement dans des fourgons spéciaux aux risques et périls des voyageurs. Ceux-ci doivent apporter eux-mêmes leurs skis aux fourgons et les y reprendre à l'arrivée.

1° Trains partant : Les samedis et veilles de fêtes de Lyon-Perrache à 13 h. 05 pour Saint-Gervais;

Les dimanches et fêtes de Saint-Gervais à 17 h. 38 pour Lyon-Brotteaux;

Tous les jours de Lyon-Perrache à 7 h. 20 pour Modane;

Tous les jours de Modane à 1[illegible] h. 42, d'Aix-les-Bains à 19 h. 38, pour Lyon-Perrache;

Les dimanches et jours de fêtes générales en Suisse, de Genève-Eaux-Vives à 7 h. 30 pour Saint-Gervais et de Saint-Gervais à 17 h. 38 pour Genève;

Les samedis et veilles des jours de fêtes générales en Suisse de Genève-Cornavin à 15 h. 20 pour Saint-Gervais;

2° Trains électriques de la ligne Saint-Gervais-Vallorcine circulant sur la partie praticable de cette ligne.

Dans les trains locaux des régions de sports d'hiver désignés par avis-circulaire des compartiments sont réservés aux skieurs qui peuvent conserver leurs skis avec eux.

BELLAFOLINE
"SANDOZ"
Les alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES — X à XX, trois fois par jour.
COMPRIMÉS — 1 à 2, trois fois par jour.
AMPOULES — 1/2 à 2 par jour.
SIROP — par cuillerée à café.

PRODUITS "SANDOZ", 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e
M CARILLON. pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

citrofluyl & citrocarbine
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ
CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
LABORATOIRES WARIN
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE, BROMHYDRATE, SALICYLATE, GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL PARIS 11. Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants* : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

R. C., 225.781 B
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69 Rue de Provence PARIS IXe

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique — Dialyl — Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : 2[illegible] — [illegible] **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — Classement des candidats :

MM. Michaux, 70 (médaille d'or); Kaplan, 67 (médaille d'argent); Layani, 65 (accessit); Lenormand, 64; Thurel, 60; Lichwitz, 53.

— Mutations de directeurs. — M. Weill est chargé des fonctions de chef du service des hôpitaux.

M. Tremblay, directeur de la Charité, passe à Lariboisière.

M. Lajouanine, chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Broca, passe à la Charité.

M. Déthare, économe à Hendaye, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Broca.

M. Durand est nommé directeur de l'hospice Debrousse.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — En ouvrant la session du Conseil supérieur, M. Pierre Marraud, ministre de l'Instruction publique, a prononcé l'éloge de M. Fernand Widal, membre de la section permanente du Conseil.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Dieudé-Fauvel (de Villeneuve-sur-Lot).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Delteil (de Saint-Pierre-d'Oléron), Quantin (de Toussieu), Malon (du Teilleul), Thibout (d'Épinay-sur-Seine).

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Bruhat.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Lelaidier et Pache.

(Réserve.) *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Madon.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de 2e classe Cumin.

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — (Titre indigène.) M. Le Van An, médecin principal de l'Assistance médicale de l'Indochine.

Agriculture. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Chambrin (de Plancoët).

MARINE. — Le *Journal officiel* du 27 janvier publie une circulaire ministérielle tendant à simplifier la documentation administrative au sujet des vaccinations antityphoïdiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Albert Reverdin (de Genève), fils du professeur Jacques Reverdin dont nous déplorions le décès il y a peu de jours. M. Albert Reverdin continuait avec distinction les grandes traditions chirurgicales de sa famille. Comme son père il était un ami dévoué de la France et pendant la grande guerre il était venu soigner nos blessés, imitant le dévouement dont son père avait fait preuve à notre égard en 1870. Il était membre correspondant de la Société de chirurgie et officier de la Légion d'honneur; — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur A. Ballenghien (de Roubaix); M. André Wintrebert, ancien étudiant à la Faculté libre de Lille, fils du docteur Charles Wintrebert (de Saint-Omer).

— Les obsèques de M. le médecin inspecteur général Delorme ont eu lieu mardi au Val-de-Grâce; des discours ont été prononcés par MM. Gosset, au nom de l'Académie de médecine; Cunéo, au nom de la Société de chirurgie; le médecin général inspecteur Toubert, au nom du Comité consultatif de santé, et le médecin général Rouvillois, au nom du Val-de-Grâce.

COQUELUCHES
AQUINTOL MIALHE

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — En février et mars, M. Ph. Pagniez fera chaque semaine, le samedi, à 10 h., une leçon dans son service.

Les trois premières seront consacrées à la pathogénie et au traitement de l'épilepsie.

La première leçon aura lieu le 2 février 1929.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. — M. Maurice Parat, assistant à la Sorbonne, fera le jeudi 7 mars, à 17 h., une communication-conférence sur le sujet suivant :

« Les techniques applicables à l'étude des constituants cellulaires et leurs résultats, laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

CONGRÈS

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

Le Ve Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Londres, du 6 au 11 mai 1929 sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi d'Angleterre.

Tous les officiers du Service de santé des réserves (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration) sont invités à ce Congrès.

Leur participation au Congrès de Londres sera comptée pour une période de service, sans solde, de dix jours. Ils bénéficieront pour le voyage du tarif militaire, à l'aller et au retour, entre leur résidence et le port d'embarquement.

Les officiers désireux d'y assister devront adresser directement leur adhésion (ci-joint un modèle) au Secrétariat du Congrès, à Londres (Ministère de la Guerre, Withehall-London S. W. I.) au plus tard pour le 1er mars 1929, date fixée par le Bureau du Congrès.

Ils voudront bien rendre compte de leur participation à cette manifestation à la Direction du Service de santé du Gouvernement Militaire de Paris où leur seront donnés tous les renseignements relatifs à l'organisation du Congrès, au fur et à mesure qu'ils parviendront, et où les imprimés nécessaires seront mis à leur disposition.

IIIe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE.

Le IIIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie aura lieu les vendredi 17 samedi 18 mai 1929, à Bordeaux, sous la présidence du professeur Georges Portmann.

« Les céphalées », qui fut le sujet choisi comme rapport, au dernier Congrès de Marseille, a été confié à MM. Halphen, Mombrun et Tournay, de Paris.

Présidents : MM. les professeurs Georges Portmann (Bordeaux) et Henri Coppez (Bruxelles); vice-présidents : MM. les professeurs Giorgio Ferreri (Rome), Verger et Teuliers (Bordeaux); secrétaire général : M. le professeur Velter (Paris), secrétaire local : M. le docteur Henri Retrouvey (Bordeaux).

Pour toutes informations, on est prié de s'adresser au secrétaire général, M. le professeur agrégé Velter, 38, avenue du Président Wilson, Paris (XVIe).

XXIVe RÉUNION DE L'ASSOCIATION DES ANATOMISTES ET RÉUNION DE ANATOMICAL SOCIETY

L'Association des anatomistes tiendra sa XXIVe réunion à la Faculté de médecine de Bordeaux les 25, 26 et 27 mars 1929, présidée par le professeur G. Dubreuil (de Bordeaux), assisté des professeurs Sabrazès et Villemin (de Bordeaux) et du professeur Tello (de Madrid) comme vice-présidents.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

L'Anatomical Society of Great Britain and Ireland, présidée par le professeur Fawcett (de Bristol), se joindra à l'Association des anatomistes pour tenir des séances communes.

EXPOSITION FRANÇAISE AU CAIRE

Une exposition française, placée sous le haut patronage de S. M. le Roi d'Egypte et de M. le Président de la République française et organisée par le Comité français des expositions, doit avoir lieu au Caire, du 5 mars au 20 avril 1929.

Une classe y groupera les stations thermales et les stations climatiques de France.

L'organisation de ladite classe, comprise dans le groupe du tourisme et des stations thermales et climatiques présidé par M. le député Baréty, est assurée par M. Normand, directeur de la Compagnie fermière de Vichy, à qui en a été confiée la présidence, et qui est secondé dans cette tâche par M. Jean Bouloumié, administrateur-délégué de la Société générale des eaux minérales de Vittel, et par M. Pierret (de La Bourboule).

Les demandes de renseignements et les adhésions devront être adressées à M. Normand, président de la classe III-b, 24, boulevard des Capucines, à Paris.

VOYAGE DÉTUDES MÉDICALES

Le XXIIe V. E. M. aux stations françaises de cure aura lieu dans la première quinzaine de septembre 1929, dans les Cévennes et dans la région des Alpes, sous la triple direction scientifique des professeurs Paul Carnot, Maurice Villaret et Piéry. Il sera organisé par le docteur Piéry, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologique de la Faculté de médecine de Lyon.

Après la visite de la Faculté de Lyon, la concentration se fera à Vals. Le trajet s'effectuera ensuite en autocars alpins, de Briançon à Evian, où aura lieu la dislocation. Successivement seront visitées les stations climatiques et hydrologiques du Briançonnais, du Dauphiné et de la Savoie.

Le programme définitif et les conditions du voyage seront publiés aux environs de Pâques.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULÉ

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance·Agit vite·Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES &
ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café*
ou 4 à 12 pilules par jour

R. C., 185,284, Seine

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus,
du Phosphate Tricalcique
Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE ET HYPNOTIQUE
par les Succédanés de la Valériane

VALIMYL

(antispasmodique et sédatif)

Diéthylamide de l'acide isovalérianique.

Action constante

Absence d'odeur

Tolérance absolue par les estomacs les plus délicats

TOUTES LES INDICATIONS DE LA VALÉRIANE

Diminution de l'hyperexcitabilité réflexe des centres bulbo-médullaires et des nerfs périphériques.

DOSES : 4 à 8 perles, dosées à 0 gr. 05 en 24 heures (à prendre en 2 ou 3 fois au milieu des repas).

Flacon de 75 perles glutinisées.

ISOBROMYL

(Hypnotique)

α - Monobromisovalérylurée

Produit un sommeil tranquille

Sans effet secondaire fâcheux

Pas de céphalée au réveil

SPÉCIFIQUE DE L'INSOMNIE NERVEUSE

Hypnotique de choix des surmenés, des enfants nerveux et des nourrissons.

DOSES : *Adultes :* 0 gr. 50 à 1 gr. (1 à 2 comprimés) et plus chez les hyperexcitables ;
Enfants : 0 gr. 12 à 0 gr. 25 (¼ ou ½ comprimé) suivant l'âge.

Tubes de 10 comprimés dosés à 0 gr. 50.

LABORATOIRES CLIN & COMAR & Cie, *Fournisseurs des Hôpitaux. Pharmaciens de 1re Classe.*
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS-Ve. — Usine à Massy (S.-et-O.).

D. P. 110

SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE, A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER

UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE · AMENORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE BACTÉRIOLOGIE MÉDICALE

Première leçon (7 novembre 1928).

ROLE DES MICROBES DANS LA NATURE

LES MÉTHODES BACTÉRIOLOGIQUES

Par le professeur A. LEMIERRE.

Il n'est pas nécessaire d'avoir étudié la médecine pour savoir quelle place importante tiennent les maladies infectieuses dans la pathologie humaine. La lutte contre ces maladies est un sujet qui, depuis longtemps, a éveillé la curiosité du grand public. C'est un devoir pour l'Etat de se préoccuper de cette lutte et d'en prendre la direction. Alors même que les nations assemblées en Société n'arrivent que difficilement à s'entendre pour régler les grands problèmes politiques qui les divisent, elles tombent en général d'accord et acceptent de collaborer avec le maximum de loyauté quand il s'agit d'édicter des mesures générales d'hygiène et de défendre l'humanité tout entière, sans distinction de langue ni de drapeau, contre le fléau des épidémies.

Vous qui, dès le début de vos études médicales, avez pénétré dans les salles d'hôpital, vous avez pu apprécier mieux encore quels ravages les maladies microbiennes exercent parmi nous. Vous avez constaté que les services de médecine comme ceux de chirurgie sont peuplés d'infections aiguës et chroniques. On vous a appris que, même lorsque, dans la lutte qu'il a engagée contre le microbe envahisseur, l'organisme est demeuré victorieux, ce n'est souvent pas sans conserver de profondes blessures dont les conséquences se font sentir dans la suite et entraînent la mort alors que, depuis longtemps, l'infection a été mise hors de cause.

Je me propose, dans ces leçons, d'étudier les micro-organismes qui engendrent ces infections que vous voyez évoluer chaque jour ou dont vous pouvez saisir les conséquences lointaines.

Je n'aurai pas à vous exposer l'histoire des parasites microscopiques appartenant au règne animal, non plus que celle des champignons pathogènes. Les agents microbiens qui feront l'objet de cet enseignement et qui sont d'ailleurs ceux avec lesquels nous avons le plus souvent à compter dans notre pays appartiennent au règne végétal : ce sont *les bactéries* proprement dites qui s'apparentent, d'une part, aux algues sans chlorophylle et, d'autre part, aux champignons. Leur étude constitue la *bactériologie médicale.*

Mais je n'aurai garde de commencer cette étude sans vous avertir que ces bactéries, génératrices de lésions humaines, quelle que soit leur diversité, ne représentent que quelques individus d'un véritable monde d'êtres microscopiques dont nous ne devons pas ignorer l'existence. Ne vouloir envisager les microbes que sous l'angle purement médical serait faire preuve d'une tendance par trop anthropocentrique. N'avoir en vue que l'œuvre de mort accomplie par eux dans l'espèce humaine serait méconnaître le rôle immense qu'ils jouent dans la nature et ignorer qu'ils sont en réalité les artisans indispensables de la vie à la surface de la terre.

Comme l'a dit Etienne Burnet, entre la vie et la mort, il n'y a qu'une opposition apparente. Ces mots servent à désigner tout au plus deux aspects de la matière; mais la matière elle-même est impérissable. Seulement elle se transforme suivant un cycle, toujours le même, au cours duquel les êtres vivants et organisés retournent à l'état de substances minérales qui servent elles-mêmes à l'édification de nouveaux êtres vivants.

« Les végétaux, a écrit Lavoisier, puisent dans l'air qui les environne, dans l'eau et en général dans le règne minéral, les matériaux nécessaires à leur organisation. Les animaux se nourrissent ou des végétaux, ou d'autres animaux qui ont été eux-même nourris de végétaux, en sorte que les matières qui les forment sont toujours, en dernier résultat, tirées de l'air ou du règne minéral. Enfin la fermentation, la putréfaction et la combustion rendent perpétuellement à l'air atmosphérique et au règne minéral les principes que les végétaux et les animaux en ont empruntés.

Par quels procédés la nature opère-t-elle cette merveilleuse circulation entre les deux règnes ? Comment parvient-elle à former des substances combustibles, fermentescibles et putrescibles avec des combinaisons qui n'avaient aucune de ces propriétés ? Ce sont des mystères impénétrables ».

Ces mystères impénétrables ne sont plus aujourd'hui des mystères. La force, inconnue de Lavoisier, qui anime ces fermentations et ces putréfactions, nous savons qu'elle réside dans l'activité des microbes et en particulier des microbes du sol.

Les végétaux empruntent du carbone à l'acide carbonique de l'air et, grâce à la fonction chlorophyllienne, le transforment en cellulose, en amidon, en sucre et en graisse. Ils puisent dans le sol l'azote sous forme de nitrates et de sels ammoniacaux et, au moyen de cet azote, édifient des albumines.

Les végétaux seuls ont le pouvoir de tirer leur subsistance du règne minéral. Les animaux en sont incapables. Il leur faut pour vivre absorber des substances organiques toutes formées. Ils les empruntent aux végétaux ou, comme le fait remarquer Lavoisier, à d'autres animaux nourris de végétaux. Ils les incorporent et les modifient pour en constituer leur propre substance.

Lorsque les animaux ont péri, lorsque leurs cadavres gisent sur la terre ou dans la profondeur du sol, ils deviennent la proie de micro-organismes destructeurs, bactéries, moisissures, champignons, algues, mucédinées, protozoaires, qui, à travers une suite de transformations successives, les font retourner finalement à l'état de corps minéraux, tout en tirant d'eux les éléments nécessaires à leur nourriture et à leur multiplication.

Ainsi se développent les fermentations représentant des actes extrêmement complexes, où interviennent des micro-organismes d'espèces multiples. Chaque substance organique subit d'abord l'assaut d'espèces microbiennes pour ainsi dire spécialisées

dans un certain genre de travail qui, lorsque les molécules attaquées sont arrivées à un certain stade de leur désintégration, passent la main à une autre race de travailleurs qui poursuivent la tâche commencée; eux-mêmes sont remplacés par d'autres et ainsi de suite jusqu'à ce que la transformation finale en éléments minéraux simples se soit complètement accomplie.

Les amidons, les sucres, les graisses, la cellulose subissent une série de fermentations au bout desquelles il n'y a plus que de l'eau et de l'acide carbonique. Une partie de l'acide carbonique qui prend ainsi naissance passe dans l'air où il est repris par les végétaux pour servir à nouveau à la formation des substances d'où lui-même a pris naissance primitivement.

Les albumines, les composés du soufre et du phosphore sont l'objet des transformations analogues. A la surface des végétaux, dans le tube digestif des animaux existent les micro-organismes susceptibles d'entamer le processus de putréfaction grâce auquel s'accomplit, au milieu d'un dégagement de gaz putrides, la désagrégation des corps azotés complexes des tissus. La dislocation de la molécule d'albumine aboutit, en dernière analyse, à la formation d'ammoniaque et de sels ammoniacaux. C'est alors qu'interviennent les bactéries oxydantes du sol qui transforment l'ammoniaque en nitrites, puis en nitrates, aliments dont les végétaux s'emparent pour édifier à nouveau des albumines.

La mutation de l'ammoniaque en nitrates dans le sol peut être mise en évidence par une expérience très simple de Schlœsing et Muntz. On remplit de terre un cylindre de verre ou de métal ouvert à ses deux extrémités. On verse à la partie supérieure de l'ammoniaque et on recueille à l'extrémité inférieure du nitrate de chaux. Si on a chauffé préalablement la terre à 100 degrés, la transformation de l'ammoniaque en nitrate n'a pas lieu, parce que les bactéries nitrifiantes ont été détruites. Il en est de même si l'on imprègne la terre contenue dans le cylindre avec des vapeurs de chloroforme ou de sulfure de carbone qui paralysent l'activité des microbes. Mais on peut leur restituer leur activité et obtenir à nouveau du nitrate de chaux aux dépens de l'ammoniaque si l'on fait passer à travers la terre un courant d'air qui chasse les vapeurs de chloroforme ou de sulfure de carbone.

Il existe également dans le sol des bactéries qui y fixent l'azote de l'air ou celui qui peut s'y dégager sous l'action d'autres bactéries. Certaines d'entre elles s'attachent aux racines de diverses légumineuses. Elles s'y multiplient et donnent naissance à de véritables petites tumeurs qui contribuent sans doute à faciliter l'absorption de l'azote par la plante ainsi parasitée.

Comme on peut s'y attendre après ce qui précède, ce sont les terres arables qui sont particulièrement riches en microbes. Ceux-ci s'y trouvent en quantités innombrables et constituent un véritable tissu vivant sans cesse en action pour l'accomplissement des actes chimiques que nous venons de décrire. On comprend donc qu'il y ait un intérêt majeur à savoir exactement quelles sont ces bactéries et quelles conditions exaltent la multiplication des espèces dont le rôle s'avère particulièrement favorable au développement des végétaux utiles.

De longues et patientes études ont été et sont consacrées à ce sujet. Il existe à l'heure actuelle une véritable science du sol. Parmi les éléments de cette science, la *bactériologie agricole*, qui comprend, non seulement la bactériologie proprement dite du sol, mais aussi celle des fumiers, des fourrages, des eaux, vient certainement en première ligne; elle suffit à elle seule à occuper l'activité de nombreux expérimentateurs.

Où que nous nous tournions dans la nature, nous retrouvons partout l'intervention des microbes. C'est à eux que nous devons la production de la houille, de la tourbe, des huiles minérales. Les vastes accumulations de combustibles qui gisent dans les entrailles de la terre sont le résultat d'un travail millénaire accompli par des êtres microscopiques, travail sans doute arrivé à son complet achèvement pour la houille et le pétrole, mais encore en voie d'accomplissement pour la tourbe.

Ce ne sont pas d'ailleurs les matières organiques seules qui se transforment dans le sol sous l'action des bactéries. Celles-ci sont également capables de s'attaquer aux minéraux. On entrevoit maintenant que la formation de certains minerais, de certains oxydes ou sels métalliques n'est par le résultat d'une simple réaction chimique telle que nous pouvons la réaliser immédiatement dans les laboratoires. Dans le sol cette réaction s'accomplit lentement, déclenchée par des bactéries. On a décrit par exemple des ferro-bactéries auxquelles on est en droit d'attribuer la formation de l'oxyde ferrique. Cholodny (de Kiew) a montré qu'à l'extrémité de certains longs filaments d'oxyde de fer, on trouve un petit vibrion, un seul par filament, et que celui-ci semble être un produit d'excrétion du vibrion qui y est attaché.

Il existe de véritables maladies du sol dues aux bactéries. C'est ainsi que des microbes nitrificateurs ont envahi le sol calcaire du Faulhorn, dans l'Oberland bernois, si bien que cette montagne devient friable, se désagrège et s'émiette peu à peu.

L'activité des micro-organismes est si universellement répandue; elle intervient dans un si grand nombre de phénomènes que, depuis une époque lointaine et qui se perd dans la nuit des temps, l'homme est arrivé à l'annexer pour certains de ses besoins personnels.

L'utilisation des ferments était extrêmement répandue et avait donné naissance à de nombreuses et importantes industries bien longtemps avant l'époque où Pasteur a démontré que ces ferments sont des êtres vivants que l'homme à appris à faire travailler pour lui, dans le but d'améliorer les conditions de son existence.

C'est grâce à la fermentation produite par un levain, par une levure, qu'une lourde pâte formée par un mélange de farine et d'eau devient un aliment agréable et facile à digérer. Or ce temps de la

panification qui consiste à incorporer à la pâte un levain, sous l'action duquel elle se gonfle et se remplit de bulles de gaz, avant qu'on la soumette à la cuisson, est connu depuis des milliers d'années. Il était couramment employé au temps de Moïse par les Egyptiens. La decouverte des propriétés précieuses du levain est sans doute dû au hasard ou plus exactement à la sagacité de quelque observateur, qui a été dans son genre un inventeur de génie. Une des premières préparations à base de farine a certainement été la galette cuite sous la cendre, encore en usage aujourd'hui chez des peuples de civilisation peu raffinée. Une pâte abandonnée par inadvertance pendant plus longtemps qu'à l'ordinaire a dû fournir des galettes plus ou moins levées qui ont été trouvées plus agréables au goût. Ce qui a d'abord été l'effet d'un accident a été ensuite recherché volontairement et, l'expérience aidant, on en est peu à peu arrivé à ensemencer les nouvelles galettes avec de la pâte déjà fermentée.

Les boissons alcooliques, le vin, la bière, le cidre qui, depuis des siècles, font le bonheur et le malheur de l'humanité, sont également les produits de fermentations. Il en est de même du vinaigre, des fromages et d'autres dérivés du lait, kéfir, koumiss, yoghourt et aussi de la choucroûte. Enfin nous retrouvons encore des actes fermentatifs dans la tannerie, le rouissage du lin et du chanvre et dans la préparation des tabacs.

Le plus souvent les agents vivants de ces fermentations viennent spontanément du monde extérieur sans que l'homme ait à intervenir : il en est ainsi pour la fermentation du jus de raisin dont le micro-organisme se fixe sur les grappes pendant la période de maturation en plein air. Au contraire la fermentation de l'extrait de malt provenant de l'orge est réalisée artificiellement par l'addition de levure de bière à ce produit. L'industrie de la brasserie remonte à la plus haute antiquité et il est émouvant de penser qu'à travers toutes les sélections opérées au cours des siècles parmi les levures, afin d'obtenir des bières meilleures, il persiste encore actuellement des souches de ces levures procédant de celles qui ont été, il y a des milliers d'années, utilisées par les Egyptiens.

Vous voyez donc qu'il existe à côté de la bactériologie médicale et de la bactériologie agricole une *bactériologie industrielle*, science maintenant extrêmement vaste et dont le domaine s'étend chaque jour.

Cet aperçu vous donne une idée du champ qu'embrasse à l'heure actuelle la science bactériologique, et de la multiplicité des actes accomplis dans le monde extérieur par les bactéries.

Parvenus à cette étape, il est une notion générale qui ressort de ce que je viens de vous exposer et dont il faut bien vous pénétrer : c'est que chaque espèce microbienne n'est pas apte à accomplir n'importe quelle fermentation. Bien au contraire, chacune de ces espèces a dans la nature son rôle particulier. Elle est spécialisée dans un certain genre de travail et elle ne peut en principe être remplacée exactement dans ce travail par une autre espèce microbienne. C'est là une des acquisitions les plus importantes de la biologie : celle de la *spécificité des microbes*.

Cette notion, nous la devons à Pasteur et c'est un de ses plus grands mérites que de l'avoir mise en lumière. L'étude des fermentations acétique, alcoolique, butyrique l'a conduit à cette conception que chacune de ces fermentations a pour cause un agent figuré spécial, absolument distinct de ses congénères par son aspect extérieur et surtout par les réactions chimiques qu'il développe en se nourrissant aux dépens des milieux dans lesquels il pullule. Tandis que le mycoderma vini donne de l'alcool aux dépens du sucre de raisin, le vibrion butyrique, en attaquant ce sucre, produit de l'acide butyrique.

L'un et l'autre de ces agents sont incapables de décomposer l'alcool pour former de l'acide acétique, rôle qui est dévolu à une autre catégorie de germes vivants que, depuis un temps immémorial, l'homme utilise pour la fabrication du vinaigre.

Je vous ai montré que la désagrégation des molécules organiques, dans les cadavres des animaux et des végétaux, est l'œuvre de races microbiennes spécialisées, très distinctes suivant qu'il s'agit de molécules hydrocarbonées ou azotées et suivant le stade de la dégradation de ces molécules. La transformation définitive de la matière organique en substances minérales nécessite une véritable chaîne de travailleurs qui prennent la suite les uns des autres à mesure que de nouvelles fermentations sont nécessaires pour amener les corps déjà formés à un état chimique plus simple. C'est ainsi qu'Hutchinson et Clayton en 1916, puis Winogradski en 1924, ont montré qu'un micro-organisme du sol, le *spirochæta cytophaga*, ne pullule strictement qu'aux dépens de la cellulose qu'il décompose, alors qu'il est sans action sur les sucres.

D'autres agents ont, comme nous l'avons vu, pour rôle spécial la transformation de l'ammoniaque en nitrates, dont d'autres espèces enfin complètent l'oxydation en fabriquant des nitrates.

Winogradski a démontré aussi que la propriété de fixer l'azote dans le sol est l'attribut de groupes bactériens qu'il a identifiés, à l'exclusion de tous les autres.

Cette spécificité de l'activité des microbes dont la découverte par Pasteur a été un grand événement scientifique et que nous retrouvons dans les fermentations variées à l'infini qui s'accomplissent dans la nature est, au point de vue de la compréhension des maladies humaines d'une importance capitale. Elle nous explique la diversité des aspects cliniques de ces maladies et des lésions qui les caractérisent. Les microbes pathogènes pour l'homme ont, suivant l'espèce à laquelle ils appartiennent, des affinités électives pour tel ou tel tissu. Les fermentations qu'ils y suscitent, spécifiquement différentes suivant les cas, ont pour résultat des réactions différentes dans l'économie; si différentes même que, le plus souvent, du seul aspect des symptômes révélés par l'examen clinique, de la localisation de l'infection, de l'évolution de la courbe fébrile, de l'altération grossièrement appréciable des humeurs, nous pouvons conclure avec certitude à la pénétration et à la

pullulation de l'organisme de tel ou tel agent pathogène.

De même qu'il suffit à un chimiste de déterminer par l'analyse la nature des corps nouveaux apparus dans un milieu donné sous l'influence d'une fermentation pour dire quel a été l'agent figuré de cette fermentation; de même qu'il suffisait à Pasteur de goûter certains vins pour diagnostiquer les micro-organismes parasites qui avaient altéré ce vin et y avaient provoqué de véritables maladies; de même un clinicien exercé, par la seule observation du patient, est capable fréquemment à l'heure actuelle de remonter à la cause profonde des phénomènes morbides qui se présentent à ses yeux et de désigner le microbe pathogène qui leur a donné naissance.

Si les différentes branches de la bactériologie divergent dans leur objet, les techniques qu'elles mettent en jeu pour découvrir et identifier les microbes sont sensiblement les mêmes. Qu'il s'agisse d'un germe provenant de l'organisme humain ou animal ou bien du monde extérieur, il faut tout d'abord le rechercher dans le milieu où il vit au moyen de l'examen direct au microscope. Il faut ensuite le cultiver sur différents milieux et y étudier ses propriétés fermentatives. En ce qui concerne les microbes générateurs de maladie, une troisième opération est nécessaire : l'inoculation expérimentale aux animaux.

C'est à l'examen microscopique de liquides divers et notamment des infusions végétales que nous devons la découverte des micro-organismes que Wrisberg a désigné en 1764 sous le nom d' « *infusoires* » et qui ont fait l'objet des recherches de Spallanzani, d'Ehrenberg et de Dujardin : c'est la même méthode que nous continuons à employer en clinique et nous ne manquons pas, dès que nous en avons l'occasion, de soumettre au contrôle du microscope les sérosités normales et pathologiques, le pus, le sang, l'urine, les matières fécales, les fragments de tissus et d'y rechercher la présence des agents pathogènes que nous supposons pouvoir s'y trouver. Toutes les fois qu'il s'agit d'un produit liquide ou semi-liquide. d'une culture microbienne, ou même d'un tissu dissociable, je vous conseille de le mettre directement entre lame et lamelle et de l'examiner directement au microscope sans autre artifice de préparation. Il y a un grand intérêt à observer les microbes à l'état frais, vivants, dans le milieu où ils se sont développés, et de s'y rendre compte de leur véritable forme et parfois de leur mobilité. N'oubliez pas que c'est par cette simple méthode que Pasteur a distingué l'un de l'autre chez les vers à soie les micro-organismes de la pébrine et de la flacherie, et qu'il a découvert le streptocoque dans la fièvre purpurale, le staphylocoque dans le furoncle et l'anthrax.

Bien plus, le simple usage du microscope a conduit à deux découvertes d'une portée considérable.

Pasteur, en examinant entre lame et lamelle une goutte de liquide où fourmillaient les vibrions butyriques, a été frappé de voir que ceux de ces vibrions qui se trouvaient au pourtour de la lamelle et par conséquent en contact avec l'air extérieur ne tardaient pas à devenir immobiles. Ceux au contraire qui évoluaient au centre de la préparation, loin du contact de l'air, ne paraissaient aucunement souffrir et conservaient toute leur mobilité. Ceci conduisit Pasteur à penser que le vibrion de la fermentation butyrique doit être cultivé à l'abri de l'oxygène de l'air qui agit envers lui comme un véritable poison, et l'amena à la découverte de la vie anaérobie de certaines espèces bactériennes.

Autre exemple : Robert Koch avait eu l'idée d'ensemencer une goutte de sérum de bœuf avec une trace de sang provenant d'un animal atteint de charbon, et d'étudier la multiplication des bactéridies charbonneuses dans cette goutte de sérum mise entre lame et lamelle. Il eut la surprise de voir apparaître à l'intérieur des filaments bactéridiens développés sur les bords de la lamelle, au contact avec l'air extérieur et de ces filaments bactériens seuls, des grains réfringents qui n'étaient autres que des spores charbonneuses. Du même coup, par le seul examen direct de ces préparations vivantes, Robert Koch avait découvert la forme de résistance de l'agent spécifique du charbon et n'établi que la formation de cette spore ne peut s'opérer qu'au contact de l'oxygène de l'air.

L'examen microscopique des microbes à l'état frais doit être complété par leur étude sur des préparations colorées. Weigert a montré que les bactéries se teintent avec intensité par les couleurs basiques d'aniline. Grâce à ce procédé, les microbes deviennent plus visibles encore dans les liquides pathologiques et dans les coupes des tissus.

Mais la coloration des microbes ne nous permet pas seulement de les découvrir plus aisément. Elle nous permet d'établir entre eux une certaine classification car tous ne possèdent pas des affinités identiques pour les substances colorantes. C'est ainsi que certaines espèces restent colorées en violet lorsqu'après les avoir soumises à l'action du violet de méthyle, on traite les préparations par la solution iodo-iodurée de Lugol, puis par l'alcool absolu; d'autres au contraire sont décolorés par ce procédé. Celui-ci, connu sous le nom de méthode de Gram, nous permet d'orienter rapidement notre diagnostic bactériologique et souvent d'affirmer à coup sûr qu'il s'agit de telle ou telle bactérie. D'autres microbes jouissent de la propriété, lorsqu'ils ont été colorés à chaud par la fuchsine phéniquée, de résister à la décoloration par l'acide azotique dilué et l'alcool absolu. Seuls les bacilles de la tuberculose et de la lèpre ainsi que les spores microbiennes sont ainsi acido et alcoolo résistants. Vous voyez quels services ce procédé, dit procédé de Ziehl, est appelé à rendre en clinique.

Le deuxième temps de l'identification des bactéries consiste à chercher à en obtenir des cultures pures sur des milieux artificiels. Cette opération n'est en réalité qu'une réalisation volontaire de ce que l'on constate partout dans la nature.

Le contenu intestinal de l'homme et des animaux, les cadavres en putréfaction, la vase des marais, la tourbe qu'on extrait du sol ne sont que des cultures microbiennes où les espèces les plus diverses vivent

à l'état de concurrence vitale, telle ou telle espèce microbienne se multipliant électivement et prédominant sur les autres à certains moments suivant la constitution chimique du milieu. La fermentation du jus de raisin qui aboutit à la formation du vin résulte de la multiplication en culture pure dans ce jus de raisin d'un micro-organisme spécial qui y trouve les conditions les plus favorables à son existence.

Les maladies infectieuses de l'homme ne sont autre chose que l'expression de la culture dans l'organisme de certains microbes pathogènes, culture qui peut submerger l'économie tout entière comme dans la septicémie charbonneuse ou qui peut se cantonner à un seul appareil comme dans la pneumonie et la méningite cérébro-spinale.

Si les micro-organismes ont une tendance spontanée à pulluler dès qu'ils trouvent, dans les conditions naturelles un milieu qui convient à leur existence et qui est apte à les nourrir, l'homme a depuis un temps immémorial réalisé des cultures microbiennes artificielles pour son utilité personnelle. Le boulanger qui introduit le levain dans la pâte, l'ensemence avec des levures afin qu'elles y cultivent et y produisent les modifications qui l'améliorent. Les Tartares et les Kirghises versent dans une outre de lait frais un peu de lait aigri renfermant les ferments vivants dont la multiplication produit le koumiss ou le kéfir. Le brasseur ensemence avec des levures sélectionnées un moût obtenu par épuisement des grains d'orge germés, torrifiés et concassés, et veille à ce qu'aucun germe parasite ne vienne troubler la fermentation désirable.

C'est à Pasteur que nous devons d'avoir transporté dans les laboratoires et d'avoir perfectionné ces méthodes qu'une expérience séculaire avait mises entre les mains de l'homme. Grâce à ses patientes études sur les fermentations dont il avait pénétré la cause, grâce aux notions qu'il avait acquises sur l'ubiquité des germes dans le monde extérieur, grâce aux travaux où il avait péremptoirement réfuté l'existence de la génération spontanée, grâce à sa connaissance profonde de la physiologie des êtres microscopiques, il a créé de toutes pièces le matériel toujours en usage parmi les bactériologistes. Il a réglé d'une façon définitive les opérations successives qui nous permettent d'obtenir les microbes en culture pure.

Les microbes sont des êtres vivants, constitués par des substances organiques azotées et non azotées et par des sels minéraux. Ils ont donc besoin, comme tous les êtres vivants, d'eau et ne peuvent vivre que dans un certain degré d'humidité. Ils respirent; il leur faut de l'oxygène que les uns empruntent à l'air extérieur : ce sont les *aérobies*; les autres au milieu dans lequel ils se développent et où ils déterminent des phénomènes de réduction : ce sont les *anaérobies*. Enfin il leur faut trouver pour le nourrir des hydrates de carbone, de l'azote et des sels minéraux.

Pasteur a d'abord utilisé comme milieu de culture des infusions végétales, de l'urine et aussi une solution aqueuse de sucre candi et de tartrate d'ammoniaque auquel il ajoutait de la cendre de levure. Avec ses collaborateurs, il s'est attaché à découvrir quelles modifications on peut apporter à ce dernier milieu, dit milieu minéral, soit en faisant varier les proportions des substances que nous venons de citer, soit en l'additionnant d'autres corps inorganiques ou organiques, afin de favoriser plus particulièrement le développement de telle ou telle espèce. Un de ses élèves, Raulin, est parvenu, à force de tâtonnements, a trouver un milieu ne comportant pas moins de douze substances qui convient tellement bien à l'aspergillus niger que non seulement il donne les récoltes les plus abondantes de ce champignon microscopique, mais qu'abandonné à l'air libre, et exposé aux contaminations par les germes venus de l'extérieur, il laisse se développer seulement l'aspergillus qui n'a pas à y redouter la concurrence vitale des autres germes.

Lorsque Pasteur a abordé l'étude des micro-organismes pathogènes, il a commencé à se servir comme milieu du bouillon de viande qui, sous forme de bouillon peptoné, est le milieu encore actuellement le plus employé dans les laboratoires. Ensuite un grand progrès a été réalisé grâce à l'introduction en bactériologie, par Koch et par Schrœter, des milieux en cultures solides : sérum de bœuf coagulé, gélatine et gélose, permettant d'étudier l'aspect spécial des différentes colonies et d'en tirer un élément de distinction des espèces microbiennes.

Depuis lors, les milieux de culture se sont multipliés et perfectionnés, à mesure que l'on a mieux appris à connaître les aptitudes respectives des diverses races de germes. L'adjonction aux milieux usuels de liquides organiques, sang, ascite, bile, ou bien de glycérine, de sucres, de sels métalliques, de substances colorantes permet ou bien de faire pousser plus facilement les bactéries ou bien d'étudier leurs propriétés fermentatives spécifiques et d'établir entre elles une discrimination plus précise.

Mais les substances que l'on emploie pour la fabrication des milieux et aussi les récipients où on les enferme, sont nécessairement pollués à l'avance par des bactéries qui sont elles-mêmes susceptibles de se multiplier et d'envahir le milieu de culture dès qu'elles en trouvent l'occasion favorable.

Pasteur qui, dans ses controverses mémorables avec Pouchet, avait établi qu'un être vivant ne peut naître que d'un être vivant de même espèce et que la génération spontanée n'existe pas, n'avait pu rendre évidentes pour tous ses conclusions qu'en réglant minutieusement les mesures à prendre pour débarrasser complètement les récipients et les milieux des germes qui les souillent préalablement et aussi pour les mettre ensuite à l'abri de ceux qui peuvent être apportés par l'air. Il a montré que la simple ébullition est insuffisante pour détruire les spores microbiennes susceptibles de germer ultérieurement. C'est pourquoi il nous a enseigné à utiliser le flambage, c'est-à-dire le chauffage dans un four spécial, à une température de 170 à 180 degrés, de toute la verrerie de laboratoire, tubes, éprouvettes, matras, ballons, pipettes dont l'orifice a été préalablement bouché avec une bourre de coton, qui dans la suite agit comme un filtre et

laissé passé l'air mais arrête les poussières de l'atmosphère chargées de micro-organismes.

Quant aux milieux de culture, la chaleur sèche est inutilisable pour les stériliser, car elle les priverait de leur eau de constitution. Il a donc, avec ses collaborateurs imaginé de les soumettre, dans des autoclaves, à l'action de la vapeur d'eau sous pression à la température de 110 à 120 degrés.

Certains milieux qui pourraient être altérés par une température si élevée sont stérilisés par une série de chauffages successifs à 60 degrés, suivis de refroidissements, méthode imaginé par Tyndall et qui assure la destruction des spores.

Les milieux ainsi privés de germes et enfermés dans des récipients aseptiques doivent être ensemencés avec des produits recueillis dans des conditions telles que les microbes qu'ils contiennent et qu'on se propose d'identifier soient portés sur ces milieux sans risquer d'être contaminés entre temps par des microbes étrangers. Ces produits à examiner sang, humeurs, pus, sérosités, tissus, doivent être prélevés au moyen de pipettes stériles, de fils métalliques flambés et ensemencés immédiatement. Il y a là toute une série de manipulations dont on acquiert rapidement la pratique et qui permettent d'obtenir des cultures pures.

Enfin, les cultures ne peuvent se développer que dans certaines conditions de température. On se sert depuis Pasteur d'armoires chauffantes, d'étuves, à température maintenue fixe au moyen d'un régulateur.

La température la plus favorable à la majorité des germes est 37 degrés. Elle peut être différente pour certaines espèces. Ajoutons qu'un milieu solide fréquemment employé, la gélatine, étant fusible à 25 degrés, on règle à 22 degrés les étuves destinés aux cultures sur cette substance.

L'étude d'un germe pathogène doit être complétée comme je vous l'ai dit, par son inoculation en culture pure à un animal et par l'observation des troubles morbides et des lésions occasionnées chez cet animal par cette inoculation. Là encore, la bactériologie n'a fait qu'utiliser, dans un but scientifique, une pratique fort anciennement connue.

L'expérience avait prouvé, depuis un temps immémorial, qu'on peut transmettre certaines affections d'un individu malade et un individu sain, en introduisant dans l'organisme sain divers produits provenant de l'organisme malade. C'est ainsi qu'on retrouve en Bretagne et dans certaines régions d'Afrique la coutume d'insérer un peu de sang provenant d'animaux atteints de charbon dans une petite incision faite au bout de la queue des bovidés pour leur conférer une atteinte légère de cette maladie, qui, une fois guérie, met ces bovidés à l'abri d'une contamination accidentelle plus sévères. Les peuples d'Orient, depuis la plus haute antiquité, avaient imaginé d'introduire sous la peau des personnes saines du pus de pustules varioleuses ou des croûtes varioleuses, pour provoquer chez elles l'apparition d'une variole discrète, mais qui leur communiquait une résistance définitive contre cette maladie si meurtrière. Vous savez que de cette pratique est née, entre les mains de Jenner, la vaccination antivariolique, qui est également un exemple d'inoculation expérimentale appliquée comme une mesure prophylactique.

Dès le début du XIXe siècle nous voyons les savants avoir recours à l'inoculation de produits morbides, non plus dans un but utilitaire, mais avec l'intention de démontrer la transmissibilité et la contagiosité de certaines maladies. Grüner et le comte de Salm-Reiferschied, puis Magendie et Breschet provoquent la rage chez le chien en lui injectant la salive d'animaux enragés. Barthélemy, Leuret, puis Rayer, Davaine, Brauell, Delafond reproduisent expérimentalement le charbon chez des animaux neufs en leur inoculant le sang d'animaux charbonneux, Rayer en 1837 transmet la morve de l'homme à l'animal. Villemin en 1866 démontre que la tuberculose est une maladie virulente et contagieuse en la reproduisant chez des lapins auxquels il injecte des crachats de phtisiques et du pus de tubercules caséeux.

Mais c'est Pasteur qui le premier a pu inoculer à l'animal, parce qu'il est le premier à les avoir obtenues, des cultures microbiennes pures, ne contenant plus rien des produits organiques où ils existaient au moment où on les avait prélevés chez les hommes ou les animaux malades; c'est ainsi qu'il a pu réaliser tout d'abord expérimentalement le charbon et le choléra des poules. Il a mis hors de doute par ces expériences que les microbes suffisent à eux seuls à déterminer les infections.

Actuellement l'inoculation expérimentale n'est pas seulement un moyen d'étude des germes pathogènes; elle est également un procédé de diagnostic clinique. Nous injectons dans ce but à des animaux des liquides ou des fragments de tissus provenant des patients lorsque nous savons que les micro-organismes qui s'y trouvent sont trop rares pour être découverts à l'examen direct ou bien parce qu'ils sont impossibles à obtenir par culture. C'est grâce à cette méthode que nous sommes souvent amenés à établir l'existence d'une lésion tuberculeuse ou d'une spirochétose ictérigène.

Enfin il est une catégorie d'agents pathogènes si ténus qu'il a toujours été impossible de les découvrir à l'examen direct par le microscope et même par l'ultramicroscope. Par une singulière coïncidence nous ne savons pas encore en obtenir des cultures. Ce sont les virus dits filtrants ou plus exactement filtrables, parce qu'ils traversent les filtres de porcelaine ou de terre d'infusoires. Nous ne les connaissons que par les maladies qu'ils déterminent et nous avons appris dans quels tissus et dans quelles tumeurs ils résident.

Le virus de la rage est, parmi ceux-là, le plus anciennement connu. Pasteur a montré, grâce à l'inoculation, qu'il se fixe dans les centres nerveux des animaux enragés. Nous n'en savons pas beaucoup plus actuellement que Pasteur sur la nature du virus rabique, et il est merveilleux de penser que ce savant, armé de cette seule constatation, soit parvenu à découvrir la vaccination préventive contre cette redoutable maladie.

A côté de la rage je puis vous citer, parmi les

maladies à virus filtrant le typhus exanthématique, la fièvre jaune, la rougeole, l'influenza, l'encéphalite léthargique, la poliomyélite aiguë. Nous sommes certains que les virus de ces infections se trouvent dans le sang, dans l'expectoration, dans les centres nerveux parce que ces produits, après filtration, restent virulents et déterminent soit chez les animaux, soit même chez les hommes à qui on les inocule des réactions morbides caractéristiques.

Telles sont les méthodes générales utilisées en bactériologie pour la découverte et l'identification des microbes. Dans les leçons qui vont suivre, où vous apprendrez à connaître les plus importants des micro-organismes pathogènes et l'action qu'ils exercent sur l'organisme humain, vous jugerez des services que nous rendent ces méthodes dans la pratique médicale. Vous mesurez les progrès qu'elles nous ont permis de réaliser dans le domaine du diagnostic, de la prophylaxie et du traitement des maladies infectieuses.

Ces notions, qui nous sont indispensables, constituent un ensemble assez vaste et dont je m'efforcerai de dégager l'essentiel. Mais, comme je vous l'ai dit en débutant, elles ne représentent qu'une faible part de ce que nous enseigne la bactériologie. C'est pourquoi, avant de les aborder directement, j'ai tenu à vous montrer jusqu'où s'étendent les ramifications de cette science et à vous donner un aperçu du rôle que jouent les microbes dans la nature. De savoir que ce rôle est immense et que nous ne pourrons en embrasser qu'une partie ne diminue en rien l'intérêt du sujet auquel nous devrons forcément nous limiter ici.

Aucune perspective ne me paraît davantage au contraire propre à stimuler la curiosité de ceux qui ont le goût de l'étude et de la recherche.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1929)

Sir Almroth E. Wright (de Londres), associé étranger, assiste à la séance.

Eloge du professeur Delorme. — M. Gosset donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. le médecin inspecteur général Delorme, ancien président.

La séance est levée en signe de deuil pendant quelques minutes.

Une motion de M. le professeur Hayem. — M. le professeur Hayem annonce à l'Académie la mort de M. le professeur Sicard. Bien que ce dernier n'appartînt pas à la Compagnie, il demande à l'Académie d'adresser des condoléances à la Faculté de médecine si durement éprouvée, à Mme Sicard et sa famille.

Cette motion recueille un assentiment unanime.

Notice. — A la reprise de la séance, M. Levaditi lit une notice sur M. Billard (de Clermont-Ferrand), récemment décédé.

Transfusion du sang dans le cœur pour une hémorragie profuse au cours d'une fièvre typhoïde, suivie de guérison. — MM. Achard, Cournand et Mlle Pichot rapportent l'observation d'une femme de vingt-huit ans atteinte d'une fièvre typhoïde dont le séro diagnostic ne devint positif qu'au cinquante-deuxième jour, pendant une seconde rechute. Des hémorragies étant survenues au cours de la première rechute, on avait fait des injections de sérum artificiel. Puis l'état devenant alarmant on prépara une transfusion sanguine. Comme le collapsus des veines empêchait l'injection intraveineuse et que la malade était mourante on injecta 400 centimètres cubes de sang citraté dans le cœur, au troisième espace près le bord gauche du sternum. Le pouls reparut et l'amélioration fut rapide. On continua les injections de sérum artificiel et le malade guérit.

Ce mode de transfusion ne saurait être évidemment qu'exceptionnel et ne convient qu'au cas d'extrême urgence.

Note sur la fièvre typhoïde en 1928 et sur le rôle des champs d'épandage dans la propagation de cette maladie. — M. Brouardel présente des observations sur les cas de fièvre typhoïde qu'il a observé en 1928 : ces cas ont été plus fréquents chez la femme; chez l'homme, ils ont atteint presque exclusivement les sujets non vaccinés antérieurement. Le bacille d'Eberth a été seul en cause dans tous les cas depuis le mois de juin.

M. Brouardel incrimine, comme cause d'une grande quantité de ces cas les légumes cultivés dans les champs d'épandage de la banlieue. Il rappelle à ce sujet qu'au début, l'épandage ne devait être fait que dans des terrains destinés au pâturage ou à des vergers, mais que peu à peu, en raison du gain formidable que comportait la culture des légumes, celle-ci se trouve généralisée.

En conclusion, il demande leur suppression.

L'exercice dans les maladies de la nutrition. — M. Boigey montre que l'homme qui prend de l'exercice assimile et élimine mieux que le sédentaire. Chez celui-ci, dont les cellules ne sont pas copieusement oxygénées, la dégénérescence et la surcharge graisseuse sont la règle.

Pneumonie des noirs. — MM. J. Legendre et Phiquepal d'Arusmond ont obtenu, dans le traitement de la pneumonie des noirs en Haute-Volta, 50 p. 100 seulement de guérisons par le sérum antipneumococcique à la dose quotidienne de 80 à 100 centimètres cubes par jour pendant trois ou quatre jours, contre 88 p. 100 par une dose unique de 10 centimètres cubes de sérum antivenimeux ou antidiphtérique.

D'après eux la « spécificité », au sens thérapeutique du mot, des sérums antivenimeux et antidiphtérique n'est pas le fait d'une simple protéinothérapie.

Congrès du Caire. — M. Tuffier lit un rapport sur la mission dont il a été chargé au Congrès tropical du Caire.

Election. — M. Portier, professeur de physiologie comparée à la Faculté des sciences est élu par 65 voix sur 70 votants, membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques) en remplacement de M. Albert Robin. — M. Louis Bazy a obtenu 1 voix, M. Strohl 3 voix, M. Zimmern 1 voix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1928)

A propos de l'épithélioma de la langue. — M. Mouré estime que le point de vue le plus important est celui de la valeur comparative du traitement du cancer de la langue par la chirurgie seule et par le radium; il continue à être d'avis d'éviter la biopsie; il faut toujours pratiquer un évidement ganglionnaire bilatéral du cou, le mieux en cette chirurgie est de faire de larges exérèses dans les cas peu étendus.

Os supra-condylien. — M. MOUCHET présente des radiographies où l'on voit l'os supracondylien.

A propos du Mikulicz. — M. MÉTIVET, par l'emploi systématique du Mikulicz après les hystérectomies élargies depuis plusieurs années, n'a perdu aucune malade.

Fracture du cotyle. — M. MAUCLAIRE apporte une observation de fracture du cotyle; guérison après application d'une forte extension continue.

Obstruction intestinale par calcul biliaire. — M. AUVRAY, chez une femme en occlusion depuis quatre jours, enleva un calcul biliaire; malgré la simplicité de l'opération, la malade mourut quatre jours plus tard.

Chlorure de sodium en solution hypertonique et occlusion intestinale. — M. GOSSET fait un rapport sur une observation de M. MICHEL (de Marseille) qui, chez un enfant de quatre mois opéré pour invagination intestinale, guérit son malade par lavements de 50 grammes de solution salée hypertonique.

M. GOSSET rappelle l'observation qu'il a publiée à ce sujet avec MM. BINET et PETIT-DUTAILLIS.

M. CHEVASSU, à l'appui de ce que vient de dire M. GOSSET, rapporte une observation de M. NORA qui a obtenu un excellent résultat par les injections salées hypertoniques.

Accidents consécutifs aux injections de lipiodol. — M. DUVAL fait un rapport sur une observation de M. SICARD (d'Oran) qui a observé une réaction pelvienne importante chez une jeune femme ayant subi une injection lipiodolée intra-utéro-tubaire.

L'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire compliquée d'ictère. — MM. BENGOLEA et SUAREZ (rapport de M. HARTMANN) conseillent, avant d'intervenir, de traiter médicalement par le tubage duodénal les malades atteints d'ictère.

MM. DUVAL et GOSSET sont du même avis et ont eu les meilleurs résultats en employant cette méthode.

Opération dans un cas de syringomyélie. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation de M. ZENO qui, après laminectomie, effondra la paroi d'une cavité intramédullaire et obtint ainsi une amélioration prolongée.

M. ROBINEAU a également obtenu dans un cas semblable une amélioration nette.

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1928)

A propos des injections de lipiodol. — Pour M. PROUST, il faut être très prudent en pratiquant les injections intra-utérines de lipiodol, ne pas le faire avant la date des règles ni dans les cas de lésions des annexes, et ne jamais dépasser la pression de 30 centimètres de mercure.

M. LECÈNE rapporte une observation de M. C. BÉCLÈRE qui a eu un accident provoqué par l'injection de lipiodol : poussée bilatérale de salpingite qui a guéri par le traitement médical.

Solutions de sérum hypertonique et occlusion. — M. KÜSS, à propos de la communication récente de M. GOSSET, rappelle que les solutions hypertoniques ne sont absorbées par l'intestin que lorsqu'elles sont devenues isotoniques.

Fractures du calcanéum. — M. MAUCLAIRE présente la radiographie d'une fracture par éclatement du calcanéum.

Rupture du tendon du quadriceps. — M. CADENAT fait un rapport sur deux observations de MM. VANLANDE et GUILLEMIN; opérations pour rupture ancienne du tendon du quadriceps.

Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. — M. CHASTENET DE GÉRY (rapport de M. AUVRAY), intervenant chez un homme présentant une petite tumeur développée après un traumatisme au niveau de la racine de la cuisse, trouva une poche remplie de liquide hémorragique communiquant avec l'articulation.

Ligatures des carotides pour cancers cervicaux. — M. CHASTENET DE GÉRY (rapport de M. AUVRAY) a pratiqué, dans des cas de cancers cervicaux et bucco-pharyngés inopérables, 11 ligatures des carotides, 3 fois de la carotide primitive, 8 fois de la carotide externe.

Résection du côlon pelvien pour volvulus. — M. AUMONT (de Versailles) [rapport de M. OKINCZYC] a opéré une femme de trente ans pour un volvulus du côlon pelvien; il fit d'abord une détorsion de l'anse, puis une extériorisation et résection; après application d'entérotome il fit une dernière suture pour arriver à la fermeture de l'anus artificiel.

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. CHEVASSU fait un rapport sur une observation de M. GRIMAULT (d'Algrange), sur une fracture du bassin avec disjonction de la symphyse pubienne.

Election du bureau pour 1929. — M. CUNÉO est nommé président; M. GOSSET, vice-président; M. LECÈNE, secrétaire général; MM. CADENAT et BASSET, secrétaires annuels.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1929)

Injections salées hypertoniques et occlusion. — M. GOSSET n'a jamais parlé personnellement d'injections intrarectales, mais seulement de la voie intraveineuse. C'est M. MICHEL qui, comme pis-aller, a employé cette voie chez un nourrisson de quatre mois.

Disjonctions de la symphyse pubienne. — M. MAISONNET en a observé six cas, qui ont tous guéri; pour lui, il n'y a que les très larges disjonctions du pubis qu'il faut opérer.

Kystes de l'ovaire à pédicule tordu. — M. KÜSS fait un rapport sur quelques observations dues à M. KOUTODINA (d'Athènes), de kystes tordus pris pour appendicites.

Cholécystite avec hématémèses. — M. MOULONGUET (rapport de M. CADENAT) envoie une observation d'hématémèses au cours de cholécystite calculeuse non ictérique.

Sympathectomies péri-artérielles pour troubles trophiques des membres. — M. ROBINEAU fait un rapport sur deux observations de M. FERRET (de Saint-Malo); ulcérations des pieds et des jambes améliorées par la sympathectomie pratiquée sur la fémorale commune.

Occlusion intestinale grêle par sténose fibreuse suite de hernie crurale étranglée. — M. MATHIEU rapporte une observation de M. MATRY (de Fontainebleau); sténose en virole du grêle consécutive à une ancienne kélotomie pour hernie crurale étranglée.

Migration d'un épi de graminée à travers les voies respiratoires. — Une observation de MM. LAMARE et LARJET (de Saint-Germain) rapportée par M. MATHIEU; abcès thoracique chez un enfant; à l'incision on trouve dans le pus un épi de graminée que l'enfant avait avalé deux mois avant.

Anesthésie des splanchniques. — M. HARTMANN fait une étude de cette méthode d'anesthésie, à propos de deux travaux adressés par MM. BAQUIÉ (de Buenos-Aires) et ZENO (de Rosario).

Action des courants de haute fréquence. — M. HEITZ-BOYER emploie un nouvel appareil et étudie l'action des courants à haute fréquence à ondes entretenues; cette méthode lui rend les plus grands services dans la chirurgie des cancers et en général pour l'ablation de toutes les tumeurs saignantes.

(SÉANCE ANNUELLE DU 16 JANVIER 1929)

Après le discours de M. OMBRÉDANNE, président sortant, et le rapport de M. BRÉCHOT, secrétaire annuel, M. LENORMANT prononce l'éloge de Malgaigne. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 9, p. 168.)

(Pour les prix décernés, voir *Gaz. des hôpit.*, n° 5, p. 73.)

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1929)

Ulcères de jambe et splénomégalie. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur un travail de MM. LOMBARD et NANTA, et y joint deux observations personnelles.

Sérum hypertonique et occlusion intestinale. — M. KÜSS revient sur cette question en réponse à la note de M. GOSSET.

Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. — M. SORREL, après l'observation de M. CHASTENET DE GÉRY, rapporte un cas personnel de la même lésion chez un malade qui lui avait été adressé pour coxalgie.

Tumeur sacro-coccygienne. — M. SORREL fait un rapport sur une observation de M. ROCHER (de Bordeaux), de volumineuse tumeur sacro-coccygienne extirpée à la vingt-quatrième heure de la vie; suites immédiates simples, mais mort le quarante-cinquième jour.

Ulcères gastriques perforés. — M. POLONI (rapport de M. BASSET) a envoyé un travail sur 11 cas d'ulcères perforés de l'estomac avec 9 guérisons.

Purpura hémorragique et splénectomie. — M. P. DUVAL fait un rapport sur un travail de MM. J. QUÉNU et SPAZANOVITCH : purpura hémorragique, splénectomie, bon résultat immédiat, mort au bout de onze mois par reprise des hémorragies. Le rapporteur fait une longue étude de ces cas de purpura hémorragique récidivants.

Tumeur à myéloplaxes. — M. GOUVERNEUR (rapport de M. BAUMGARTNER) envoie une observation de tumeur osseuse à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du tibia chez une jeune fille de dix-neuf ans; opération, guérison.

M. OMBRÉDANNE voudrait qu'au lieu de tumeurs à myéloplaxes on appellat ces lésions ostéites fibreuses ou sarcomes à myéloplaxes; pour lui la notion de la continuité de la corticale n'est pas exacte; très souvent il y a des anfractuosités dans l'os et la corticale est rompue.

M. DUJARIER a opéré récemment une de ces tumeurs à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur; là aussi la corticale était rompue; il a pu évider le fémur sans ouvrir l'articulation et n'a pas placé de greffes dans la cavité; la malade a guéri très lentement.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1929)

M. LAIGNEL-LAVASTINE cède le fauteuil de la présidence à M. BABONNEIX.

Paralysie infantile avec symptômes insolites. — M. L. BABONNEIX présente une jeune fille, qu'il a jadis soignée pour une paralysie infantile, et qui conserve, en plus des symptômes habituels, un double signe de Babinski, de la thermoanesthésie, de l'incontinence d'urine et un syndrome de Cl. Bernard-Horner droit. Si la signification du premier de ces phénomènes morbides peut encore être discutée, les autres sont faciles à comprendre. Ils relèvent de lésions qui intéressent, pour le second, la substance grise centro-postérieure, pour le troisième, la moelle sacrée à la hauteur de S^3-S^4, pour le dernier, les origines médullaires des fibres irido-dilatatrices, à droite. Ce nouveau fait illustre l'opinion, aujourd'hui bien établie, que les lésions de la paralysie infantile ne sont pas systématisées sur la substance grise de la corne antérieure de la moelle, mais la débordent largement.

En ce qui concerne l'extension de l'orteil, M. Bourguignon, qui a étudié les chronaxies de la malade, et qui a trouvé des troubles dans le territoire tibial postérieur, pense qu'elle peut représenter un « pseudo-signe de Babinski ». Mais M. Babonneix est porté à incriminer une lésion du faisceau pyramidal, car les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs, il y a du clonus du pied et un phénomène des raccourcisseurs. M. A. Thomas fait remarquer, d'ailleurs, que, d'après les recherches en cours de Lapicque, les lésions des neurones centraux peuvent altérer la chronaxie.

Un cas d'hémiplégie pleurale, avec convulsions, ayant évolué rapidement vers la mort. Ramollissement blanc de la région temporo-occipitale. — MM. Léon TIXIER, Yvan BERTRAND, DE SÈZE et Paul DUCAS. Il s'agit d'un malade atteint d'abcès pulmonaire streptococcique avec pleurésie séro-fibrineuse aseptique interlobaire, qui a déjà supporté trois ponctions sans incidents. La quatrième, faite profondément avec une aiguille à ponction lombaire, donnait issue à un peu de sang, lorsque se produisit une syncope, puis une hémiplégie flasque gauche. Très vite apparurent des convulsions, d'abord à type bravais-jacksonien, puis généralisées, des contractures des quatre membres, avec clonus et signe de Babinski. Le pouls était ralenti. La mort survint quinze heures après le début. L'examen du cerveau montra l'existence d'un ramollissement blanc de la région temporo-occipitale. Il y avait une agénésie du corps calleux. Mais, pendant la vie, il n'y avait pas trace de syndrome calleux.

Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer l'examen dans de bonnes conditions (formolage in situ, examen histologique minutieux), sur la rareté de pareilles constatations, qui plaident en faveur de l'origine embolique de l'hémiplégie pleurale, et sur leur intérêt médico-légal. Il importe de se garder des ponctions intrapulmonaires répétées avec de grosses aiguilles.

M. HAGUENAU signale que, expérimentalement, chez le cobaye et chez le lapin, il n'a pu réaliser l'épilepsie pleurale qu'à condition d'exciter directement la plèvre viscérale par le chaud ou par le froid.

MM. J. LHERMITTE, A. THOMAS et A. SOUQUES rappellent que, dans certains cas d'épilepsie pleurale, il était impossible d'invoquer une piqûre intrapulmonaire, ni un mécanisme embolique, soit que les accidents apparussent aussitôt après l'incision de la peau, soit qu'ils se produisissent à l'occasion d'un lavage de la plèvre et se reproduisissent même plusieurs fois, et exclusivement après un tel lavage.

Réflexe de raccourcissement dans un cas d'hémi-hypertonie extrapyramidale avec torticolis. — MM. H. BARUK et POUMEAU-DELILLE présentent un malade de trente-sept ans, atteint d'une hémihypertonie gauche datant de la première enfance, avec un torticolis permanent tonique du même côté apparu à l'âge de vingt-huit ans.

L'hémihypertonie prédomine au membre supérieur et à l'extrémité distale, revêt un type plastique et extrapyramidal, et surtout elle s'accompagne d'une attitude en flexion de tous les segments du membre supérieur gauche avec doigts allongés. Cette attitude semble dépendre d'un véritable réflexe de raccourcissement. En effet, après une flexion passive de l'avant-bras sur le bras de 45 degrés, on note une contraction spontanée, progressive du biceps qui, peu à peu et très lentement, amène l'avant-bras en flexion aiguë sur le bras.

Les auteurs discutent la nature du phénomène, et le différencient d'une exagération du réflexe de posture, ainsi que du « réflexe des protagonistes » de Jarkowski, et du phénomène de l'anticipation passive.

La scopolamine fait disparaître à la fois le phénomène et la contracture, ce qui élimine l'intervention d'un élément volontaire.

M. J. LHERMITTE rappelle que Foerster avait signalé, chez les athétosiques, un fait un peu analogue : le mouvement passif déclenche une contraction qui s'étend peu à peu, par une sorte de mouvement de reptation, aux groupes musculaires voisins.

Un cas de myopathie associée à un syndrome pluriglandulaire. — MM. LHERMITTE, Jacques DE MASSARY et Yves DUPONT. En dehors des formes caractéristiques de la myopathie progressive, il existe des types aberrants, dont le diagnostic est des plus malaisés. Le malade présenté appartient à cette catégorie. En effet, la maladie s'est montrée anormale dans ses localisations et dans son évolution; dans plusieurs hôpitaux, les diagnostics les plus differents ont été portés : de tabes, d'insuffisance surrénale, de myasthénie.

Le malade, âgé aujourd'hui de quarante-huit ans, présente, depuis l'âge de trente-quatre ans, une faiblesse progressive, actuellement très marquée, des membres inférieurs, qui permet à peine la marche. La parésie s'accuse aussi, bien que moins fortement sur le tronc, sur les membres supérieurs et sur le facies, qui présente le type d'Hutchinson. L'atrophie se montre hors de proportion avec la faiblesse musculaire. C'est ainsi qu'aux jambes, où la force est extrêmement faible, les muscles ont gardé un volume assez considérable; à la cuisse, au contraire, où l'atrophie est très fortement marquée sur le tiers inférieur, les mouvements ont une amplitude et une force remarquables. Aux membres supérieurs et au tronc, l'atrophie semble faire défaut, et cependant la débilité motrice est saisissante. Enfin on remarque une atrophie des petits muscles de la main et une parésie bilatérale incomplète des muscles faciaux.

Tous les réflexes sont présents, sauf les réflexes achilléens. Les réactions électriques se montrent très diminuées, mais non pas perverties. Il s'agit donc d'une myopathie très atypique. Elle se distingue surtout par une diminution extrême de la force musculaire, qui contraste avec la conservation relative du volume des muscles, mais aussi par la localisation de l'atrophie à l'extrémité inférieure des cuisses et aux petits muscles de la main.

Le diagnostic de myopathie peut être affirmé grâce à la biopsie, qui a été faite en plein muscle du mollet, dans une région qui ne paraît pas très atrophiée, et qui présente, cependant, des lésions considérables et diffuses des fibres musculaires de type myopathique, avec intégrité complète des filets nerveux.

Cette observation comporte un autre intérêt, en raison de l'incertitude absolue de nos connaissances sur l'origine de la myopathie : c'est l'existence, ici, d'un syndrome pluriglandulaire, qui s'affirme par la pigmentation de la peau, l'affaiblissement de la pression artérielle, l'asthénie morale et physique, l'atrophie testiculaire très prononcée.

Vraisemblablement, les lésions glandulaires sont à rapporter à une syphilis ancienne. Les rapports entre l'insuffisance endscrinienne, surtout surrénale, et la myasthénie, qui ont été démontrés sans conteste, permettent de poser le problème de la relation entre l'insuffisance pluriglandulaire et les altérations myopathiques.

Chez le malade présenté, la précession des altérations glandulaires sur la myopathie montre que l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre l'insuffisance endocrinienne et la myopathie ne doit pas être négligée.

Un cas de goitre exophtalmique familial. — MM. CROUZON et HOROWITZ.

L'influence de la ponction lombaire sur la narcolepsie en apparence idiopathique. — M. J. LHERMITTE et Mlle Alice ROQUES. Chez une jeune fille de vingt ans, qui fut présentée à la Société en novembre dernier, et chez laquelle les attaques de sommeil quotidiennes semblent ne se rattacher à aucune cause saisissable, les auteurs ont pratiqué une ponction lombaire, à titre à la fois de moyen de diagnostic et de traitement.

La rachicentèse a montré : 1° une hypertension nette du liquide céphalo-rachidien, dont la pression s'élevait à 55 au manomètre de Claude; 2° une abondance anormale de liquide, puisqu'il a fallu, pour ramener la pression à 20, soustraire 20 centimètres cubes.

Le liquide s'est montré normal de tous points par ailleurs, mais cette malade, assez docile, se leva dès le lendemain de la la rachicentèse, et ne présenta aucune trace de céphalée. Bien plus, pendant huit jours, les accès s'éteignirent, de telle manière que la malade se crut guérie. Depuis quelques jours, quelques accès reviennent le soir vers six heures.

Bien que, du point de vue thérapeutique, la ponction lombaire ne présente qu'un intérêt très modéré, on ne saurait trop souligner le fait que la soustraction du liquide amène une suspension des accès pendant huit jours, alors que toutes les autres thérapeutiques avaient complètement échoué. L'influence de la rachicentèse s'explique assez bien par l'hypertension liquidienne constatée, et l'on peut se demander si la ponction lombaire n'agit pas ici de la même manière que dans le diabète insipide ou dans la glycosurie de certains diabétiques, en modifiant l'état fonctionnel des centres organo-végétatifs, qui se trouvent situés à la face ventrale du cerveau. C'est un nouvel argument en faveur de l'origine organique, et sans doute mésocéphalique, des narcolepsies dites essentielles.

Le Médecin-inspecteur général DELORME

1847-1929

Il y a quinze jours, le professeur Delorme était encore à l'Académie, plein de santé, et il faisait une communication sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde à Lunéville. Une mort soudaine vient de l'emporter.

C'est un lorrain de vieille souche qui disparaît, il avait toutes les qualités de solidité de sa race : la volonté, la ténacité, l'amour du travail et aussi l'amour du terroir. Né à Lunéville en 1847, ancien élève du collège de cette ville, il s'y était retiré depuis son passage au cadre de réserve et s'était consacré, en savant et en artiste, à la création d'un musée historique dans sa chère ville lorraine.

Edmond Delorme, entré au service en 1866, comme élève à la vieille école de Strasbourg, passe au Val-de-Grâce après la guerre de 1870 et devient agrégé de médecine opératoire en 1877. De 1887 à 1897, il occupe la chaire de clinique chirurgicale et de blessures de guerre. Au cours de sa carrière il est ensuite médecin chef de grands hôpitaux à Châlons et à Vincennes, directeur du Service de santé d'un corps d'armée et directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. Médecin inspecteur général en 1908, il devient président du Comité consultatif de santé. En 1912 il est fait grand officier de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Delorme a été discutée, parfois, non sans passion. Pour l'apprécier avec justice nous manquons un peu de recul. Comme l'a si bien dit M. Gosset, pour un chirurgien d'armée Delorme est né trop tôt ou trop tard. Il prit part à la guerre de 1870 lorsqu'il était encore étudiant et il était au cadre de réserve quand il reprit du service au moment de la grande guerre. Il n'avait pas assisté aux guerres modernes : la guerre russo-japonaise, les guerres des Balkans. Il n'en eut que plus de mérite de prendre des responsabilités dans des conditions souvent tragiques.

Il faut lire le travail qu'il a publié en 1919 sur les enseignements de la grande guerre pour mesurer la loyauté et la droi-

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES :
ÉLIXIR
GRANULÉ
DOSES { *Adultes* : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / *Enfants* : 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT,
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

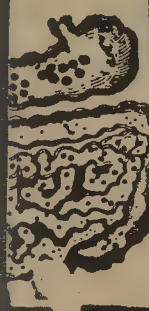
AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE

AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT

Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

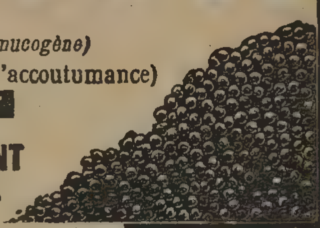


AGISSENT *par leur FORME et leur VOLUME* (gros grains diviseurs)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)
Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES



ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE – INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE – VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

Laboratoires
WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE

PUB. PICARD

ture du caractère de celui dont le nom restera parmi les plus grands de la médecine militaire.

Delorme, à qui l'on doit la fondation de la Société de médecine militaire, a beaucoup publié. Ses travaux sur les restaurations, en particulier la restauration nerveuse, sur le traitement de la pleurésie purulente par la *décortication pulmonaire,* sur le traitement des plaies du cœur par le *volet thoracique*, opérations qu'il a réglées avec une rare maîtrise et qui portent le nom d'« opérations de Delorme », son *Traité de chirurgie de guerre*, en deux volumes, sont des œuvres magistrales qui resteront.

Dans la *Gazette des hôpitaux*, il a publié, enfin, de nombreux et importants travaux sur la chirurgie du cœur et de la plèvre, travaux qu'il illustrait lui-même avec un véritable talent.

Le professeur Delorme était membre et ancien président de la Société de chirurgie. Il fut président du Congrès français de chirurgie. En 1897, il fut élu membre titulaire de l'Académie de médecine et occupa le fauteuil même qui fut celui du baron Larrey. On n'a pas oublié avec quelle autorité il présida l'Académie en 1919. Lorsqu'il prit possession du fauteuil présidentiel et qu'il invita son ami Laveran à venir prendre au bureau sa place de vice-président, il rappela qu'ils avaient été ensemble à l'école de Strasbourg et qu'en les appelant tous deux, le lorrain Delorme et l'alsacien Laveran aux honneurs, l'Académie semblait vouloir rendre un nouvel hommage aux provinces reconquises.

Au cours de sa carrière il eut souvent l'occasion de prononcer des éloges funèbres. Ceux de Larrey et de Péan furent particulièrement remarqués.

D'une taille au-dessus de la moyenne, respirant la puissance, d'une voix grave et sonore, la tête haute, le premier abord un peu froid et distant, Delorme inspirait le respect. Mais bientôt un sourire bienveillant révélait sa bonté et sa courtoisie. C'était une belle nature. Très tristement nous prions Madame et Mademoiselle Delorme d'agréer l'hommage de nos respectueuses condoléances et nous adressons à son gendre le professeur Henri Billet l'expression de notre sympathie très émue.

A. BROCHIN.

Le Professeur J.-A. SICARD

1872-1929

L'émoi soulevé par la disparition du professeur Widal n'est pas encore apaisé que son élève préféré, J.-A. Sicard, succombe à son tour. Tragique destinée que celle de ces collaborateurs de trente ans qu'à quelques jours de distance, la mort couche dans la tombe, comme si elle avait craint de séparer ces deux existences étroitement unies!

Nulle personnalité plus complète ni plus séduisante que celle du professeur Sicard! Magnifique intelligence, faite pour tout entreprendre comme pour tout comprendre, labeur obstiné, le rivant à sa table du soir jusqu'à l'aube, éclat oratoire, adresse et audace légendaires qui lui auraient valu, si tel avait été son désir, le premier rang parmi les chirurgiens, c'était avant tout un novateur et un réalisateur. Foyer d'où rayonnaient les aperçus ingénieux, les rapprochements imprévus dont seuls ont l'intuition quelques grands esprits, fontaine jaillissante dont les flots limpides roulaient sans arrêt l'or de la pensée, il débordait d'idées, les répandait autour de lui comme un flambeau répand la lumière, les donnant aux uns, les prêtant aux autres à fonds perdus, sans jamais craindre de voir se tarir la source magique. Réalisa-





Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69 Rue de Provence PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

teur, il ne s'intéressait qu'aux résultats. En quel mépris ne tenait-il pas la théorie, rangeant parmi les sciences accessoires la bibliographie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, dont, malgré de sincères efforts, il ne parvenait pas à discerner la raison d'être, fuyant les discussions byzantines si chères aux médecins! Pour lui, rien ne comptait que diagnostic et thérapeutique. Il ne pouvait d'ailleurs s'empêcher de mettre, dans le moindre de ses travaux, un art infini. Si Brissaud ne concevait pas la science sans un peu d'humour, il excellait, lui, à la parer de grâce latine. Caractère ouvert, affable, libéral, tout prêt à rendre service, il était adoré de ceux qui l'avaient approché une fois. En quels termes reconnaissants parlaient de lui ses élèves, qu'il soutenait de tout son pouvoir d'homme aimable et influent, ses malades, auxquels son optimisme chronique et son éternelle gaieté apportaient le plus précieux réconfort!

Mais aussi quelle splendide carrière! Lorsqu'il était arrivé à Paris, il se proposait, à l'exemple de Grancher, d'Hutinel, de Brocq, de Marfan et de tant d'autres maîtres illustres, d'y faire de rapides études pour regagner au plus tôt sa ville natale, porte de l'Orient, pour revoir sa chère Provence, avec ses oliviers, ses rochers calcinés et ses mas, pour écouter longuement cette symphonie en bleu que jouent, sous un ciel toujours bleu, les flots bleus de la Méditerranée. Un succès imprévu à l'externat, et voilà tous ses projets par terre! Deux ans après, il est nommé à l'internat, dixième d'une promotion qui comprenait entre autres, Cunéo, E. Terrien, Nobécourt, Ombrédanne, Lesné, Léon Bernard, Rist, Dujarier, Milian, Garnier, Gandy, Comte, Sainton, Branca, Decloux, Cestan. Dès lors, son avenir est assuré. Il devient l'élève de Widal, qui « allume en lui cette flamme sans laquelle la vie ne vaut pas la peine d'être vécue », de Brissaud, dont les soudaines envolées dévoilent à ses yeux éblouis les horizons illimités de la neurologie; de Raymond, dont il sera, quelques années plus tard, le chef de clinique. Médecin des hôpitaux en 1903, agrégé en 1907, il est appelé, en 1923, à revêtir la toge professorale. Il avait, pendant la guerre, dirigé le centre neuro-psychiatrique de la XVe région. L'Académie de médecine allait lui ouvrir ses portes. Depuis longtemps déjà, il était officier de la Légion d'honneur.

Au cours de ces trente années, que de découvertes, dont la moindre aurait suffi à la renommée de bien d'autres! Les principales ont trait, avec Widal, aux *propriétés agglutinantes des humeurs*, agglutination qui s'étend aux noms des auteurs, conjugués dans la gloire comme ils l'ont été dans la recherche; aux *espaces sous-arachnoïdiens*, dont, le premier, il a donné la description et dont il n'a cessé d'indiquer l'importance pour le clinicien; à l'*examen du liquide céphalo-rachidien* : avec Widal et Ravaut, il s'occupe de ses modifications histo-chimiques; avec Ch. Foix, il établit que la *dissociation albumino-cytologique* est caractéristique d'une compression intra-rachidienne; à l'*encéphalite léthargique*, dont il a étudié les manifestations myocloniques comme les séquelles de type parkinsonnien, à la *neuro-syphilis*, aux *algies*, à la *pathologie du trou de conjugaison*, et surtout au *lipiodol*, liquide imperméable aux rayons X et qui, introduit dans la cavité sous-arachnoïdienne, montre si celle-ci est libre ou non, et, dans ce dernier cas, de préciser le siège de l'obstacle, mettant ainsi à la portée de tous un diagnostic qui, jusque-là, n'avait été possible qu'à des séméiologistes de la valeur de M. Babinski.

A ses travaux, il avait la coquetterie d'associer ses élèves, dont Foix, Forestier, Salin, Paraf, de Gennes, Coste, Lermoyez, Kudelski, Haguenau, Laplane, Bize, Wallich. Chaque jour, il leur soumettait une idée nouvelle; le lendemain, il ne manquait point de leur demander ce qu'ils en pensaient, accueillant, du reste, toutes les critiques et toutes les objections. Il leur ouvrait les portes de sa demeure. Il s'ingéniait à créer pour eux de la joie.

Pourquoi faut-il que cette brillante existence ait été si tôt moissonnée? Lorsqu'en été dernier, sous les verts ombrages de Gretz, chez notre vieux maître Hutinel, nous rappelions à l'aimable et bienveillante Mme Sicard quelle dette de reconnaissance nous avions, en 1895, contractée envers notre ancien chef de conférence et quelle respectueuse affection nous lui avions dès lors vouée, comment aurions-nous pu prévoir l'arrêt du destin? Dans cette catastrophe où sombre son bonheur, qu'elle nous permette de rendre un dernier hommage à la grande mémoire de celui dont elle porte le deuil! Qu'elle nous laisse, pieusement, nous pencher sur sa douleur!

L. BABONNEIX.

La *Gazette des hôpitaux* adresse à la rédaction de la *Presse médicale*, si éprouvée par la perte successive de Letulle, Widal et Sicard, l'expression de ses condoléances confraternelles les plus vives.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hygiène de l'attention par la méthode de l'autorégulation consciente (1), par le docteur R. Ruiz Arnau.

La vie actuelle, agitée et pleine d'émotions, engendre quantité de troubles fonctionnels qui, malgré leur diversité, présentent tous une cause commune, le surmenage, et une même origine, le gaspillage de l'énergie mentale.

Jusqu'ici, la prophylaxie et le traitement de ces états de surmenage psychique étaient réduits à des procédés de suggestion assez vagues et difficiles à mettre en pratique.

Le besoin se faisait sentir d'une technique précise d'application générale, issue de principes psychophysiologiques solidement établis. La pratique consciente et méthodique des mécanismes normaux de régulation psychosomatique, grâce à des règles simples et bien arrêtées, a permis d'apporter à cette question la solution la plus rationnelle et la plus heureuse.

Les recherches poursuivies en Amérique pendant ces dernières années ont prouvé l'efficacité de cette méthode, appliquée primitivement à l'asthénopie, et maintenant étendue à tous les désordres dus au surmenage musculaire. C'est le mérite du professeur Ruiz Arnau d'avoir su réunir en un corps de doctrine des notions fondamentales physiques, physiologiques, psychologiques et cliniques déjà connues, mais éparses et de ce fait improductives.

Néanmoins il a considéré comme indispensable de préciser quelques points essentiels pour en réaliser l'application technique : tel la fréquence du rythme subconscient, la façon pratique d'utiliser la mémoire auditive, la démonstration expérimentale du caractère oscillatoire de l'attention volontaire, base de toutes les opérations intellectuelles et dont l'application judicieuse est le secret de l'adaptation humaine au milieu social. Ces points et d'autres comme le tachorthoscope, l'étude de l'asthénopie, certaines règles pour la prophylaxie des troubles visuels à l'école, l'hygiène de l'attention, captiveront le lecteur par leur valeur utilitaire immédiate, la clarté de leur exposition, la simplicité de leur réalisation et leur originalité.

Ce travail, qui sait être scientifique tout en demeurant essentiellement pratique, intéressera vivement oculistes, pédagogues et médecins.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 5 *février*. — Jury : MM. J. Faure, président; Gougerot, Lereboullet et Vaudescal. — M. Martin. L'avenir génital des malades opérées de grossesse extra-utérine. — M. Faucher. Le traitement des péritonites tuberculeuses. — M. Dubois. L'ectodermatose érosine orificielle. — M. Omnes. Etude de la pyorrhée alvéolaire.

---

(1) Un volume in-16 de 292 pages, avec 19 figures dans le texte et un tableau mural. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Pneumogéïne

Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

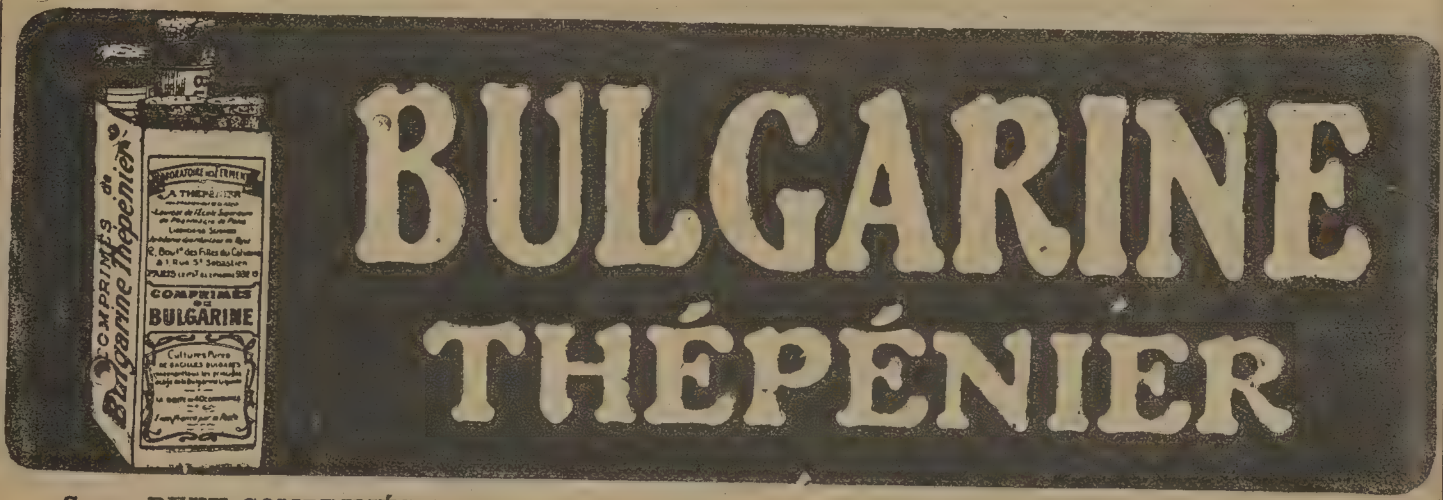
142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

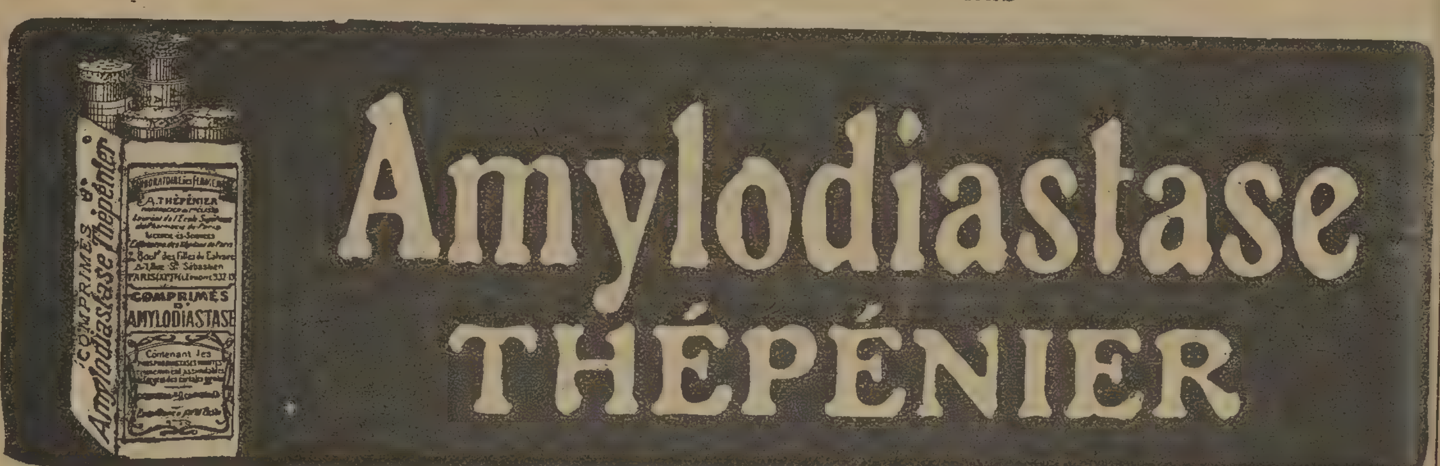
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150 854, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e	FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numero : 50 c.	sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Labey, Hartmann, Mondor, qui acceptent; Küss, Arrou, Alglave, Baumgartner, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Moulonguet, Soupault, qui acceptent; Bloch, Bergeret, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

HÔPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres, Paris). — NOMINATION A UNE PLACE D'INTERNE EN TITRE ET UNE PLACE D'INTERNE REMPLAÇANT. — Les demandes doivent parvenir avant le 10 février à M. le docteur Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles doivent comporter l'indication de tous les titres du candidat. Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois. Il est logé et nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 150 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital ses jours de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ALGER. — Un concours sera ouvert à Alger, le 14 juin 1929, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux civils d'Alger.

La liste d'inscription sera close le 13 mai 1929.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital civil de Mustapha.

— ORAN. — Un concours pour l'emploi de chirurgien adjoint à l'hôpital civil d'Oran sera ouvert à Alger le 18 mars 1929 prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital civil d'Oran (direction), à la préfecture d'Oran (assistance) ou au gouvernement général (direction de l'assistance et de l'hygiène publique).

— SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Darnis, Desormeaux, Asselin de Williencourt, Gauthier, Amiard; internes provisoires : MM. Philippe et Jaffré.

Epreuves écrites : Configuration extérieure et rapports de la vessie chez la femme. — Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus. — Symptômes, diagnostic et traitement de l'œdème pulmonaire aigu.

Epreuves orales : Fièvre typhoïde au huitième jour. — Pyélonéphrite gravidique. — Conduite à tenir en présence d'un blessé du crâne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont nommés, à compter du 1er février 1929, professeurs des facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements ci-après désignées :

LILLE. — Chaire de thérapeutique : M. Ingelrans.

MONTPELLIER. — Chaire d'oto-rhino-laryngologie : M. Terracol; chaire de gynécologie : M. Riche.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

docteur Casacca, citoyen suisse; M. Isoard, chef du service de radiographie à l'hôpital français Pasteur de Constantinople.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin aide-major de 1re classe Linel (Croix de guerre).

COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ MILITAIRE. — La composition du Comité est fixée ainsi pour 1929 :

Président : M. le médecin général inspecteur Toubert.

Membres titulaires : MM. les médecins généraux inspecteurs Lanne, Dopter, Marotte, Baron, Audibert; les médecins généraux Sacquépée, Savornin, Rouvillois, Boyé; le pharmacien général Gautier.

Membres consultants : MM. les professeurs Roger, Quénu, Walther et Bezançon.

Membres militaires : MM. Labaussois, Rubenthaler, Plisson et Breteau.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE SURVEILLANCE DES EAUX DESTINÉES A L'ARMÉE. — *Président* : M. Emile Roux.

Membres civils : MM. Bonjean, Carrier, docteur Chauveau, Colmet d'Aage, professeur P. Courmont, MM. Diénert, Doltus, Imbeaux, Loewy, Martel et Emile Vincent.

Membres militaires : MM. les médecins généraux Lévy et Sacquépée, l'intendant général Rimbert, le général Normand, le médecin général de la marine Defressine, les médecins généraux inspecteurs Toubert, H. Vincent, Rouget, MM. Gautier, Pilod et Zoeller.

Secrétaire : M. Coudray.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique s'est réuni au ministère de l'Intérieur. La session a été ouverte par M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail.

Le Conseil a réélu son bureau composé du docteur Dron, président; Bertelemy et Lépine, vice-présidents, et Rondel, secrétaire général.

M. Dron, sénateur, en prenant la présidence, a parlé notamment de la prochaine application de la loi sur les assurances sociales et cherché à dissiper, à cette occasion, le malentendu qui ne devrait pas exister entre le Corps médical et les services d'Assistance publique.

M. Oberkirch a passé en revue les questions inscrites à l'ordre du jour de la présente session : question du secret médical en administration, question des agrandissements des hôpitaux, question de l'assistance aux étrangers, question de l'emploi de la taxe dans les stations thermales, question du personnel des économes, etc.; il a signalé notamment la question des sages-femmes à la campagne rapportée par le professeur Pinard.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — La Commission de l'hygiène, réunie au Sénat sous la présidence du docteur Chauveau, a poursuivi l'examen du projet ayant pour objet de modifier les lois sur la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes au cours de leur travail.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. — La conférence de M. Parat aura lieu, non le 7 mars comme il a été annoncé, mais le 7 *février*, à 17 h., au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Ernesto Tricomi, l'illustre chirurgien de Palerme, qui, le premier en Italie, a fait la résection, pour cancer, de tout le lobe gauche du foie, et qui fut parmi les premiers à pratiquer la gastrectomie totale. Nous adressons à la *Riforma medica*, dont il était co-directeur, l'expression de notre sympathie la plus vive; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les professeurs Gherardo Ferreri, directeur de la Clinique royale d'oto-rhino-laryngologie de Rome; Aldo Perroncito, directeur de l'Institut de pathologie générale de l'Université de Pavie; Filippo speciale Cirincione, directeur de la Cliniqne ophtalmologique de Turin.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — *Cours complémentaire sur la physiothérapie de la douleur*, grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 h.

Vendredi 8 février. — La diathermie : docteur Cottenot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Samedi 9 février. — L'action des radiations sur la douleur : docteur Joly, électro-radiologiste des hôpitaux.

Vendredi 15 février. — L'hydrothérapie chaude : docteur Piatot, ancien interne des hôpitaux.

Samedi 16 février. — L'ionothérapie : docteur Zimmern, professeur agrégé à la Faculté.

CHRONIQUE

LES NOCES DE DIAMANT DE « EL SIGLO MEDICO » DE MADRID

Nous avons annoncé dans notre numéro du 2 janvier 1929 la célébration du 75e anniversaire du grand journal médical espagnol *El Siglo medico*.

A cette occasion notre confrère nous adresse un numéro extraordinaire dont la valeur et l'intérêt sont dignes de sa grande réputation.

Soixante articles originaux en constituent le texte. Ils sont dus aux plus hautes personnalités du monde medical espagnol. C'est d'abord Ramon y Cajal, l'illustre histologiste, qui retrace la longue et glorieuse carrière du journal. Après les travaux de Gimeno, Francos Rodriguez, Decio Carlan et tant d'autres qui ont représenté dans *El Siglo medico* la génération passée, apparaissent les noms de Marañon, qui traite de la maladie d'Addison, de Juarros, de Novoa Santos, de Marquez, de Pittaluga, de Slocker, de Vital Aza, de Goyanès, de Martinez Vargas, de Pulido Martin et ceux de plusieurs maîtres qui tiennent la tête dans le mouvement médical moderne.

A la fin du numéro se trouvent les portraits des membres de la rédaction. Nous sommes heureux de saluer parmi eux celui qui préside paternellement, et avec toute l'ardeur d'une verte vieillesse aux destinées de *El Siglo medico* : Don Carlos Maria Cortezo y Prieto, directeur illustre que les charges écrasantes des plus hautes fonctions de l'Etat n'ont pas détourné de sa tâche de presse.

Président du Conseil d'Etat, ancien ministre de l'Instruction publique, sénateur à vie, président d'honneur de l'Académie royale de médecine, membre de l'Académie espagnole, grand collier de Charles III, grand croix de nombreux ordres espagnols ou étrangers, grand officier de la Légion d'honneur, Don Carlos M. Cortezo est un des hommes les plus marquants de son époque, mais il possède un titre qui nous le rend particulièrement cher, c'est un ami très ancien et fidèle de la France aussi est-ce avec une grande joie que les journalistes français le verront présider le prochain Congrès de la presse médicale latine.

Qu'il veuille bien recevoir tous les vœux que ses confrères de France forment pour lui et pour *El Siglo medico*.

F. L. S.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAINE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Le Résyl

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace

des affections broncho-pulmonaires

Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

*Le **RÉSYL** réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.*

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

Laboratoires O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

(2411)

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

CIBA

AGOMENSINE

Αγογος, qui amène : Εμμηνα, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Aménorrhée, règles rares ou peu abondantes. Troubles consécutifs à la castration ou à la ménopause. Stérilité. Hypoplasie glandulaire.
3 à 9 Comprimés par jour.

SISTOMENSINE

Sistere, arrêter, Mensis, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Règles profuses, trop fréquentes, de trop longue durée. Douleurs dysménorrhéiques. Ménorrhagies essentielles des jeunes filles
3 à 6 Comprimés par jour.

CIBA

L'élaboration normale des principes endocriniens se fait suivant une loi harmonique. Les troubles fonctionnels traduisent les écarts de cette harmonie sécrétoire ; la thérapeutique doit tendre alors à la rétablir par l'administration de principes à action DÉFINIE et DIFFÉRENCIÉE.

TRAVAUX, BIBLIOGRAPHIE, ECHANTILLONS
LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

R. C., 10.694, Lyon

EN INJECTIONS
SOUS CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES

l'acétylarsan

RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES
PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS
DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS

LE LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON, PARIS 8e
tient à la disposition du Corps
médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation convaincante.

renéjean

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

LE CONGRÈS DE MÉDECINE TROPICALE ET D'HYGIÈNE DU CAIRE

CENTENAIRE DE LA FONDATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE PAR CLOT BEY (de Grenoble)

Le Caire paraît loin, c'est là que commence, dit-on, avec la Basse-Egypte, le Proche-Orient, mais quatre jours suffisent pour retrouver le soleil blanc du désert d'Afrique. On comprend, quand on voit cette lumière si pure, cette transparence vide de l'atmosphère, cette incroyable fécondité de la terre noire charriée par le Nil, les majestueux restes d'une des plus anciennes civilisations connues, les réminiscences des légendes juives et chrétiennes, on comprend pourquoi, de tous temps, l'Egypte a été un centre d'attraction pour tous les peuples d'alentour et même lointains.

C'est peut-être à cette attirance qu'ont cédé les 2.000 congressistes venus de toutes parts pour célébrer la Science médicale, particulièrement aussi la médecine tropicale et l'hygiène, sous les auspices de Sa Majesté Fouad Ier, roi d'Egypte. C'est peut-être aussi le souvenir de Bonaparte qui causa le succès de ce Congrès parmi les Français, peut-être aussi un sentiment d'intime fierté de l'origine française de la première Faculté de médecine d'Egypte, fondé il y a tout juste cent ans par notre compatriote le docteur Clot.

Le gouvernement égyptien avait bien fait les choses. Quiconque a organisé un Congrès sait quel rôle jouent en faveur de son succès les facilités d'accès. Grâce aux démarches des ministres intéressés, les Afifi bey, Ibrahim Pacha et spécialement Chahine Pacha, pour ne pas les nommer tous, les Compagnies de navigation comme les Messageries maritimes, la Fabre Line, accordèrent des réductions de 25 et même de 50 p. 100 sur les prix de passage des congressistes; les chemins de fer égyptiens, palestiniens et syriens firent de même, et ce nous est un agréable devoir à remplir que de dire ici combien les formalités administratives furent réduites au minimum partout. Le Congrès était même pourvu d'un bureau de remboursement des billets pris à plein tarif par des congressistes démunis accidentellement de leur coupon de réduction.



CLOT BEY

Biographie des Hommes du jour. Lith. Molinier et Raybaud, Marseille. (Collect. de la *Gaz. des hôpit.*)

La Compagnie des Messageries maritimes, qui possède le *Mariette-Pacha* et le *Champollion*, deux magnifiques navires fixa le départ du *Champollion* pour la plus grande commodité de la délégation française officielle, et la plupart des membres prirent passage sur ce luxueux bateau.

La délégation française, envoyée par le ministre de l'Instruction publique, était particulièrement nombreuse ; elle représentait l'Académie de médecine, la Faculté, le Collège de France, la Faculté de pharmacie, l'Association de la Presse médicale française. Nous citerons parmi ceux qui sont venus (car certains ont été empêchés au dernier moment, comme Heitz (de Royat) et Bonnin (de Bordeaux) ou MM. Villard et Bérard (de Lyon), les professeurs et docteurs Bezançon, Vaquez, Sicard, Brumpt, Tuffier, Nattan-Larrier, Jean Hutinel, Morax, Mouquin, Quiserne (Bagnoles), Pierret (La Bourboule), Lépine, Savy et Carles (Lyon), Delmas (Montpellier), Roger et Chauvin (Marseille), Pinoy (Alger), Devé et Bottu. Les médecins français étaient aussi largement représentés pour leur compte personnel par Dujarric de la Rivière, Koury, Bourguet, Lacat et Mawas, Robinson (Paris), Amblard (Vittel), Binet (Vichy), Dumont (Plombières), Forestier, Duvernay (Aix-les-Bains), Mazurié et Gardet (Vichy), Payenneville (Rouen), Gaudineau, Livet (Paris), Vadon (Saint-Raphaël), sans oublier le docteur Pamart, bien connu dans les milieux syndicalistes de Paris.

Après une réception à Alexandrie, à l'hôtel de ville, par le Gouverneur et le directeur de la municipalité, où tous les congressistes présents reçurent leurs premiers souhaits cordiaux de bienvenue en Egypte, commença dès le lendemain le cérémonial officiel du Congrès au Caire.

L'*ouverture solennelle* fut célébrée à l'Opéra en présence de Sa Majesté Fouad Ier. La séance fut présidée par Son Excellence Chahine Pacha, sous-secrétaire d'Etat à l'Hygiène et médecin du roi, qui résuma en termes excellents l'histoire

récente de l'hygiène et de la médecine en Egypte et ses résultats. Il eut la modestie de taire la place prépondérante prise par lui dans les progrès réalisés et sur lesquels nous reviendrons.

Dans son allocution que nous avons le grand plaisir de reproduire, le professeur F. BEZANÇON, président de la Délégation française, sut dire, dans le style précis et la langue attrayante qu'il emploie, les raisons d'amitié ancienne et de communes aspirations intellectuelles qui ont motivé l'intérêt pris par notre pays à la célébration du Centenaire de la Faculté de médecine du Caire.

« Monsieur le Président,

« Au nom de la délégation française chargée de représenter le ministre de l'Instruction publique aux fêtes du Centenaire de la Faculté de médecine du Caire et au Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène, je vous remercie de vos paroles de bienvenue et du chaleureux accueil qui nous est fait par le Comité d'organisation.

« Le grand nombre de delégués venus de France pour assister à ces fêtes : membres de l'Académie de médecine, professeurs à la Faculté de médecine des Universités de Paris, de Lyon, de Bordeaux, de Montpellier, d'Alger, du Collège de France, représentants de nos sociétés médicales, vous montre combien les médecins français ont eu à cœur de répondre à l'invitation de leurs collègues égyptiens et de leur témoigner ainsi toute leur admiration pour les résultats obtenus dans le domaine de la medecine et de l'hygiène depuis la fondation, il y a cent ans, sous l'impulsion de votre grand Mehemet Ali, de la Faculté de médecine du Caire.

« Sire,

« Monsieur le président,

« Mesdames, Messieurs,

« C'est pour nous une émotion profonde que de nous trouver ici dans cette terre d'Egypte, aïeule du monde et pourtant si miraculeusement jeune et si merveilleusement prospère. Il est des terres heureuses sur lesquelles ne pèse point le poids des siècles et où le génie de l'homme a toujours su merveilleusement utiliser les richesses que lui avait prodiguées la nature. La terre d'Egypte est de ce nombre! Ce ne fut pas seulement la terre des Pyramides et du Sphinx, des grands temples et des hypogées; ce fut la terre, dès les plus lointaines dynasties, des grands travaux d'utilité publique, dont l'audace et la grandeur sont aujourd'hui encore pour nous un sujet d'étonnement : le barrage du Nil, le canal des deux mers et, dans ces toutes dernières années le développement extraordinaire du Caire qui en fait une des capitales les plus belles du monde, nous montrent aujourd'hui que la jeune Egypte a dignement continué les traditions de son glorieux passé.

« C'est pour nous, Français, en particulier, une joie douce que de se retrouver dans ce pays où nous rattachent tant de souvenirs, et c'est avec fierté que nous voyons la place qu'occupent dans la mémoire des hommes, les noms des Champollion, des Mariette, des Ferdinand de Lesseps et enfin de celui de cet enfant de Grenoble, qui fut Clot bey, et dont la personnalité est si intimement mêlée à la fondation de votre Faculté de médecine du Caire, de vos hôpitaux et de l'instauration de vos œuvres d'hygiène et d'assistance, auxquelles Votre Majesté a personnellement donné un si grand essor.

« Sire, les liens qui unissent votre royaume à notre terre de France, dans le domaine de l'instruction publique, — le seul dont il me soit permis de parler, — sont deja bien anciens et Votre Majesté sait avec quelle cordialité sont toujours accueillis dans nos Facultés et nos services hospitaliers, vos étudiants et vos médecins; la perfection avec laquelle presque tous parlent notre langue, au point qu'il est souvent impossible de reconnaître qu'ils appartiennent à une nationalité étrangère, réalise rapidement la plus étroite intimité : la communauté de langue entraîne vite à son tour la communauté de pensée scientifique.

« La célébration du Centenaire de la fondation de la Faculté de médecine, à laquelle le Français Clot bey a tant contribué, ne pourra encore que resserrer les liens qui unissent la Faculté du Caire à nos Universités, et l'Egyptien en France et le Français en Egypte, auront cette sensation si douce pour l'etranger loin du sol natal, de ne pas se sentir dépaysés et de croire encore qu'ils foulent le sol sacré de la patrie. »

Il a été agréable à nos cœurs de Français d'entendre à plusieurs reprises les applaudissements crepiter de toutes parts au cours et à la fin de cette allocution qui fut, de beaucoup, la plus goûtée de ce public à la fois égyptien et international. Sans vouloir faire aucune allusion politique, on peut souligner le fait que tous les étrangers furent frappés à la fois de la tenue du texte et du succès unanime fait au discours du représentant de la France.

Une réception splendide fut offerte le soir au Palais d'Abdine, par le souverain, aux delégués officiels des gouvernements étrangers et des sociétés savantes représentées. Le succès alla tout entier aux interprètes français de la saynète jouée et aussi ensuite, soyons justes, au buffet plus que somptueux servi par les Nubiens classiques, si decoratifs avec leurs fez et ceinture rouges sur le grand costume blanc.

Chez nous, les réceptions se fussent peut-être arrêtées là, mais nos hôtes tinrent à manifester leur cordialité et parfois deux thés le même après-midi, couplés d'un déjeuner, d'un dîner et d'un souper, ne leur semblèrent pas de trop pour les capacites gastronomiques des congressistes. C'est d'ailleurs là une des caractéristiques de ces fêtes égyptiennes, que les réceptions étaient en telle abondance que notre présence dès le matin aux séances de travail constituait une preuve de courage scientifique méritoire.

Communications. — En raison de l'importance des personnalités présentes et de leur qualité officielle, les communications qui eurent réellement l'occasion d'être discutées furent peu nombreuses. Elles furent parfois l'occasion de manifestations nationales, comme après celle du docteur Peretz, secrétaire général du Congrès (avec le professeur Khalil), sur Clot bey, à l'issue de laquelle la Délégation française, sous la conduite du professeur Bezançon, déposa une gerbe de fleurs dans la cour de la Faculté de médecine fondée par lui, au pied du monument érigé en souvenir de notre éminent compatriote.

Nous citerons certaines des communications et renverrons le lecteur pour les détails aux comptes rendus officiels.

VAQUEZ, DONZELOT et GÉRAUDEL ont vivement intéressé les Congressistes en parlant du nouveau syndrome hypertensif du paraganglion surrénalien, caractérisé par des acmés d'abord espacés, puis continus, d'hypertension artérielle.

BURNAND (de Leysin et d'Hélouan), rapporta les résultats les plus intéressants qu'il obtient au sanatorium Fouad Ier à Hélouan, dans les tuberculoses pulmonaires. Cette communication fut ensuite plus développée par lui à Hélouan même, au cours de la visite qu'y firent un grand nombre de congressistes conduits par le professeur Bezançon; nous avons surtout remarqué les suites favorables de la paralysie opératoire voulue du diaphragme, dans les cas où le simple pneumothorax était inefficient.

DUVERGER (du Caire), montra que le climat égyptien est néfaste aux tuberculoses laryngées.

PETZETAKIS reprit ses travaux sur l'amibiase spécialement pulmonaire à propos de laquelle Brumpt ne se montra pas aussi affirmatif, demandant particulièrement les confirmations de laboratoire surtout par inoculation au chaton; l'épreuve thérapeutique par le stovarsol peut aussi être utilisée.

Le professeur KHALIL parla de la bilharziose et de sa prophylaxie. Les Congressistes trouvèrent, soit à l'Exposition, soit à l'hôpital, tout un ensemble de documents et de preparations microscopiques leur permettant de suivre en quelques minutes toute l'histoire parasitaire de la bilharziose et aussi de l'ankylostomiase sous la direction du professeur de para-

sitologie. La radiologie donne aussi des résultats pour le diagnostic de la bilharziose, soit qu'elle amène des enkystements calcaires en vrille, dans l'uretère, soit des calcifications diffuses ou en spires intriquées dans la vessie (Khalil, Chérabié, Smyrniotis).

L'origine de la splénomégalie égytienne fut l'occasion d'une discussion entre Brumpt et Pinoy, spécialement en ce qui concerne la présence de mycélium. Pour Brumpt, les mycosiques sont des contaminations accidentelles *post mortem*, tandis que Pinoy affirme avoir trouvé les filaments mycéliens inclus dans les nodules spléniques sidérogènes prélevés aseptiquement. La question reste ouverte à tous les points de vue, d'ailleurs, puisque les auteurs anglais croient à une origine soit microbienne, soit parasitaire Il est probable, comme dit Brumpt, qu'il ne s'agit pas de bilharziose, puisque les territoires des deux affections ne se superposent pas.

Morax (Paris) décrit avec une extrême précision les séquelles cornéennes du trachome, lequel, s'il est une infection relativement rare en France, est très fréquente dans les pays chauds où le bacille de Weeks joue un rôle pathogène considérable. Pour Morax, les lésions du pannus trachomateux se localisent entre les lamelles tissulaires cornéennes, d'une part, et la capsule de Bowmann de l'autre, qu'elle peut traverser pour atteindre la couche épithéliale. Lacat (Paris) apporte quelques observations intéressantes, de même que Meyerhof, Kattau, Wilson (Le Caire), Salvati (Alexandrie); signalons une tentative de traitement par les éthers chaulmoogriques et l'huile. due aux auteurs roumains Dinerlescu et Panaitescu. Nous dirons plus loin comment est organisée la prophylaxie du trachome en Egypte.

Peretz (du Caire), en dehors de sa communication sur Clot bey, montra les complications particulières de la cataracte et des interventions opératoires en Egypte.

Nattan-Larrier (Paris) fait un intéressant exposé des problèmes de l'hérédité appliquée aux maladies à protozoaires comme les trypanosomiases et le paludisme.

Koury (Paris), au nom du professeur Carnot et au sien, rapporte l'histoire d'un sujet soumis à des injections mercurielles intrafessières chez lequel se développa une tumeur, bénigne localement, mais source d'une intoxication hydrargyrique, laquelle ne céda qu'à l'ablation chirurgical du « corps étranger mercuriel ».

Pierret (La Bourboule) montra la possibilité de créer des villages d'asile pour enfants, à l'abri de la contamination par les tuberculeux ambulants; à Villard-de-Lans, a été créé par lui la première œuvre de ce genre. Il montra l'intérêt que présentent les cures climatiques et thermales pour la prophylaxie et même l'arrêt de l'évolution des tuberculoses infantiles ganglionnaires non suppurées et spécialement trachéo-bronchiques.

Aly bey Ibrahim donna une excellente idée de l'évolution de la circoncision dans le temps, avec une illustration intéressante, spécialement en ce qui concerne la technique employée encore actuellement par les barbiers successeurs d'Amenhotep. Cet éminent chirurgien égyptien, nous parlons d'Aly bey Ibrahim, reçut de Sir Berkley Moynihan le diplôme de membre du Collège royal de chirurgie de Londres.

En chirurgie egalement, Bourguet (de Paris) fit une démonstration appréciée sur ses méthodes de chirurgie de la face. De même, Duret, en collaboration avec Bérard (de Lyon), rappela la technique méthodique et bien réglée à employer dans l'exérèse pour cancer de la langue.

Sir William Wilcox, dont on connaît les travaux remarquables sur le paludisme en Mésopotamie, rappela le rôle favorable joué par les cultures de trèfle dans la prophylaxie du paludisme, ce qui fut l'occasion pour sir George Newmann d'une allocution d'une grande brièveté, comme il est d'usage pour les présidents de section; son opinion ne concorde d'ailleurs pas avec celle de Willcox. Trabaud (Damas) intéressa les auditeurs par son exposé des maladies méditérranéennes.

Nous voudrions citer beaucoup d'autres communications, mais la multiplicité des 16 sections où furent discutées plus de 250 communications diverses présentées par les privilégiés d'entre les 2.000 congressistes venus au Caire (sur les 2.500 inscrits) ne permit pas d'assister à toutes celles qui furent intéressantes à la fois.

Peretz apporta un essai histologique sur Clot bey (1).

C'est un négociant et agent consulaire égyptien qui découvrit Clot dont le nom lui avait été donné par un des maîtres de Marseille, Cauvière, auquel il avait demandé des médecins français pour fonder l'enseignement de la médecine au Caire, selon le désir de Mohamed Ali, vice-roi d'Egypte. C'est à Clot que l'on doit d'avoir rendu la vaccination obligatoire en Egypte, ce qui arrêta l'épidémie annuelle touchant chaque fois environ 60.000 victimes. Il fonda la Faculté et fit traduire en arabe une cinquantaine de livres médicaux, comme on le fait maintenant à Damas, et par ses efforts répétés, il finit par jouer un rôle considérable dans la vaste entreprise de renaissance morale et matérielle de l'Egypte qui suivit l'entreprise de Bonaparte. Par son œuvre prestigieuse, il aura été non seulement l'organisateur admirable, si présent à tous les esprits, mais encore le créateur du mouvement médical moderne égyptien.

A ce titre, Clot bey se place aux côtés des grands Français qui, au dernier siècle, illustrèrent l'Egypte.

Nous saisissons ici l'occasion de féliciter le professeur Madden, doyen de la Faculté de médecine du Caire, au développement de laquelle il a puissamment contribué, ainsi qu'à celui de l'hôpital adjacent de Kasr el Aini d'avoir fait coïncider ainsi le Congrès du Caire avec la célébration du Centenaire de fondation par Clot bey.

On s'imagine mal l'immense labeur accumulé par les secrétaires généraux le professeur Khalil et le docteur Peretz pour organiser ce Congrès; plus de 2.000 congressistes disions-nous, et plus du double de communications annoncées; aussi, malgré les quelques rares omissions inévitables dans une entreprise de cette envergure, peut-on féliciter sans réserve ces deux hommes des résultats de leurs efforts et le ministre de l'Hygiène Son Excellence Chahine Pacha, de les avoir choisis pour réaliser la manifestation conçue par le gouvernement égyptien à l'instigation du roi.

Nous nous en voudrions de ne pas faire particulièrement mention de la courtoise réception offerte aux Français par notre ministre plénipotentiaire au Caire et Mme Gaillard, ainsi que du déjeuner tout intime offert à ses amis par le professeur Bezançon, réunions qui permirent une agréable prise de contact avec les Français d'Egypte, les Miriel, Vincenot, de Serbone, Lacau, Hautecœur...

Enfin, le professeur Lépine, de Lyon, provoqua, au cours d'une réception offerte par Mme Lépine et lui-même, la constitution d'une association médicale égyptienne des anciens élèves de la Faculté de médecine de Lyon.

En effet, malgré la main-mise britannique évidente sur tous les points vitaux, il subsiste en Egypte (d'ailleurs en toute cordialité réelle d'entente) des manifestations purement françaises soit sur le terrain financier, soit sur le terrain artistique et archéologique. Si l'on peut admirer tres réellement les résultats obtenus en cinquante ans par l'occupation anglaise, laquelle a complètement transformé l'économique du pays, il faut bien savoir que la politique suivie par l'Angleterre est exclusivement nationale. La propagande française est nulle, la fixation en Egypte de grands fonctionnaires français prêtés

(1) Pour la biographie de Clot Bey, nous renvoyons nos lecteurs à l'article paru dans la *Gazette des hôpitaux* le 28 novembre 1928, à l'article de M. le professeur Vaquez publié dans la *Presse médicale* le même jour, enfin à la très remarquable conférence faite à Marseille le 30 novembre 1928 par le professeur Henri Roger. Cette conférence a été publiée in extenso dans le *Marseille médical* du 5 janvier 1929.

par notre gouvernement a été suspendue, les journaux de langue française les plus importants appartiennent à l'Angleterre, le doyen de la Faculté de médecine est anglais, etc.

D'ailleurs, si nous faisons abstraction des sentiments d'amitié qui lient les mentalités égyptiennes et françaises on peut constater que les œuvres françaises en Egypte, non seulement n'ont pas souffert de la tutelle anglaise, mais qu'elles en ont au contraire profité au point de vue sécurité; on peut dire que certaines d'entre elles sont même plus florissantes en Egypte que dans les pays de protectorat purement français, qu'elles soient d'ailleurs laïques ou religieuses Il existe en Egypte un principe, d'autorité, où l'élément autochtone a aussi une grande part; cet élément existe encore en France dans le monde des militaires, surtout coloniaux, de la lignée des Galliéni, des Lyautey, des Weygand, mais il commence à disparaître souvent, pour ne pas dire plus, dans l'élément civil. Nous n'en voudrions pour exemple que l'insécurité vaudevillesque dans laquelle se débat la Syrie et qui nous vaut la risée des éléments indigènes instruits et intelligents qui existent là-bas comme en Egypte, quoique en moins grand nombre. On ne se doute pas du mal fait à notre pays et à sa position morale non seulement en Syrie, mais dans le monde entier, par les plénipotentiaires parlementaires, ou autres, en mal de popularité chez les Turcs ou en prurit de Haut-Commissariat, qui ont passé sur le film à la Fregoli, sous le couvert du mandat français.

Il est réconfortant de voir les situations occupées en comparaison par nos compatriotes en Egypte : elles sont parmi les plus belles, mais elles sont purement fonction ou presque de la valeur individuelle des titulaires; peut-être est-ce parce qu'ils n'ont rien à attendre ni de la sollicitude ni de l'intrusion de M. Lebureau français.

Pour qui a vu les méthodes employées par l'Italie destinées à rehausser son prestige en Orient, les constructions d'hôpitaux réalisés sous son inspiration (ce sont les plus beaux d'Alexandrie et du Caire), on reste confondu devant l'indifférence de nos services de propagande à l'étranger, devant la misère des subventions pires qu'inexistantes. Mais on reste aussi confondu d'admiration devant les résultats entièrement personnels de médecins comme Puyhaubert à Alexandrie, Dunet et Malartre au Caire.

Depuis six ans, l'hôpital français international d'Alexandrie est, grâce à Puyhaubert, en constante amélioration (la subvention française est, croyons-nous, de 1.500 fr. par an), c'est l'action individuelle de ce véritable médecin-chef, qui a permis à cet hôpital de sortir de l'ordure semi-séculaire où peu à peu il était tombé. De même, Dunet au Caire est en train de réorganiser l'hôpital, purement français ici, et il viendra bientôt, croyons-nous, le temps où les antennes médicales que nous avons ainsi dans les deux villes les plus importantes de l'Egypte seront à la hauteur de la médecine française.

Grâce aux subventions des Italiens du Caire, qui sont en majeure partie des naturalisés, l'hôpital italien du Caire est un des plus beaux du monde, comparable à Paris à l'hôpital américain et supérieur à toutes nos cliniques privées.

Pourquoi ne trouve-t-on pas en France une presse accueillante à la propagande française qui lui trouverait à elle-même peu à peu une clientèle de plus en plus étendue? Comme il lui serait facile d'exalter l'esprit d'entreprise qui fait le fond de notre caractère national, l'enthousiasme altruiste qui étonne parfois les peuples étrangers et nous conquiert leur sympathie, tout au moins parmi ceux qui savent; mais déjà, en voyageant surtout, on sent que nous bénéficions là surtout de notre passé, que l'on nous pardonne presque notre présent, mais que l'on s'inquiète de notre avenir.

Il est temps de réagir. De même que les ambassadeurs de notre commerce ont été les missionnaires de toutes les religions, comme les laïques, en même temps que la pensée française illuminatrice, à la faveur d'un dévouement et d'une croyance dont tous profitent, faisait le tour du monde, de même faudrait-il que le piano mécanique qui moud les formalités officielles cède la place à la simple prose de ceux qui crient casse-cou devant l'abîme de nonchalance, d'abandon et d'indifférence où nos officiels en mal de crise de portefeuilles laissent se débattre les Français du dehors sans leur tendre la main.

En Egypte, nous avons une place encore enviable, ne la laissons pas décliner; l'Egyptien instruit parle le français, ne le lui laissons pas oublier, car il s'agit le plus souvent d'un homme intelligent, infiniment plus près de nous qu'un Moscovite, allons le voir plus souvent et tâchons de le faire venir.

A ce sujet, il va y avoir une exposition nationale française au Caire (il y a eu une exposition médicale à l'occasion du Congrès). Sait-on pour la prochaine fois dans la toute petite sphère climatique combien il y a de stations qui s'intéressent à l'innombrable clientèle égyptienne? Deux, ce sont Nice et Villard de Lans. Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, La Baule, Le Touquet, Deauville, Chamonix, etc., reçoivent chaque année des milliers d'Egyptiens et en recevraient bien davantage, si elles allaient faire parler d'elles au Caire; il faut croire que c'est trop loin. Nous ne parlons pas des stations thermales françaises; elles, du moins, ont compris, elles font l'effort et savent que cet effort paye.

C'est là un exemple entre bien d'autres.

Nous voilà loin de la célébration du centenaire de la Faculté de médecine du Caire fondé par Clot bey, et nous en sommes tout près au contraire puisque lui aussi n'a reçu aucun encouragement de son Gouvernement et à sa rentrée en France on peut dire qu'il fut considéré avec une parfaite indifférence, sauf par l'Académie. Peut-être est-ce d'ailleurs grâce à son indépendance qu'il a aussi bien réussi.

Mais il a réussi bien autre chose. On ne fait pas, croyons-nous, des habitudes médicales dans un pays en une seule génération, et, grâce à Clot, la tradition médicale date de cent ans.

On s'en aperçoit, car si nous avons dit tout à l'heure l'œuvre britannique, nous avons gardé pour la fin une constatation infiniment réconfortante, celle des résultats obtenus par le Corps médical égyptien qui est lui-même, c'est-à-dire national autochtone, nous ne disons pas nationaliste, dans la lutte contre la mauvaise hygiène du pays et les maladies transmissibles.

C'est là un des enseignements les plus originaux du Congrès.

A l'exposition médicale contemporaine du Congrès (où nous avons particulièrement remarqué la participation française des Rhône-Poulenc, Clin, Leprince, Corbière, Drapier, Vichy, La Bourboule, Lumière, Bottu, Choay, Byla, Lematte et d'autres), l'intérêt fut concentré sur deux points particuliers : la consultation ou dispensaire ambulants, les hôpitaux mobiles d'une part, l'hygiène et la préservation infantile de l'autre.

L'hygiène publique. — Les grands fléaux égyptiens sont le trachome, la bilharziose d'un côté, la mortalité infantile de l'autre.

Pour le trachome, à l'exemple de ce que Charles Nicolle a fait dans notre Afrique du Nord, on a réalisé tout un système de lutte particulier à l'Egypte.

Nous faisons seulement mention des services hospitaliers et des consultations externes dans les grandes villes, il n'y a rien là de particulier, sinon leur multiplication en raison de la fréquence en Egypte des affections oculaires.

Mais l'Egypte est un pays essentiellement agricole, où les villes sont rares et les villages innombrables; la densité de la population humaine (nous serions presque tentés de dire : et du cheptel) par mètre carré bâti, si tant est que l'on puisse parler de bâtisse, et par mètre cube couvert, dépasse les limites de l'imagination. Aussi a-t-on créé, avec des médecins spécialistes à leur tête, deux organismes qui se complètent l'un l'autre : le dispensaire ambulant et l'hôpital mobile.

Le dispensaire ambulant est composé d'une tente centrale où l'on a groupé la salle de consultation, celle de stérilisation, celle d'opération et de pansement, tout cela au grand air (en Egypte, les journées de soleil et d'absence de vent violent sont les plus nombreuses). Ces dispensaires vont de village en village, soit par automobile, soit à dos de chameau; ils restent peu de temps dans chaque agglomération, quelques jours au plus, mais ils y reviennent périodiquement, chaque dispensaire ayant la charge d'un secteur donné. On y soigne toutes les maladies oculaires et l'on y distribue les médicaments, les lunettes, etc., à titre gratuit aux indigènes.

Les hôpitaux mobiles sont naturellement plus complets, ils possèdent une tente semblable à celle des dispensaires et seulement d'autres en plus pour le séjour des malades opérés. A ces hôpitaux est dévolu le rôle de procéder aux opérations plus sérieuses, surtout ophtalmologiques, mais on tend de plus en plus à annexer à ces hôpitaux ambulants un service pour les opérations de petite et moyenne chirurgie.

Grâce à cette organisation qui est toute récente, le trachome est en voie de décroissance dans les secteurs visités, et les maladies des yeux surviennent moins fréquemment; mais ce n'est là qu'un commencement. En effet, quand on a vu l'indifférence avec laquelle les femmes et les enfants du peuple laissent vivre aux alentours de leurs yeux et de leur bouche des troupeaux de mouches sans même un clignement d'œil, on conçoit l'immensité de la tâche entreprise par nos confrères égyptiens et l'on admire à la fois leur courage de l'avoir commencée et la valeur des résultats acquis.

Pour la bilharziose, le problème n'est pas le même. On se heurte là à des difficultés spéciales du fait que l'eau du Nil, des canaux qui en dérivent, toute bourbeuse qu'elle est, constitue une nécessité vitale pour le pays et revêt dès lors aux yeux du fellah un caractère quasi-divin; elle ne doit en rien être modifiée sous peine d'une sorte de sacrilège. La vie du paysan se passe donc, sans parler des rizières, les pieds et les mains constamment dans l'eau dès qu'il travaille. Heureusement, le mollusque, hôte intermédiaire n'est pas partout, sans quoi la bilharziose serait depuis longtemps universelle en Egypte.

A part quelques tentatives de stérilisation des eaux par le sulfate de cuivre, toxique pour les colimaçons aquatiques, l'effort a porté surtout sur l'éducation du peuple, par tracts, affiches (comme d'ailleurs pour le trachome), car c'est la seule base possible aux efforts de dépistage des porteurs de bilharzies et des semeurs d'œufs, des centres de traitement par les sels d'antimoine qui sont très réellement actifs et curatifs.

Le problème a un autre côté intéressant, à savoir que l'Egypte est le pays de l'éternel buffle, lequel est un mammifère alopécique, comparable pour l'eau douce à la baleine pour la mer, puisqu'il est éternellement dans l'eau; le buffle est aussi atteint d'une bilharziose, et cela dans presque la totalité des cas. Cette bilharziose serait, d'après le professeur Khalil, inoffensive pour l'homme car elle aurait un autre mollusque pour hôte intermédiaire; c'est là une constatation d'une immense portée pratique, et nous souhaitons que sa réalité se maintienne dans l'avenir.

Mais, nous dira-t-on, *quid* de l'amibiase et du paludisme?

L'amibiase est monnaie courante dans le pays. Nous ne croyons pas personnellement à la régularité des guérisons totales des amibiases dysentériques, sauf dans certains cas spéciaux. Nous connaissons même un cas où la guérison par les arsenicaux, si elle fut définitive, fut achetée au prix d'une hépatite aiguë, suivie d'un diabète chronique. L'amibiase est traitée en Egypte par l'émétine alternant avec le stovarsol.

Le paludisme est relativement rare en Egypte. Cela est même au premier abord un fait curieux sur la réalité duquel insistent les médecins et les parasitologues avertis du pays. Cela paraît paradoxal, mais, à la réflexion, c'est compréhensible. L'eau est partout en Egypte, mais rarement longtemps à la même place, sauf dans les grands canaux d'irrigation, et les villages en sont presque toujours un peu éloignés. Le sol est très perméable, il en résulte qu'à part la région marécageuse du Delta du Nil le paludisme est relativement peu fréquent.

La mortalité infantile est très grande et la population ne se maintient que par la natalité élevée qui compense les pertes. Les causes de la mortalité ne sont pas différentes de celles de nos pays, mais elles agissent bien davantage par suite du manque d'hygiène et de la chaleur torride de l'été.

Ici aussi l'effort a porté surtout sur l'éducation maternelle; les moyens employés ne diffèrent pas des nôtres, les résultats commencent à être intéressants dans les villes ou les dispensaires d'assistance maternelle ont une clientèle de plus en plus nombreuse à mesure que la femme s'émancipe. Dans les campagnes, le résultat est médiocre encore : les efforts se heurtent à une difficulté qui n'existe plus guère en France : à savoir que la population est à peu près illettrée et qu'elle n'est donc accessible qu'à l'image et à la conférence. A qui est parfois revenu découragé d'une tournée de propagande d'hygiène dans nos campagnes, nous conseillons un petit voyage du même genre dans certains villages riverains du Nil.

Au point de vue hospitalier, Le Caire a fait un gros effort : non seulement va-t-il y avoir une nouvelle Faculté, un nouvel hôpital d'Etat, mais encore crée-t-on des hôpitaux de spécialités, particulièrement d'enfants où seront groupés les services de consultations externes, de maternité, médecine et de chirurgie infantiles, dans les bâtiments remarquablement bien conçus et exécutés, dirigés au point de vue technique par un médecin pédiatre très averti. Cet hôpital présentera, dit-on, ce caractère curieux qu'à part le médecin chef de service, tous les assistants médicaux seront exclusivement féminins, de même que le personnel soignant, sacrifice (?) aux conditions islamiques encore en vigueur en Egypte, si elles ne le sont plus en Turquie.

Avant de terminer, nous nous en voudrions de ne pas dire tout au moins un mot de ce qui est l'un des plus grands attraits de ce pays, c'est-à-dire les monuments et les antiquités. Les monuments égyptiens sont splendides, magnifiques, majestueux, écrasants mêmes, mais ils étonnent au sens racinien du mot, d'autant plus qu'ils procèdent d'une mentalité artistique qui n'est pas la nôtre et d'une religion qui n'avait rien de miséricordieux, quoique moins barbare quand même que celle des Assyriens.

Mais là où notre mentalité, peut-être un peu trop affinée, de médecin moderne laisse libre cours à son imagination artistique, c'est devant les trésors ramenés au jour dans la tombe de Tut-ank-Amon. Aucune description, aucune représentation graphique ne saurait donner une idée juste de la magnificence des sacrophages, de la richesse des bijoux, du luxe des sièges du charme des œuvres d'art et en même temps de la modération, du bon goût pourrions-nous dire, de la distinction du style qui ont inspiré les artistes. Chose curieuse, l'art moderne paraît parfois une pâle et timide imitation des hardiesses d'il y a quelques millénaires. Seuls, l'art persan paraît avoir réussi plus de délicatesse de texture et plus de philosophie dans la douceur des tonalités fondues, tandis que l'art grec a découvert le charme. Aussi le musée du Caire, si habilement dirigé par M. Lacau, mérite-t-il d'être, comme il l'est, un des pôles artistiques du monde.

Si maintenant, fatigué par les visites d'hôpital, les discussions académiques des Congrès, la bruyance des souks et les claquements du jazz, le voyageur monte à la citadelle le soir au déclin du jour, qu'il visite la grande Mosquée, qu'il goûte la calme solitude du grand patio et l'éclairage de la grille par les derniers rayons du soleil sur Le Caire étoilé, il connaîtra le pourquoi, la signification et la douceur de paresseuse renon-

ciation que possède la fameuse apostrophe finale de tout bon fidèle de Mahomet. *Inch Allach*... si Dieu veut.

Dr R. PIERRET.

(*Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1929) [*suite*]

Vaccination du lapin vis-à-vis du tétanos cérébral. — M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALMON.

Immunisation antitétanique du cobaye par injection intracérébrale d'anatoxine tétanique. — M. P. DESCOMBY.

Traitement des hémorragies expérimentales chez le chien par un sérum artificiel à base de citrates. — M. L. NORMET a cherché une formule de sérum permettant de faire vivre les animaux après une hémorragie importante. Prenant pour point de départ les expériences de Ch. Richet, P. Brodin et F. Saint-Girons, il s'est arrêté à la formule suivante :

	Grammes.
Citrate de soude.................	22
Citrate de calcium neutre.........	6,50
Citrate de magnésie neutre........	4,50
Citrate de fer ammoniacal.........	1
Citrate de manganèse.............	0,20
Eau distillée............. Q. s. p.	1.000

20 centimètres cubes de cette solution sont ajoutés à 1 gramme d'eau physiologique (7 grammes pour 1.000 de NaCl) pour obtenir le sérum à injecter. La quantité minima nécessaire est des 2/3 de la saignée expérimentale. La dose optima est des 4/5. Le sérum chauffé à 39 degrés peut être injecté dans une veine, ou plus simplement dans la carotide qui a servi à la saignée.

L'animal à l'agonie reprend connaissance après l'injection, il se lève, marche et prend volontiers quelque nourriture. Sa tension artérielle est plus faible qu'avant la saignée, mais suffisante.

L'auteur a eu l'occasion d'employer son sérum chez l'homme, soit à la suite de grandes hémorragies, soit après de grands chocs opératoires. Les résultats thérapeutiques ont été excellents, comme M. Normet compte le montrer dans une communication ultérieure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1929)

Spirochétose ictéro-hémorragique mortelle d'origine hydrique. — MM. AUBERTIN et POUMAILLOUX rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans qui, neuf jours après avoir passé plusieurs heures pieds nus dans un étang des environs de Paris, fut pris de fièvre et de courbature; le lendemain survient l'ictère, puis six jours plus tard des hémorragies multiples avec purpura et retard considérable de la coagulation; il existait de plus une azotémie de 3 grammes et un syndrome méningé avec réaction lymphocytaire; la mort survint moins de quarante-huit heures après le début des phénomènes hémorragiques. Le séro-diagnostic pratiqué par M. Pettit fut positif.

Polynévrite pseudo-myopathique : déformations et troubles moteurs du type myopathique réalisé par une atteinte névritique diffuse prédominant au niveau des groupes musculaires lombo-dorsaux. — MM. Th. ALAJOUANINE, Marcel THOMAS et M. GOPCEVITCH présentent un jeune homme dont l'aspect morphologique rappelle celui des myopathiques (taille de guêpe, déformations du thorax, scapulae alatae). Mais l'examen neurologique minutieux permettait de rejeter le diagnostic de myopathie et de porter celui de névrite périphérique. L'électrodiagnostic révèle une réaction de dégénérescence diffuse dont l'intensité correspond à la topographie de la paralysie.

Sur un type clinique spécial en rapport avec une lésion progressive de la calotte du mésocéphale et de la région juxtaquadrigéminale. — MM. Georges GUILLAIN et N. PÉRON présentent une malade dont l'affection se caractérise par un syndrome cérébelleux bilatéral progressif. L'ensemble des symptômes se rapporte à des lésions du système dento-rubrique et de la région juxta-quadrigéminale. Les auteurs insistent sur l'abolition du réflexe optico-palpébral à la lumière et à l'approche d'un objet. Ce réflexe est un réflexe optico-facial qui nécessite pour sa réalisation normale l'intégrité de la voie d'association unissant le relai des voies optiques au niveau des tubercules quadrijumeaux et le noyau du facial plus bas situé. L'abolition de ce réflexe optico-facial a une valeur localisatrice pour les lésions de la calotte pédonculaire juxta-quadrigéminale.

Accidents hémophiliques graves (hématome rétro-orbitaire, hématome du plancher buccal) arrêtés par la transfusion sanguine. — M. P.-Emile WEIL rapporte l'histoire d'un grand hémophilo-hémogenique qui fit au cours d'une grippe deux hémorragies graves et spontanées à localisations exceptionnelles. L'une de ces hémorragies était un hématome du plancher buccal. L'autre était un hématome rétro-orbitaire des deux yeux qui étaient exorbités et dont la vision était presque supprimée. Grâce à une transfusion sanguine de 225 centimètres cubes, l'arrêt de ces hémorragies put être obtenu et tout rentra dans l'ordre en quelques jours. Le malade guérit en gardant la vision de ses deux yeux, dont l'un ne fut préservé de l'ulcération cornéenne et de la fonte purulente que par une tarsoraphie momentanée.

Rhumatismes gonococciques traités par les lysats-vaccins. — MM. Fr. BEZANÇON, COMTE, DUCHON et BOCQUAY rapportent une série de vingt observations de rhumatismes gonococciques relevées dans différents services de l'hôpital Saint-Antoine et toutes traitées par les lysats-vaccins, méthode vaccinothérapique étudiée par l'un d'eux.

Ces observations portent sur toutes les formes de rhumatisme blennorragique.

De l'ensemble de ces observations, on peut déduire tout d'abord une activité incontestable sur l'élément-douleur : l'immobilisation, de ce fait, se trouve raccourcie, et les mouvements spontanés réapparaissant rapidement, la tendance ankylosante se trouve sensiblement réduite.

Dans les arthrites suppurées septiques, il y a lieu d'envisager l'association de l'intervention chirurgicale et de la vaccinothérapie.

Dans les formes sévères, l'intervention des massages et de la mobilisation a toujours été associée dans la convalescence.

Dosage colorimétrique des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal. — MM. M. CHIRAY, L. OURY et A. MARCOTTE ont étudié la réaction colorée décrite par Herzfeld et Haemmerli. Après avoir vérifié que cette réaction pouvait servir de base à des déterminations quantitatives, ils l'ont utilisée moyennant une purification convenable des milieux examinés pour l'analyse de la bile et des liquides de tubage. De nombreuses expériences de contrôle ont montré l'intérêt des renseignements que la technique décrite permettra de recueillir.

Un cas d'érythème noueux avec phlycténisation et ulcération des nouures. — MM. Marcel GARNIER et H. BARDET

rapportent l'observation d'un cas d'érythème noueux au cours duquel plusieurs nodosités se recouvrirent d'une bulle contenant des caillots sanguins et un liquide puriforme stérile. Sous les bulles apparurent des ulcérations peu profondes. Ces ulcérations guérirent rapidement et l'évolution de la maladie se fit dans les délais habituels.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1929)

M. DOPTER, vice-président, ouvre la séance en prononçant l'éloge funèbre de M. le professeur WIDAL.

Étude de l'action de l'asphyxie sur les centres vasomoteurs par la méthode de la tête perfusée (2e note : Résultats). — MM. L. BINET et R. GAYET, se fondant sur 34 expériences de perfusion des centres nerveux supérieurs d'un chien B par les carotides d'un chien A, montrent que l'asphyxie de A détermine dans le tronc de B des réactions circulatoires nettes.

Presque toujours les réactions de B sont opposées à celles de A, en ce sens que A, sous l'influence de l'asphyxie, présente une hypertension artérielle, alors que B présente de l'hypotension avec vaso-dilatation. Cette hypotension vient d'une excitation, par l'hypertension de A, des nerfs des sinus carotidiens de B. L'ablation de ce territoire nerveux périphérique empêche l'action de l'excitant mécanique et, dans ces conditions, l'excitant chimique intervient seul : B répond à l'asphyxie de A par une hypertension nette.

Étude de l'action de l'asphyxie sur les centres vasomoteurs par la méthode de la tête perfusée (1re note : Technique). — MM. L. BINET et R. GAYET apportent des données nouvelles sur la technique à suivre pour perfuser la tête d'un chien B par les carotides d'un autre chien A. Il importe d'abord de restreindre, au minimum, tous apports dans la tête de B de sang artériel du tronc de B; pour cela, il faut lier en dehors des artères vertébrales, toutes les branches de l'artère sous-clavière. Il y a avantage, dans certains cas, à irriguer la tête de B par les artères vertébrales, après ligature des carotides et des branches des sous-clavières et, dans ce but, à anastomoser les carotides de A avec le bout central des artères axillaires de B, après avoir lié systématiquement toutes les branches des sous-clavières, à l'exception des vertébrales et, en amont de celles-ci, les troncs des sous-clavières elles-mêmes. D'autre part les auteurs insistent sur l'utilité d'une anastomose de dérivation entre l'artère fémorale de B et la veine fémorale de A, de façon à lutter contre une accumulation dans le tronc de B d'une certaine quantité de sang qui vient de la tête de B et par conséquent de la circulation de A par les lacis veineux intrarachidiens. Cette anastomose permet de maintenir entre A et B un équilibre circulatoire satisfaisant.

L'excitabilité neuro-musculaire dans la rigidité décérébrée. — MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER se sont servis de la méthode chronaximétrique pour étudier sur 54 chats décérébrés les modifications de l'excitabilité neuro-musculaire. Les muscles de l'animal qui présente une rigidité décérébrée se caractérisent par l'existence de deux sortes de fibres ayant des chronaxies différentes. Sur les muscles rigides, il y a des fibres à chronaxies augmentées jusqu'à cinq fois les valeurs normales et des fibres à chronaxies diminuées à moitié de leurs valeurs normales. Sur les antagonistes des muscles rigides l'augmentation ne dépasse pas deux fois la valeur normale tandis qu'une partie des fibres gardent leurs valeurs normales. Les fibres à grande chronaxie prédominent quantitativement.

Les auteurs tendent à admettre que les fibres à petites chronaxies traduisent la lésion du système pyramidal et serviraient à la transmission des réflexes labyrinthiques et profonds du cou. Les fibres à grande chronaxie résulteraient d'une perturbation du système extrapyramidal qui normalement aurait pour principale fonction d'assurer par le jeu du système végétatif le tonus musculaire.

Sur la neutralisation du pouvoir oligodynamique du cuivre par les solutions d'électrolytes. Applications aux eaux minérales. — MM. P.-L. VIOLLE et A. GIBERTON rappellent que l'eau distillée devient toxique au contact du cuivre. L'eau contient en effet de l'hydroxyde de cuivre colloïdal (colloïde positif). Les ions plurivalents de signe contraire (anions SO^4, PO^4) déterminent la floculation de ce colloïde conformément à la règle de Hardy et neutralisent par ce mécanisme la toxicité du cuivre. L'ion PO^4 agit quel que soit le pH mais l'ion SO^4 n'agit qu'à pH 8. Parmi les cations le calcium seul s'est montré antitoxique. Les métaux voisins tels que le magnésium et le strontium ne le sont pas. Le cation calcium agit certainement par un tout autre mécanisme que les anions.

Évolution des greffes testiculaires. — M. RETTERER présente des préparations de greffons de bouc et de brebis ayant survécu un an et deux ans. Dans les greffons datant d'un an on observe dans certains points des cordons formés d'un syncytium à nombreux noyaux, ou des cordonnets de tissu réticulé plein ou vide. Il conclut que ces cordons de cytoplasma sont des tubes séminaux dont le revêtement s'est transformé en un tissu conjonctif jeune. De un an à deux ans, ce dernier évolue en une trame conjonctive dense.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1929)

Fracture juxtamalléolaire du péroné. Diastasis. Luxation du pied en dehors. Ostéosynthèse. — M. SÉJOURNET fait un rapport sur cette observation de M. PANIS (de Commercy). Les lésions étaient complexes et peu fréquentes. L'ostéosynthèse, très judicieusement pratiquée, a permis une réduction et une coaptation parfaites. Au bout d'un mois la marche était normale.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie en voie de suppuration. — M. DESJARDINS fait un rapport sur une observation de M. MILLET (de Paris) concernant un kyste hydatique du foie en voie de suppuration pour lequel le diagnostic de cholécystite avait été porté avant l'intervention. La poche fut réséquée après ponction et formalisation. Le malade guérit au bout de six mois après avoir présenté une fistule biliaire. A ce propos, M. Desjardins insiste sur la cholerragie dans les kystes hydatiques, qui peut dans certains cas — comme dans l'observation rapportée — être bénigne et passagère alors que dans d'autres cas elle peut être grave et définitive, aboutissant à la mort; elle peut tenir soit à la blessure d'un canal biliaire, soit, le plus souvent, à un obstacle sur la voie d'excrétion biliaire, et nécessite une intervention pour rétablir le cours de la bile, drainage hépatique ou vésiculaire.

Appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée. Occlusion intestinale consécutive par brides et adhérences. — M. PETIT DE LA VILLÉON fait un rapport sur une observation de M. MILLET (de Paris) de péritonite généralisée consécutive à une appendicite gangréneuse et ayant, trois mois plus tard, entraîné deux occlusions intestinales avec deux opérations itératives (libération de brides, fistule cæcale). Guérison.

Calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère enlevé par voie latérovésicale. — M. LAVENANT fait un rapport sur cette

observation de M. Nora (de Paris). Il reconnaît la facilité qu'offre le décollement latéral du péritoine vésical. Le procédé employé pour la résection des diverticules vésicaux donne un abord facile sur les cinq derniers centimètres de l'uretère lorsque la section du méat après cystostomie et essai de mobilisation du calcul auront échoué. Au delà de cette limite, la voie sous-péritonéale telle que l'a décrite Albarran reprend tous ses droits.

La situation haute du bulbe duodénal. Son traitement par l'opération de Finney. — M. Hautefort fait un rapport sur un travail de M. Corin (de Liége) concernant les troubles occasionnés par la situation anormalement haute du bulbe duodénal. L'auteur préconise contre ces troubles l'opération de Finney modifiée : au lieu d'une gastro-duodénostomie il exécute une gastroduodéno-duodénostomie, le pylore étant sectionné en amont du point culminant de l'anastomose. Cette opération a été pratiquée plusieurs centaines de fois et jamais on n'a observé d'ulcère peptique.

Ostéosynthèse et mal de Pott. — M. Bressot (de Constantine) a employé dans ces huit dernières années sur 21 malades atteints de mal de Pott, la greffe ankylosante dans 11 cas. Le plus jeune opéré avait dix-huit ans, le plus âgé trente-cinq. L'auteur a suivi la technique de Bérard. Sur ces 11 opérés il a pu en retrouver 8 sur lesquels il a noté : 5 guérisons parfaites (4 mal de Pott lombaire; 1 mal de Pott dorsal); 1 résultat satisfaisant (mal de Pott dorso-lombaire); 2 échecs (1 mal de Pott dorso-lombaire, 1 mal de Pott lombaire).

Traitement ostéosynthétique des fractures des malléoles simples ou compliquées de diastasis du péroné. — M. Juvara (de Bucarest) préconise le traitement ostéosynthétique dans les fractures des malléoles, fracture de la malléole interne seule, ou compliquée de fracture de la malléole externe ou de diastasis du péroné. L'intervention doit être faite le plus tôt possible, l'ostéosynthèse étant une opération d'urgence. Le fragment malléolaire est fixé à sa place avec un ou deux clous, et le péroné, en cas de diastasis, est serré contre le tibia avec un boulon spécial. Les clous et le boulon sont retirés entre le vingtième et le vingt-cinquième jour, l'opéré continuera à faire des mouvements le plus possible, mais ne devra jamais s'appuyer sur son pied malade avant le cinquantième-soixantième jour.

Section de deux tendons extenseurs des doigts. Suture tardive. Guérison. — M. H. Blanc présente une malade à laquelle il a fait une suture tendineuse au fil de lin pour une section des tendeurs extenseurs du médius et de l'annulaire. L'écart entre les deux bouts du tendon du médius était de 5 centimètres. L'opération fut faite le vingtième jour. Très bon résultat fonctionnel.

Tumeur kystique du poumon. — M. Petit de la Villéon présente une radiographie de tumeur du poumon prise pour un kyste hydatique. Le tracé circulaire est moins net qu'en cas de kyste hydatique et la moitié inférieure opaque présente un niveau horizontal un peu flou. Il s'agissait en réalité d'un cancer du poumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1929)

Appendicite. — M. Briault fait une communication sur un cas d'appendicite gangréneuse sans signes alarmants.

M. Galliot apporte une observation analogue.

M. Raymond Petit donne lecture de treize observations de même nature. Ce dernier conclut par une mise au point du diagnostic de l'appendicite : « aussitôt le diagnostic posé, il faut opérer; temporiser, c'est exposer la vie du malade. De tous les signes d'alarme, celui qui se rencontre le plus souvent c'est le ralentissement du pouls ».

Débris de surrénale. — M. Raymond Petit fait une communication sur les débris erratiques de la surrénale. Il en relate une nouvelle observation, appuyée d'une aquarelle représentant une glande surrénale surnuméraire dans le ligament large.

Traitement de la sciatique. — M. Filderman apporte deux nouvelles observations prises en collaboration avec le docteur Corbasson de Arstines (Seine-et-Oise) et montrant les excellents résultats obtenus dans les sciatiques par l'injection de lipiodol dans les trous de conjugaison.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE LOGEMENT ET LA PATENTE DANS LES PROFESSIONS LIBÉRALES

A la suite de l'article que nous avons publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1), nous avons reçu des lettres auxquelles nous considérons qu'il y a lieu de répondre. Nous avons reçu notamment la communication d'une note émanant du représentant du *Groupement des médecins propriétaires d'immeubles* qui a attiré notre attention.

Nous en donnons l'extrait suivant :

« Il y a dans les porteurs de papier ceux, fort nombreux fort heureusement, qui détiennent des valeurs étrangères payant des revenus sterling, dollar ou or. Il y a des prêteurs de date récente dont certains ayant avancé des francs à 0 fr. 10, reçoivent en intérêts des francs à 0 fr. 20.

Il y a encore des commerçants, des professions libérales aussi, des fonctionnaires qui se font payer leurs marchandises et leur travail à des coefficients 5 et au-dessus par rapport à l'avant-guerre.

Les syndicats médicaux eux-mêmes indiquent le coefficient 5 comme devant être réalisé prochainement par les honoraires.

Les rentiers sur l'Etat, mis perpétuellement en comparaison, à moins d'être frappés d'aliénation mentale, n'avaient pas mis en portefeuille exclusivement des rentes et des valeurs de chemins de fer.

Leur cas, d'ailleurs, diffère considérablement de celui des propriétaires, également, porteurs fréquents de titre de « pères de famille »; les titres n'ont pas comme les immeubles des frais d'entretien et d'amortissement multipliés par le coefficient de 7 à 10.

Le revenu des rentes est net, tandis que celui de la propriété est grevé de prestations et d'impôts décuplés depuis 1914. Le petit rentier, avec les abattements à la base, peut être exonéré de l'impôt sur le revenu, alors que l'impôt foncier sur le revenu de la propriété bâtie frappe *sans exonération* la plus infime bicoque.

Enfin les immeubles ne se vendent que rarement, difficilement, avec des frais de mutation énormes (27 à 33 p. 100), alors que le porteur de titres avisé a pu, profitant des fluctuations boursières, vendre et racheter dix fois ses valeurs, réalisant des bénéfices représentant des années de revenus.

De plus, pendant cinq années de guerre, les rentiers ont touché leurs coupons en francs-or alors que les propriétaires, mobilisés aussi, encaissaient... le néant et payaient charges, prestations et réparations d'urgence.

Nous concluons : Les locataires qui, sans sourciller, paient chez le boucher dix fois le prix d'avant-guerre, doivent payer à leurs bailleurs s'ils le peuvent et la plupart le peuvent, un

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, nº 5, p. 82.

prix conforme au taux actuel de l'existence et aux charges écrasantes de la propriété bâtie.

Le régime des prorogations perpétuelles cristallise la crise et maintient dans les taudis ou en meublé ou empêche de se marier les jeunes gens. Il y a là un péril social immense. »

*
* *

Nous ne voudrions pas qu'à propos de l'article paru ici même le 16 janvier 1929 notre pensée fut mal interprétée. D'abord, nous n'avons envisagé que les professions libérales avec l'idée de nous occuper de la situation particulière des médecins ou des chirurgiens ; ce fut l'objet de notre examen. Et il nous paraît quelque peu inopportun de venir dire, à propos d'eux : « le porteur de titres *avisé* a pu, profitant des fluctuations boursières, vendre et racheter dix fois ses valeurs, réalisant des bénéfices représentant des années de revenus. De plus, pendant cinq années de guerre, les rentiers ont touché leurs coupons en francs-or, alors que les propriétaires, mobilisés aussi encaissaient... le néant et payaient charges, prestations et réparations d'urgence. » Or, il est connu que le médecin ou le chirurgien néglige passablement ses intérêts personnels, pour se consacrer aux soins à donner au malade ; c'est leur honneur. Il peut y avoir des exceptions, comme en toute chose, mais nous ne croyons pas nous tromper en disant que les médecins ou chirurgiens qui spéculent sont rares. D'autre part, pendant la guerre, peu de médecins ou chirurgiens n'ont pas été mobilisés ; ils sont presque tous partis aux armées ; ils ont fermé leur cabinet pour se consacrer à la santé des soldats ; c'est encore à leur honneur de penser qu'avec la masse d'hommes qui étaient au front, près du front ou à l'arrière, l'état sanitaire a été conservé si bon pendant cinq années.

Ensuite, nous ne prétendons pas que la situation des propriétaires soit enviable, au moins pour beaucoup d'entre eux. Nous avons cherché à expliquer les raisons qui paraissaient militer en faveur du projet de loi déposé par le gouvernement sur les prorogations nouvelles qu'il était dans le dessein d'accorder. N'est-ce pas légitime ? Nous nous sommes trouvé en présence d'un fait ; certaines raisons justifient la mesure proposée ; nous avons cru devoir les déduire, mais nous reconnaissons volontiers que d'autres raisons très fortes peuvent être invoquées par les propriétaires à l'appui de leur désir de voir le droit commun reprendre son cours. C'est un désir qui peut être légitime.

Cependant, nous ne saurions admettre, en ce qui concerne les médecins et les chirurgiens, l'argument de l'auteur de la note faite au nom du groupement des médecins propriétaires d'immeubles, ainsi conçu : « le régime des prorogations perpétuelles cristallise la crise et maintient *dans les taudis* ou en meublé ou empêche de se marier les jeunes gens ». Nous voudrions savoir comment la prorogation accordée aux médecins pourrait maintenir les taudis. S'il en est qui sont dans des taudis, — ce qui nous parait quelque peu contestable — comment donc peuvent-ils exercer leur profession qui nécessite une installation spéciale, particulièrement pour le chirurgien ? La clientèle a besoin d'égards et doit être reçue dans un appartement ou tout au moins dans des locaux, où les principes d'hygiène doivent être respectés. Et puis, si on faisait sortir le médecin de son « taudis » ce serait évidemment pour y mettre à sa place quelqu'un qui paierait plus cher ; car le propriétaire a le droit de faire disparaître les maisons insalubres, en exerçant son droit de reprise pour démolir et reconstruire.

Est-il bien sûr que le régime des prorogations empêche les jeunes médecins de se marier ? S'ils ont des hésitations à cet égard, n'est-ce pas plutôt parce que les appartements qui ne sont soumis à aucune prorogation sont d'un loyer trop élevé ? Est-ce que vraiment le régime des prorogations empêche les jeunes médecins de s'installer ? Il faudrait, pour l'affirmer, rechercher combien, parmi ceux qui jouissent des prorogations se trouvent de médecins et de chirurgiens ou d'avocats ; nous serions assez étonné qu'on en comptât beaucoup dans la masse de la population parisienne notamment. Ce qui est à remarquer, c'est que les jeunes médecins ou chirurgiens qui s'installent sont obligés de payer des loyers élevés, non pas en raison même des prorogations, mais, en raison de la demande du propriétaire, pour ce motif que s'il n'y avait plus de prorogation, le taux du loyer serait libre et porté au maximum par le propriétaire. Que gagne donc le jeune médecin au maintien des prorogations ? Rien, semble-t-il ; aussi, à bien considérer les choses, la raison pour laquelle le jeune médecin paraît s'insurger est-elle toute autre ; elle nous paraît avoir été indiquée sous cette forme : « un jeune interne des hôpitaux qui s'installe sans clientèle, nous dit-on, a des charges locatives et de patente plus lourdes que son patron, en plein rendement professionnel, mais qui est protégé par le taux ridicule de son loyer d'avant-guerre. » Qu'est-ce à dire ? L'argument ne devient plus qu'une question de concurrence. Est-ce que ce jeune interne trouvera plus facilement une installation, parce que son patron paiera moins cher ? Nous en doutons pour les motifs ci-dessus indiqués.

Nous voudrions, encore une fois, faire comprendre que l'article que nous avons écrit n'est pas un acte d'hostilité contre les propriétaires ; loin de nous cette idée. Nous avons été profondément troublé par la lettre d'un médecin qui, propriétaire et rentier à la fois, nous a fait part en termes courtois de ses préoccupations disant textuellement qu'à l'heure actuelle, les professions d'avocat et de médecin sont, si les charges restent les mêmes, des professions qui, sans fortune personnelle, ne peuvent faire vivre leur homme lorsqu'on veut rester honnête ; ajoutant qu'il s'était retiré sous sa tente et avait renoncé à l'exercice de sa profession, en raison des charges considérables, notamment de la patente, qui la grevaient ; et terminant sa lettre par ces mots : « fils et petit-fils de médecins, j'aurais désiré continuer la tradition dans ma famille, j'en ai dissuadé mon fils aîné ; il est actuellement élève à l'École centrale. »

N'est-il pas lamentable qu'un médecin, écrasé sous les charges, abandonne sa profession et la fasse abandonner à son fils, en raison même de ces charges ?

Hélas ! Il faut se mettre en présence des réalités. La vie n'est pas un roman. Une certaine philosophie, une volonté de conciliation et de modération, une vision plus nette d'une situation créée par la guerre qui a dérouté les meilleurs esprits, leur permettront d'être moins intransigeants et de voir les choses sous un meilleur aspect. C'est le souhait que nous formulons.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Marcel LERMOYEZ

(1858-1929)

La mort frappe à coups redoublés sur nos maîtres parisiens. Après Letulle, Widal, Sicard, voici que M. Lermoyez disparaît à son tour.

M. Lermoyez était né à Cambrai en 1858. Il avait fait ses études de médecine à Paris ; reçu premier à l'externat en 1878 il était arrivé à l'internat en 1880, dans la même promotion que Gilbert, de Langenhagen, Richardière, Œttinger, Ricard, Darier, Charrin, L. Tissier, Bonnaire, Valude et Chaput.

Nommé médecin des hôpitaux en 1891, il devient chef de service en 1895 et trois ans après il crée de toutes pièces à l'hôpital Saint-Antoine le premier service d'oto-rhino-laryngologie. C'est grâce à ses efforts personnels que fut organisé ensuite, le corps des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

On sait quelle grand et légitime autorité il avait acquise dans sa spécialité. Pendant ses études médicales, il avait déjà publié avec Gougenheim divers travaux de laryngologie.

Sa thèse : *Etude expérimentale sur la phonation* (1886) était un remarquable travail de physiologie qui le préparait à se spécialiser dans la clinique oto-rhino-laryngologie. Il alla faire un long stage à Vienne et fit de nombreux voyages pour étudier les divers centres d'oto-rhino-laryngologie. Il fut particulièrement aidé dans ses séjours à l'étranger par sa parfaite connaissance de l'allemand et de l'anglais qui lui permettait de faire, au besoin, des conférences dans ces deux langues.

Lermoyez a beaucoup publié, citons seulement la *Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal* (1896), *La thérapeutique des maladies de l'oreille*, en collaboration avec Boulay (1901), ouvrages qui sont classiques, un précieux *Traité d'électricité médicale* qui a rendu d'immenses services à tant de praticiens. Il dirigea les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* et fut l'un des fondateurs, avec Landouzy, Letulle et de Lavarenne de la *Presse médicale*. Il en a été un des collaborateurs les plus actifs et il était resté membre de son comité de rédaction si cruellement éprouvé depuis quelques semaines.

Membre titulaire de l'*Académie de médecine* depuis 1911, Lermoyez était encore membre de la *Société médicale des hôpitaux*, ancien président de la *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Il faisait partie de nombreuses sociétés étrangères, de la *Société royale des médecins de Londres*, de la *Société royale des médecins de Hongrie*, de la *Société laryngologique de Berlin*, de l'*Association laryngologique américaine*, etc...

Sa grande expérience était souvent mise à contribution, c'est ainsi qu'il était consultant du P. L. M., de l'Opéra comique et que son avis était souvent sollicité comme expert près les tribunaux.

Chef d'Ecole, Lermoyez l'a été dans la plus large mesure : Drualt, Georges Laurens, H. Bourgeois, Grivot, Bellin, Hautant, Blanluet, Rendu, André Moulonguet, Ramadier, Lanos, Bloch, Feldstein furent ses élèves ainsi que tant d'autres qui devraient être cités. Nous n'avons pas oublié avec quelle bienveillance il accueillait les jeunes dans ce vieil hôpital Saint-Antoine où les médecins semblaient tous voués à se spécialiser : M. Lermoyez en oto-rhino-laryngologie, M. Siredey en gynécologie médicale, plus tard M. Béclère en radiologie. Mon maître Letulle n'avait-il pas encore en 1897 quelques lits réservés aux femmes en couches?

Lermoyez appartenait à une grande famille médicale. Il avait épousé la fille de Léon Labbé, l'éminent chirurgien. Il était lui-même le beau-père de notre ami, Maurice Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin. Il y a quelques années il avait perdu son fils, ancien interne des hôpitaux, sur lequel on pouvait fonder de grandes espérances. Lermoyez n'avait pu se consoler de cette perte cruelle entre toutes.

Nous nous inclinons avec respect devant celui qui a honoré si grandement notre profession, et nous prions les siens et la rédaction de la *Presse médicale* de recevoir l'expression de nos très profondes condoléances.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

LIVRES NOUVEAUX

Troubles fonctionnels et dystrophies à l'état chronique en gynécologie (1). Exposé pratique de physico-pathologie et de traitement conservateur de l'appareil sexuel de la femme et de sa fonction, dans leurs rapports avec la physio-pathologie et la thérapeutiques générales, par P. PETIT-DUTAILLIS, chirurgien de l'hôpital privé Saint-Michel. Préface du professeur René LERICHE.

L'auteur commence par faire la synthèse de la question : 1° Introduction anatomo-physiologique dans laquelle il étudie les trois grands facteurs, endocrine, sympathique et neuropsychique : liaison entre eux de ces trois facteurs et de leurs éléments divers, plus spécialement du point de vue sexuel, mais sans perdre de vue le reste de l'organisme. — 2° Etiologie générale. — 3° Méthode générale d'examen clinique. — 4° Méthodes générales de traitement médico-chirurgical : Traitement causal. — Traitement pathogénique : I. Organothérapie gynécologique, médicale (endocrinothérapie, protéinothérapie plurivalente), chirurgicale (procédés actuels de chirurgie conservatrice et réparatrice, greffe, transfusion du sang), actinique. — II. Sympathicothérapie (traitement médicamenteux, réflexothérapie, chirurgie du sympathique pelvien). — III. Psychothérapie élémentaire. — IV. Thérapeutique générale.

Cette synthèse faite, l'auteur est en mesure, dans une seconde partie de son ouvrage, d'étudier les disfonctionnements et dystrophies gynécologiques, dans leur particulier, en évitant bien des redites. Dans un premier chapitre, il passe en revue les dysfonctionnements et dystrophies localisés (algies pelviennes-intermenstruelles; prurit vulvaire; algo-spasme menstruel; algo-spasme vaginal; incontinence et rétention d'urine; varicocèle pelvien, hémorragie de l'utérus sans lésions cliniquement reconnaissables dans cet organe, oligoménorrhées et aménorrhées de la période d'activité sexuelle; troubles sécrétoires, etc.; dystrophies diverses du tractus génital, de l'ovaire, des mamelles; résumé pathogénique de la stérilité d'origine locale. — Un second chapitre est consacré aux dysfonctionnements et dystrophies généralisés : causes générales de stérilité; intoxication du célibat; intoxication gravidique; troubles de la ménopause; choc abdominal postopératoire et postpartum; déplacements génitaux primordialement dus à la faiblese générale des tissus.

Parmi les addita, signalons l'exposé de la méthode à suivre pour le radio-diagnostic gynécologique et un additum de technique opératoire avec nombreuses figures filmées par le crayon de Dupret.

Ce livre, tout en paraissant s'attaquer au même sujet que le traité récemment paru du professeur Cotte de Lyon, est donc conçu de toute autre façon et comprend des éléments différents. Peut-être pourrait-on dire qu'au lieu de se concurrencer les deux ouvrages, réciproquement, se complètent

L. G.

(1) Un vol. in-8 de 476 pages, avec 185 figures. — Prix : 90 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 6 février. — Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Cadenat et Mathieu. — M. LIEUTAUD. Les péricystites phlegmoneuses.

Jeudi 7 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Achard, président; Balthazard, Dechambre, Moussu, Maignon et Robin. — M. DERVAUX. L'élevage des animaux domestiques en Annam. — M. RÉMY. Les intoxications d'origine alimentaire.

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la **TOUX** *quelle qu'en soit l'origine.*



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

de toutes les Affections aiguës ou chroniques

des Voies Respiratoires

Rhumes, Grippes, Bronchites, Catarrhes

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à o gramme 25 et à o gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

CONGRÈS

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

Le XIIIe Congrès international d'ophtalmologie se réunira à Amsterdam, du 5 au 13 septembre, sous la présidence du professeur van der Hoeve (de Leiden).

Délégués français : professeur F. Terrien, M. V. Morax.

Voici les sujets des trois rapports qui seront discutés :

1° L'extension géographique et la lutte sociale instituée contre le trachome ;

2° Etiologie et traitement non opératoire du glaucome ;

3° Le diagnostic des tumeurs suprasellaires.

En outre, des rapports sur les sujets suivants seront présentés au Conseil international d'ophtalmologie qui les distribuera aux membres du Congrès :

1° Examen de l'acuité visuelle ;

2° Périmétrie ;

3° Examen des sons de la lumière ;

4° Notation de l'axe des verres cylindriques ;

5° Unifications dans les prescriptions pour l'examen des employés de chemins de fer, chauffeurs, marins et aviateurs.

S'inscrire auprès de M. H. M. Roelofsz, directeur de l'Income Bank, à Amsterdam, qui reçoit les cotisations. La cotisation est de 25 florins pour les membres actifs et de 12 fl. 50 pour les membres associés. C. chèque postal, Amsterdam, n° 8074.

IIe CONGRÈS NATIONAL DE MÉDECINE DE L'ÉQUATEUR

Ce Congrès se tiendra à Guayaquil en 1930. Le Comité d'organisation est ainsi constitué :

Président : docteur Bornejo Gimez, recteur, professeur de clinique médicale ; vice-président : docteur Fuentes Rolles, professeur de clinique chirurgicale ; trésorier : docteur Maldonado Barbo, professeur de médecine opératoire ; secrétaires : docteurs Fassier, professeur de dermatologie, et Pareja Boronel, professeur de médecine interne.

CONGRÈS NATIONAL ITALIEN D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE

Ce Congrès se réunira à la Spezia, du 4 au 6 octobre 1929. Il sera présidé par le professeur Devoto, président de la Société nationale d'hydrologie et climatologie.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU PALUDISME

Le IIe Congrès international du paludisme aura lieu à Alger (Algérie) les 19, 20 et 21 mai 1930. Ce Congrès coïncidera avec les fêtes du cinquantenaire de la découverte de Laveran. Des excursions facultatives sont prévues pour les journées des 22, 23 et 24 mai. Les personnes désireuses d'y participer peuvent s'adresser dès maintenant au secrétariat général du Congrès, à l'Institut Pasteur, à Alger, qui enverra tous renseignements.

ERRATUM. — Dans la répartition des chefs de clinique (n° 7, 23 janv. 1929), faire la rectification suivante :

Clinique obstétricale (Tarnier). — Chefs de clinique MM. de Perretti della Rocca, Suzor et Mlle Bardy.



R. C., 127.006, Seine.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R.C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goître, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

SCLÉROSE EN PLAQUES

SYMPTOMES, FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

La sclérose en plaques est, après la syphilis, la plus fréquente des affections du système nerveux. C'est une maladie infectieuse due à un germe spécifique inconnu, et caractérisée :

1. *Cliniquement* :

Par son extrême *polymorphisme* ;

La fréquence des *formes frustes* dont les travaux récents permettent le diagnostic plus *précoce* ;

La difficulté de ce diagnostic, justifiant le conseil classique de penser à la sclérose en plaques, en présence de toute affection neurologique mal définie.

2. *Anatomiquement* : par une véritable éruption de plaques de sclérose disséminées dans tout l'axe nerveux (moelle, bulbe, protubérance, cervelet, cerveau).

Cette maladie, dont le substratum anatomique est seul bien défini, frappe des *sujets jeunes*, évolue par *poussées successives* vers la *mort* à échéance plus ou moins éloignée.

Le diagnostic se base sur l'examen clinique minutieux, la *ponction lombaire*, certains *examens spéciaux* (les *yeux*, le *labyrinthe*).

CLINIQUE

Il n'est pas d'affection neurologique plus *polymorphe*.

1. *Classiquement*, il existe un *type paraplégique caractéristique*, décrit par Charcot (1866).

2. *Actuellement*, cette forme est exceptionnelle. Nous décrirons :

a. La forme classique de Charcot;

b. La forme dite « *commune* », tardivement paraplégique, évoluant par poussées successives;

c. D'autres aspects cliniques fréquemment observés.

I. Forme dite classique (Charcot). — Elle se présente comme un *syndrome paraplégique, pyramido-cérébelleux, de diagnostic facile*.

Début. — Il s'agit de *sujets jeunes, entre dix-huit et trente-cinq ans*, et c'est là un premier élément diagnostique d'*importance majeure*. Le début se fait :

a. *Le plus souvent* : *progressivement*, par une fatigabilité rapide, affaiblissement des membres inférieurs, puis légère raideur, difficulté de la marche, symptômes discrets auxquels le sujet ne prête guère attention.

b. *Rarement* : *brutalement* par un ictus laissant une paraplégie, une hémiplégie.

Etat. — La marche devient de plus en plus difficile. La paraplégie spasmodique s'installe. Le tableau clinique est caractéristique avec association de :

1. Signes pyramidaux (paraplégie spasmodique) ;
2. Signes cérébelleux (tremblement, incoordination, nystagmus) ;
3. Signes accessoires diversement groupés.

1° Les signes pyramidaux : La paraplégie spasmodique. — Les troubles de la marche sont de plus en plus accentués. C'est une paraplégie spasmodique typique, avec exagération des réflexes tendineux, rotuliens et achilléens qui sont vifs, polycinétiques, clonus du pied, *signe de Babinski bilatéral*. Les réflexes d'automatisme médullaire sont peu marqués.

L'examen de la force musculaire segmentaire la montre diminuée. Les muscles sont hypertoniques. Il y a plus de contracture que de paralysie. Il n'y a pas d'atrophie musculaire, signe négatif de haute importance.

La *démarche* est caractéristique. Ce n'est pas seulement une démarche sautillante de paraplégique, c'est une démarche *cérébello-spasmodique* avec tous les intermédiaires entre la démarche de gallinacé et celle du type cérébelleux, incertaine, vacillante, ébrieuse, festonnante.

En présence d'un tel syndrome, il faut toujours rechercher :

2° Les signes cérébelleux. — *Deux surtout sont importants : le tremblement, le nystagmus.*

a. *Le tremblement*. — C'est un *tremblement intentionnel*, se manifestant dès la moindre activité musculaire et surtout aux membres supérieurs, empêchant le malade de porter un verre à sa bouche. Il est lent et d'autant plus intense que le mouvement est plus grand. Parfois, il existe même au repos, s'exaltant au moindre mouvement, rendant le diagnostic presque évident. Parfois, il est minime, il faut le rechercher.

b. *Le nystagmus* est un signe *presque constant* et de *grande valeur*. Il se voit d'emblée, ou apparaît dans les positions extrêmes du regard (surtout horizontal).

c. *Les autres signes cérébelleux* seront systématiquement recherchés, et avant tout :

1. *L'incoordination des mouvements* (le doigt au nez, le talon au genou, etc.), dysmétrie, asynergie, adiadococinésie.

2. *Les troubles de la parole* : ils peuvent être typiques, orientant le diagnostic, parole lente, monotone, scandée, explosive.

3° Les signes accessoires. — L'association des troubles précédents rend le diagnostic facile. Il peut encore s'aider des signes suivants :

a. *Peu ou pas de troubles de la sensibilité*. — Subjective (quelques paresthésies) et surtout *objective*.

b. *Existence possible de troubles sensoriels* :

Oculaires : paralysies transitoires, névrite optique.

Auditifs : vertiges, bourdonnements, surdité.

c. *Pas de troubles sphinctériens, génitaux, trophiques.*

d. *Etat mental particulier.*

Ces malades, longtemps normaux, deviennent émotifs, puériles, diminués intellectuellement, parfois mélancoliques, persécutés, avec *facies hébêté, pleurard*. Rarement : *aspect pseudo-bulbaire*.

Le diagnostic de sclérose en plaques, dans une forme aussi classique et complète, est aisé.

Il sera confirmé par la *ponction lombaire*.

Evolution. — Elle se fait inexorablement vers la *mort*.

a. *Le plus souvent* : *lentement*, en cinq, dix, vingt ans.

La maladie s'aggrave par *poussées successives* qui font de ce malade un grand infirme, confiné au lit. Les rémissions sont parfois longues (dix ans), mais à l'occasion d'une infection intercurrente, d'une intoxication, la maladie reprend. Elle n'a jamais fini d'évoluer. Finalement, ce malade grabataire meurt d'escarre, de broncho-pneumonie, parfois d'un syndrome bulbaire, d'un ictus apoplectiforme.

b. *Il est rare* que l'évolution soit *subaiguë* (trois, quatre ans) ou même *aiguë* (six mois, un an).

II. Forme commune. — Actuellement, cette forme caractéristique que nous avons décrite est rare. Bien que la sclérose en plaques se présente avec des signes *plus diffus*, les lésions présentent toutefois des zones d'élection, et les symptômes une *certaine unité*. Les travaux récents ont en particulier approfondi les *modes de début*, l'étude du *liquide céphalo-rachidien*, les troubles oculaires, et une séméiologie précise permet dans bien des cas le diagnostic précoce. Nous insisterons surtout sur les symptômes dont on a récemment souligné l'importance.

A. **Le malade.** — C'est dans la règle un sujet jeune : *dix-huit à trente ans, fait capital*. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc tous les 2 ou 3 jours. R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

---

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

NÉOLYSE

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane — La plus facilement acceptée par les Malades

---

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

---

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES — ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX — PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Labey, Hartmann, Mondor, Baumgartner, qui acceptent; Küss, Mauclaire, Bréchot, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Moulonguet, Soupault, Bloch, Bergeret.

HOSPICE PAUL BROUSSE ET CENTRE ANTICANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE. — *Concours de l'internat.* — Le jury est définitivement composé de MM. Laubry, Gautier, Chastenet de Gery, Braine et Huguenin.

La première épreuve du concours aura lieu le lundi 11 février, à 13 h. 45, salle des examens, rue Mabillon (VIe).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe est actuellement vacant. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur Pichat, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie.

M. Michel Denarié a été nommé préparateur de médecine légale.

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Toubert a été maintenu dans ses fonctions d'inspecteur des services chirurgicaux de l'armée et d'inspecteur permanent des écoles et des hôpitaux militaires d'instruction.

M. le médecin général Sacquépée a été maintenu dans les fonctions d'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée.

M. le médecin général Lascoutx a été maintenu dans les fonctions d'inspecteur général permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — *Président :* M. Emile Roux.

Membres civils : MM. les professeurs Léon Bernard, Bezançon, Calmette, Chauffard, le sénateur Chauveau, MM. Emile Vincent, le docteur Jules Renault, les professeurs Roger et Pierre Teissier, M. Nepoty.

Membres militaires : MM. Rimbert, Defressine, le général Thomas, les médecins généraux inspecteurs Toubert, Lasnet, Vaillard, Sieur, Vincent, Rouget, les médecins généraux Sacquépée, Polin, Lévy.

Secrétaire : M. Coudray.

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — *Médaille d'or.* — M. Mounier, à Paris.

Médaille d'argent. — MM. Amado, Andreu et Bérillon, à Paris; Brassart, à Arras; Broc, à Tunis; Capot de Quissac Naudin, Cartier, Durand et Hoffmann, à Paris; Massard, à Marseille; Sarrazin, à Hallencourt; Vermorel, à Paris.

Médaille de bronze. — MM. Bonnenfant, à Soissons; Boyé; à Vincennes; Cadre, à Torcy; Caillet, à Paris; Catteau, à Tourcoing; Clément, à Paris; Crop, à Choisy-le-Roy, Dausset, Descomps, Dupau et Fromenteau, à Paris; Fruteau, à Neuilly-Plaisance; Georgel, à Paris; Giboux, à Marseille; Giroux et Lipschitz, à Paris; Louart, à Wattignies; Neveux, à Torcy; Paumès, à Toulouse; Pedebidou, à Paris; Périgord, à Limoges; Saint-Cène, à Paris; Sicard, à Montluçon; Vegeas, à Marseille.

Mention honorable. — MM. Mouren et Stefani, à Marseille, Menu, à Laon.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 1re décade (1er-10 janvier 1929), 1.475 décès totaux, dont 1.226 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.352 pendant la décade précédente et de 1.420, moyenne décadaire correspondante des cinq

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE 49, Bd de Port-Royal

dernières années, et 249 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.226 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 1 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 14, au lieu de 44 pendant la décade précédente (moyenne 29).

9 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 17). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 41, au lieu de 24 pendant la décade précédente (moyenne 151).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 93; il s'élevait à 112 pendant la décade précedente (moyenne 78).

La diphtérie a causé 7 décès, au lieu de 10 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 85, au lieu de 137 pendant la décade précédente (moyenne 92).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 249 décès, comme pendant la décade précédente, et au lieu de 300, moyenne décadaire correspondante.

UNION DES MÉDECINS MUTILÉS DE GUERRE. — Les membres de l'Union des médecins mutilés de guerre viennent de procéder au renouvellement de leur bureau.

Ont été elus : président, docteur Landolt; vice-présidents, docteurs Schneider, Leroux, Villetard de Laguérie; secrétaire général, docteur Fassina; secretaire-adjoint, docteur Soalhat; trésorier-général, docteur Mathieu de Fossey; trésorier-adjoint, docteur Somen; Conseil d'administration, docteurs Bernard, Descouts, Griffault, Lesire, Luzy, Ménétrel, Roch de Peretti, Vignard.

A l'unanimité, le camarade Landrin qui ne se représentait pas est nommé président fondateur honoraire.

Après le rapport du secrétaire-genéral et le discours du camarade Landolt, qui remercie les membres de l'U. M. M. G. de l'avoir élu président, le docteur Ménétrel, trésorier, donne lecture du compte-rendu financier.

Il remercie le trésorier-adjoint, Garnier-Claudon de son concours, et porte à la connaissance des membres présents que depuis la création de l'association, des secours assez nombreux ont été accordés à des camarades dans le besoin et à des veuves de médecins.

L'ancien bureau expose le résultat de ses démarches au ministère des Pensions en faveur des emplois réservés aux médecins mutilés, et les membres présents décident de soutenir toutes les revendications des médecins mutilés de guerre. (Siège social, 19, rue Blanche, Paris IXe).

LE TRAFIC ILLICITE DES STUPÉFIANTS A LA SOCIÉTÉ DES NATIONS. — La commission permanente et consultative de l'opium vient de consacrer une séance à l'examen d'un projet de limitation de la fabrication des stupéfiants. Ce projet émane du gouvernement des Etats-Unis et le principe fondamental en consiste dans la détermination à l'avance des besoins médicaux de chaque pays en narcotiques, de manière à éviter une surproduction qui tombe fatalement dans le commerce illicite.

Les délégués de la Hollande et du Japon ont présenté une série d'objections techniques à ce sujet qui, sur plusieurs points, est en opposition avec les termes de la convention de Genève pour le contrôle du commerce de l'opium. Cette convention élaborée en 1925 vient seulement d'entrer en vigueur.

M. Bourgeois (France) a fait ressortir, que sur plusieurs questions délicates, le projet américain contient des suggestions intéressantes qui ne sauraient être négligées. Il a proposé que la commission se livrât à une première étude du projet et qu'elle le renvoyât ensuite aux gouvernements membres de la Société en leur demandant leur avis. Cette procédure permettrait d'envisager une nouvelle étape dans la lutte contre le danger de l'usage des stupéfiants.

Le sénateur Cavazzoni (Italie) a appuyé la proposition française. Il a insisté sur le fait que le trafic illicite des stupéfiants constitue aujourd'hui un fléau qui menace toute l'humanité et fait chaque année plus de victimes qu'une guerre entre de grandes nations. Il a ensuite soutenu que si la convention de Genève, par son universalité, est d'une application difficile, il faudrait, comme on l'a fait pour le désarmement, en venir à concevoir des accords particuliers. L'Italie est prête à conclure de telles conventions. Le délégué italien a enfin annoncé à la commission que M. Mussolini, qui étudie personnellement cette question en vue de préserver l'avenir de la race italienne, vient de demander à son ministre des Finances des études préliminaires en vue de l'introduction en Italie du monopole de l'Etat pour le commerce de tous les narcotiques. (*Le Temps.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin-colonel Reverchon, décédé à Dijon dans sa 8.. année. Il était le père du professeur Reverchon (de Lille).

COLLÈGE DE FRANCE. — CHAIRE DE PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier, professeur, commencera son cours le samedi 9 février, à 3 h. 3/4, salle 5, et le continuera les jeudis et samedis, à la même heure.

Objet du cours : « Caractères généraux des virus invisibles. »

CONFÉRENCES DU DIMANCHE DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le docteur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck, fera dimanche prochain, 10 février, à 10 h., salle de la rue des Saints-Pères, une conférence avec projections sur « Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles ».

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 13 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Hartmann, Coquot et Robin. — M. FEREZ. De l'importance de l'exploration rectale dans les coliques du cheval. — M. DUBOIS. Etude des fractures des phalanges chez le cheval.

Jeudi 14 février. — Jury : MM. Teissier, président; Gougerot, Sézary et Chabrol. — M. CHAPIREAU. La loi allemande pour la lutte contre les maladies vénériennes.

Jury : MM. Carnot, président; J.-L. Faure, Dognon et Philibert. — M. KLEIN. Traitement de l'endocervicite chronique.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

LABORATOIRES CARTERET

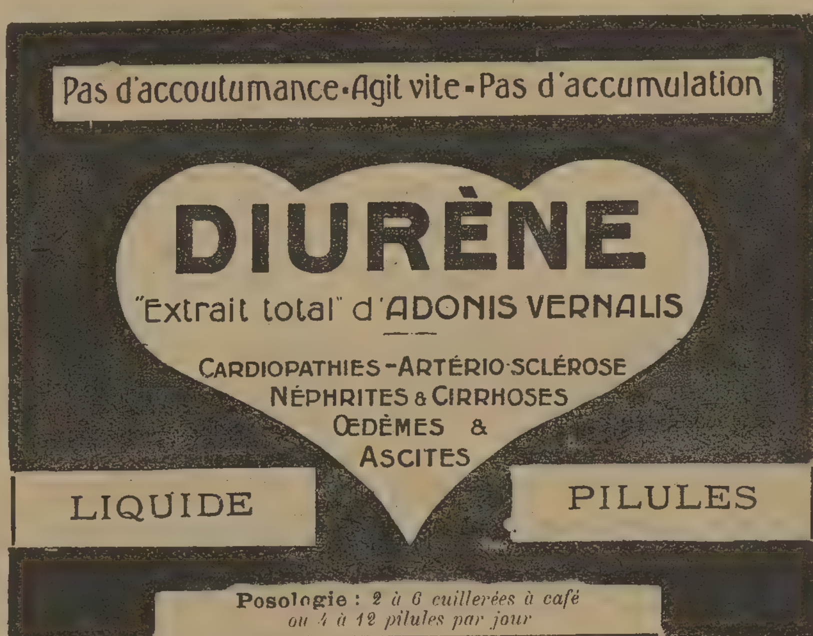
Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

INJECTION CLIN
Strychno-Phospharsinée

	Formule N° 596	Formule N° 796	Formule N° 940
Cacodylate de soude	0 gr. 05	0 gr. 05	0 gr. 25
Glycérophosphate de soude	0 gr. 10	0 gr. 10	0 gr. 10
Sulfate de strychnine	1/2 mgr.	0 gr. 001	0 gr. 001
	par 1 c.c.	par 1 c.c.	par 5 c.c.
	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 5 c.c. Boîte de 6 et 12.

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques.

Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine **qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique** et ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

Tonique général du Système nerveux, reconstituant, antianémique

GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

réalisent la même médication par voie digestive.

1678

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

INDICATIONS DE LA SPLÉNECTOMIE

Par G. JEANNENEY,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Depuis que Péan réalisa pour la première fois une splénectomie, en 1867, pour rupture de la rate, les indications de cette opération se sont considérablement élargies. D'abord posées à l'occasion de traumatismes, elles ont été ensuite étendues aux tumeurs puis aux infections, puis enfin, guidées par une physiologie chaque jour plus précise, à une série de syndromes médicaux déclanchés par une dysfonction splénique.

Aussi la question — quoique sur certains points encore mal limitée, — peut-elle être aujourd'hui considérée comme *pratiquement mise au point*. Depuis la thèse restée classique de Vanverts, depuis le chapitre de Chavannaz et Guyot, dans le *Traité de chirurgie*, une riche littérature a été consacrée à la *chirurgie de la rate* qu'est venu résumer le VIIe Congrès International de chirurgie (Rome 1926) avec les rapports de Patel, Papayoannou et Henschen; à ces études, il faut ajouter celles du Congrès français de médecine (1927) avec les rapports de Fiessinger. Brodin, Nanta et Tapie, et celles de la Société de chirurgie (1926-1927-1928).

* * *

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Lorsqu'on dépouille l'abondante littérature consacrée à cette chirurgie, on constate que les résultats en sont des plus variables, bons dans l'ensemble, quelquefois excellents. Est-il donc possible, sous réserve d'indications précises, d'enlever la rate sans plus de dommages qu'on enlève par exemple l'appendice?

Au point de vue anatomique, la splénectomie est réalisable par des techniques relativement simples, dont les deux données essentielles sont la voie d'accès et l'hémostase.

Au point de vue physiologique la splénectomie est réalisable parce que la *rate malgré son utilité incontestable, n'est pas absolument indispensable*, étant susceptible d'être suppléée dans ses multiples fonctions. Parmi celles-ci nous ne retiendrons que celles qui peuvent entrer en ligne de compte dans nos décisions chirurgicales, c'est pourquoi nous n'insisterons pas sur son rôle mécanique dans la circulation abdominale (réservoir régulateur de la masse circulante), sur son action dans le métabolisme des lipoïdes et du fer, enfin sur son rôle antitoxique. Par contre deux fonctions peuvent être ici retenues : 1° la fonction anti-infectieuse; et 2° la fonction hématopoiétique et hématolitique.

1° **Fonction anti-infectieuse.** — La rate, qui subit dans certaines maladies infectieuses aiguës (typhoïde) ou chroniques, une hypertrophie notable, exerce sur les germes une *action destructrice* au moins partielle. Qu'il s'agisse de protozoaires (paludisme, syphilis), de bactéries (bacille de Koch) de mycoses, ces germes s'accumulent dans la rate pour y être détruits ou pour y mener une vie latente ce qui explique les récidives possibles de ces infections. Ce qui est évident pour le paludisme est probable pour bien d'autres infections.

2° **Fonction hématopoiétique.** — Qu'il s'agisse des globules rouges ou des globules blancs, la rate a une double fonction productrice et destructrice.

a. Pour les *hématies*, chez l'adulte, la rate exerce surtout une *action destructrice* par son ferment hémolytique d'une part, par les propriétés macrophagiques des cellules réticulo-endothéliales d'autre part. Elle est, a-t-on dit le *cimetière des hématies*. Aussi, lorsque cette fonction s'exagérera, deviendra-t-elle une cause de certaines *anémies pernicieuses*.

Cette fonction hémolytique joue un rôle dans la biligenèse et lorsque à l'état morbide elle viendra à s'exagérer on verra apparaître certains *ictères hémolytiques*.

L'*action productrice d'hématies* est surtout une fonction embryonnaire de la rate; pathologiquement cependant elle pourra réapparaître, donnant naissance à une augmentation du nombre des globules rouges et ce sera l'*érythrémie ou maladie de Vaquez*.

b. Pour les *plaquettes sanguines*, le rôle destructeur normal de la rate pourra s'exagérer, aboutissant à l'hyperthrombolyse qui est à la base de l'*hémogénie* et du *purpura*.

c. Pour les *leucocytes*, la rate exerce sans doute une action destructrice que l'on trouvera exagérée dans certains syndromes avec *leucopénie*, mais son rôle principal est de former des globules blancs, monocytes et lymphocytes, ce qui a fait dire qu'elle était le *berceau des leucocytes*.

Pathologiquement ces propriétés peuvent s'exagérer, aboutissant à une hyperproduction de la lignée normale, qui caractérise les *leucémies à monocytes* et les *leucémies lymphoïdes*, et parfois même à l'apparition d'une lignée anormale (*leucémie myéloïde*).

Telles sont schématiquement rappelées les fonctions de la rate, qu'il est indispensable de connaître pour comprendre à l'heure actuelle sa chirurgie; elles montrent en somme que la rate, organe utile, peut devenir nuisible et c'est ce qui rend parfois nécessaire la splénectomie.

Nous le répétons, la *rate malgré son utilité, n'est en aucune façon indispensable*; l'expérimentation et l'anatomie prouvent qu'en dehors des rates accessoires, la rate n'est qu'un fragment de l'immense plasmode réticulo-endothélial qui peut la suppléer. Grâce à ces vicariances, la splénectomie n'entraîne pas la mort et même souvent ne nuit pas en apparence à la santé.

* * *

INDICATIONS

En somme, la splénectomie qui est réalisable anatomiquement peut être acceptée du point de vue physiologique.

Cette splénectomie est indiquée dans trois ordres de circonstances :

1° Les traumatismes;
2° Les splénomégalies;
3° Les maladies du sang par dysfonction de la rate.

1° **Indications de la splénectomie dans les traumatismes.** — La rate, quoique protégée, est un organe relativement fragile et dont l'abondante vascularisation rend particulièrement graves les plaies ou les ruptures. On sait que ces *ruptures*, en dehors des *traumatismes très violents*, surviennent souvent à l'occasion de traumatismes insignifiants; ce sont de véritables *ruptures spontanées* dues à la friabilité anormale d'une rate hypertrophiée par des lésions pathologiques antérieures (typhoïde, leucémie, paludisme).

Les traumatismes de la rate déterminent ou bien un arrachement du hile, entraînant une mort foudroyante, ou bien des éclatements partiels ou totaux amenant soit une hématocèle périsplénique soit une inondation péritonéale; enfin dans certains cas il y a rupture sous capsulaire de la rate, causant un hématome intrasplénique qui peut d'ailleurs se rompre secondairement et donner naissance aux deux types d'hémorragies précédemment décrits.

Quoiqu'il en soit la rupture de la rate se traduit tout d'abord, — en dehors des cas d'inondation péritonéale rapidement mortelle, — par une période de latence relative (Baudet) dans laquelle le choc du début tend à s'estomper tandis que persistent de la contracture et de la douleur locale profonde. Puis apparaissent des signes évidents d'hématome périsplénique : voussure, matité, de l'hypochondre et du flanc droits (Ballance). Enfin, dans une période terminale les signes d'hémorragie interne se précisent et conduisent le malade à la mort.

Que le diagnostic, souvent très difficile, hésite avec une rupture du rein, du lobe gauche du foie, ou de l'estomac, la conduite est la même : il faut, dans le doute, intervenir sans quoi la mort survient dans 90 p. 100 des cas de rupture. Cette intervention sera le plus souvent une intervention radicale; le tamponnement étant dangereux, la splénorraphie ayant des indications très limitées (plaie par instrument tranchant) la *splénectomie* reste le plus sûr procédé d'hémostase; encore faut-il se souvenir qu'elle est dans certains cas très difficile (Alamartine) à cause des lésions de périsplénite si fréquemment trouvées dans les ruptures pathologiques; on fera alors la ligature première du pédicule, qui permettra de réaliser une splénectomie rétrograde sous capsulaire.

A côté des traumatismes la splénectomie se trouve encore indiquée dans les déplacements et les torsions des rates mobiles (en général malades), dans lesquelles la splénopexie n'est qu'une opération de médiocre ressource.

* *

2° **Indications de la splénectomie dans les lésions pathologiques de la rate (avec ou sans modification du sang).** — Le syndrome splénomégalie. — La plupart des maladies de la rate se traduisent par une *splénomégalie.* Cliniquement une grosse rate peut entraîner par son seul volume, des *signes fonctionnels* susceptibles d'attirer l'attention du malade : ce sont des sensations de pesanteur, de lourdeur dans l'hypochondre gauche, c'est une gêne respiratoire qui s'exagère à l'effort et peut s'accompagner d'un point de côté.

A l'*inspection* on note une asymétrie thoracique au profit de l'hémithorax inférieur gauche. De même que les espaces intercostaux sont soulevés et élargis, l'abdomen est également soulevé jusque vers l'ombilic.

La *palpation* pratiquée avec la plus grande prudence sur un malade en parfaite résolution musculaire, et d'abord en décubitus dorsal, puis en décubitus latéral droit, révèle l'existence d'une grosse masse dont le grand axe se dirige obliquement vers l'ombilic, qui s'enfonce vers l'hypochondre sous le rebord costal, dont la consistance est ferme et qui présente un rebord antérieur tranchant, parfois légèrement incisuré; souvent cette masse est mobile avec les mouvements respiratoires, ce qui nous renseigne sur l'absence d'adhérences.

La *percussion* — pratiquée sur le malade en décubitus latéral droit, bras gauche relevé sur la tête, — montre une matité le long de la ligne axillaire, descendant vers l'ombilic et remplissant parfois tout l'espace de Traube.

Lorsque ces signes sont au complet ils permettent de ne pas confondre une grosse rate avec un gros rein, un lobe gauche du foie hypertrophié ou une tumeur de l'angle gauche du côlon.

Le diagnostic de splénomégalie posé entraîne nécessairement et comme par réflexe quatre ordres d'examens :

1° *Un examen général* qui permettra d'éliminer les rates cardiaques, les rates amyloïdes;
2° *Un examen du foie* qui permettra d'éliminer les splénomégalies au cours des cirrhoses (Hanot).
3° *Un examen des ganglions* dont l'hypertrophie concomitante révèle un syndrome spléno-adénique (Weil et Clerc).
4° *Un examen complet du sang*, en particulier une formule leucocytaire qui révèlera l'existence d'un syndrome spléno-hématique.

Ces recherches faites, et en dehors de la complexité de certains cas exceptionnels, on peut *pratiquement* se trouver en présence de trois ordres de splénomégalies que nous allons successivement envisager :

A. Les splénomégalies pures.
B. Les splénomégalies inflammatoires aiguës ou chroniques et parasitaires;
C. Les splénomégalies avec modifications de la formule sanguine.

A. SPLÉNOMÉGALIES PURES. — Ce terme est pris dans son sens clinique le plus large. Certaines de ces splénomégalies dites pures peuvent s'accompagner de légères modifications sanguines, mais pratiquement ces dernières passent au second plan. Il s'agit de splénomégalies liées à l'existence d'une tumeur

liquide ou solide (kystes de la rate, tumeurs de la rate).

a. *Kystes de la rate.* — A côté des rares kystes non parasitaires de la rate (kystes séreux ou séro-sanguins; kystes dermoïdes; rates polykystiques), on observe surtout des *kystes hydatiques de la rate.* Ceux-ci entraînent tous les signes habituels des splénomégalies mais peuvent, en outre, être caractérisés par l'existence du frémissement hydatique de Briançon, du flot intercostal de Chauffard et surtout par l'éosinophilie et la positivité des réactions de Casoni et de Weinberg.

L'évolution de ces kystes se faisant vers la rupture ou vers la cachexie hydatique, il y a intérêt a les traiter de bonne heure par une intervention qui sera ou bien la splénectomie, lorsque la rate est libre (mortalité 10 p. 100, Drillancourt 1909) ou bien la marsupialisation pour les rates adhérentes (mortalité 20 p. 100, Silvestrini).

b. *Tumeurs solides de la rate.* — Dans le groupe des *tumeurs solides* de la rate, nous ferons entrer non seulement des tumeurs proprement dites, mais encore des maladies mal connues, peut-être parasitaires, mais qui, *pratiquement,* peuvent être ici étudiées : nous voulons parler en particulier de la maladie de Banti.

Ces tumeurs solides sont :

1° Des tumeurs malignes primitives (sarcomes, angiomes), ou secondaires.

2° *Des endothéliomes.* — L'endothéliome de la rate ou *maladie de Gaucher* (1882) est une affection spéciale, à marche lente, débutant dans le jeune âge, souvent à caractère familial (« splénomégalie chronique familiale »), sans leucémie mais s'accompagnant d'une anémie légère.

Sur cet endothéliome, la radiothérapie est sans action, la splénectomie au contraire a donné 11 guérisons sur 14 cas (Guyot, Harvier et Lebée).

3° *La maladie de Banti.* — Le syndrome de Banti ou *splénomégalie essentielle avec cirrhose secondaire du foie,* évolue en passant par trois stades tout à fait caractéristiques :

1. *Un stade de splénomégalie* avec anémie à type chlorotique, caractérisé par une diminution du nombre des hématies (3.300.000) mais surtout par un fléchissement de la richesse globulaire (hémoglobine 50 p. 100). Cette période dure de deux à cinq ans.

2. *Un stade de réaction hépathique,* de courte durée pendant lequel on voit apparaître une hypertrophie encore discrète du foie avec de petits signes d'insuffisance hépatique, en particulier de l'urobilinurie et du subictère.

3. *Un stade terminal de cirrhose* avec de l'ascite, des hémorragies et aboutissant à une cachexie mortelle.

Le seul traitement reconnu efficace du syndrome de Banti consiste à enlever la rate alors que la maladie est purement splénique, et avant que le foie ne soit atteint.

Dans les deux premiers stades, mais surtout dans le premier, on peut tenter l'opération sans gros risques, et avec de bons résultats éloignés. La mortalité opératoire qui était de 19 p. 100 en 1913 (Lacouture, Dupérier et Charbonnel) est tombée à 13 p. 100 en 1926 (Patel).

B. Les splénomégalies inflammatoires aiguës, chroniques ou parasitaires. — *a.* Les *splénomégalies inflammatoires aiguës* sont uniquement représentées par les *abcès de la rate.* Il s'agit le plus souvent d'infections par voie sanguine secondaire à une lésion inflammatoire abdominale (appendicite) ou à une septicémie (typhoïde, grippe). On se trouve en présence de signes généraux marquant une suppuration profonde et surtout d'une fièvre oscillante, d'un amaigrissement rapide et de quelques signes locaux dont les plus constants sont des douleurs et une grosse rate.

Le diagnostic de ces *abcès de la rate* est souvent difficile (abcès sous phrénique gauche). Quant au traitement, en dehors des rates parfaitement libres pour lesquelles la splénectomie est facile, il faut le plus souvent, comme l'ont bien montré Lenormant et Senèque (1924) avoir recours à la *splénectomie* simple suivie au besoin d'une splénectomie secondaire.

b. Les *inflammations chroniques microbiennes ou parasitaires* de la rate amènent toutes quelques réactions sanguines plus ou moins marquées, et dont les plus nettes sont l'anémie et la tendance aux hémorragies. Assez tardivement, ces lésions retentissent sur le foie ; en dehors du réservoir septique que représente alors la rate, il y a intérêt à débarrasser l'organisme d'un organe dont la dysfonction est une source de dangers pour les organes voisins.

Nous étudierons simplement ici les splénomégalies syphilitiques, tuberculeuses, paludéennes et mycosiques.

α. *Splénomégalies syphilitiques.* — Les vieilles rates scléreuses, syphilitiques ayant résisté au traitement médical peuvent être enlevées avec avantage.

β. Les *splénomégalies tuberculeuses* représentant une localisation unique scléro-caséeuse de la tuberculose sont rares; plus souvent, au contraire, on se trouve en présence de formes spléno-hépato-ganglionnaires sur lesquelles Tixier, Courmont, Bonnet ont insisté.

Dans la forme scléro-caséeuse pure, caractérisée par la présence d'une grosse rate, chez un sujet qui présente, avec des antécédents bacillaires, de la fièvre irrégulière, intermittente, un pouls rapide, chez qui les réactions sanguines (Besredka) ou la cutiréaction sont positives, on peut penser à la tuberculose surtout si l'on observe en outre de l'hyperglobulie (syndrome de Rosengart); mais, en général, le diagnostic n'est posé que par l'anatomopathologiste à l'occasion d'une splénectomie faite pour une splénomégalie en apparence pure.

Lorsque le diagnostic est porté avec certitude, c'est qu'il s'agit de formes s'accompagnant de signes pulmonaires nets, d'insuffisance hépatique et d adénopathies, toutes associations qui rendent l'intervention grave et doivent la faire rejeter. Dans les

bons cas, la mortalité opératoire atteint malgré tout un chiffre élevé : 20 p. 100 (Jonhson).

γ. La *splénomégalie paludéenne* peut être amenée au chirurgien soit pour une complications grave comme la rupture ou la torsion du pédicule, soit en dehors de tout accident dans un but préventif. On cherchera à réduire par le traitement médical ces splénomégalies non compliquées. Si ce traitement est inopérant, la meilleure marche à suivre est de faire une splénectomie. Celle-ci, grave autrefois à cause des lésions de périsplénite (mortalité 70 p. 100 Vanverts) est aujourd'hui une bonne opération à condition d'être pratiquée assez tôt, avant qu'il existe des lésions hépatiques. La mortalité opératoire oscille entre 4 1/2 p. 100 (Fichers 1921) à 5,8 p. 100 (Putzu (1922); quant aux résultats éloignés, ils sont excellents et justifient entièrement cette opération.

δ. On a beaucoup écrit ces derniers temps sur les *rates mycosiques* et les mycétomes spléniques.

Quelle que soit la nature vraie de ces grosses rates qu'il s'agisse de mycoses (Nanta, Paul-Emile Weil, Pinois, Sabrazès, Muratet et Bonnin, Grégoire) ou d'hypertrophies d'origine indéterminée (Langeron), ces splénomégalies qui paraissent devoir entrer dans le cadre des lésions inflammatoires chroniques relèvent du traitement chirurgical.

Il en est de même des splénomégalies qu'on observe au cours des leishmanioses et au cours de la bilharziose (Bonnin). Dans ces cas pris globalement la mortalité opératoire reste quelque peu élevée : de 20 à 30 p. 100 en moyenne, sans doute parce qu'ils viennent tard au chirurgien. Les résultats éloignés, satisfaisants, semblent cependant justifier l'intervention.

C. Splénomégalies avec modification de la formule sanguine. — Nous étudierons successivement :

a. Les splénomégalies avec polyglobulie;
b. Les splénomégalies avec anémie;
c. Les splénomégalies avec leucopénie et hypopolynucléose;
d. Les splénomégalies avec polynucléose;
e. Les splénomégalies avec leucémie et sub-leucémie, lymphoïde, myéloïde).

a. *Les splénomégalies avec polyglobulie*, (*érythrémie*, maladie de Vaquez), affections progressives, d'étiologie inconnue, comparables à la leucémie, relèvent pour certains du traitement chirurgical (Mayo, Verebelly) cependant Aubertin, Marowitz, Papayoannou, déconseillent ici l'intervention au même titre que dans la leucémie myéloïde.

Seules les splénomégalies par tuberculose splénique, qui entraînent, comme nous l'avons vu, une légère polyglobulie réactionnelle, peuvent relever de la chirurgie.

Dans tous les autres cas, ce syndrome, polyglobulie est, comme le fait remarquer Aubertin, une manifestation en quelque sorte comparable à la leucémie et gagne a être respecté.

b. *Splénomégalies avec anémie.* — Nous avons vu que la plupart des splénomégalies dites pures s'accompagnaient d'une légère réaction hémolytique. Quelques anémies spléniques ont été traitées avec succès par la splénectomie par Eppinger et De Castello (1913) mais cette question resté à l'étude et ne doit être encore abordée qu'avec prudence.

c. *Les splénomégalies avec leucopénie*, traduisant un excès de la fonction macrophagique de la rate s'observent dans la maladie de Banti, dans le kala-azar, dans certaines cirrhoses spléniques, d'étiologie indéterminée. Dans tous ces cas, dans lesquels la leucopénie n'est qu'un symptôme surajouté à la splénomégalie, l'indication opératoire peut être posée avec fruit, les résultats de la splénectomie étant ici favorables.

d. *Les splénomégalies avec polynucléose.* — Les splénomégalies avec polynucléose comprennent des affections diverses dans lesquelles, comme la polynucléose l'indique, l'*infection aiguë ou chronique* joue un rôle important et même domine le tableau. Là encore la polynucléose n'est qu'un symptôme secondaire et la maladie localisée à la rate suffit à poser l'indication de l'intervention.

On observe encore des polynucléoses au cours de l'évolution des sarcomes de la rate souvent justiciables de la chirurgie.

e. *Les splénomégalies avec leucémie.* — Les splénomégalies avec *leucémie et sub-leucémie* représentent de beaucoup les cas les plus fréquents des splénomégalies avec modification de la formule sanguine; leur diagnostic est en général facile, et jusqu'à ces derniers temps il entraînait une *contre-indication opératoire formelle.*

α. Ces malades présentent avec une grosse rate un foie souvent augmenté de volume, une anémie marquée et surtout une leucémie que traduit une leucocytose parfois considérable, qui peut aller de 7.000 à 400.000 et qui est presque exclusivement représentée par une leucémie à myélocytes neutrophiles.

Pour certains auteurs (Patel, Papayoannou), la leucémie myéloïde est une contre-indication formelle à la splénectomie, parce que d'une part la mortalité post-opératoire est extrêmement élevée et que d'autre part la maladie continuant sa marche « le résultat final est le même » (Lecène et Deniker). Il est juste de remarquer, cependant, que certains auteurs (Bégouin, Seefish, Rénon) ont réussi dans ces cas des splénectomies et ont obtenu des survies intéressantes.

Enfin, depuis que la radiothérapie a été appliquée au traitement de ces maladies, la splénectomie a pu être exécutée avec moins de risques et avec, semble-t-il, des survies plus longues que si l'on s'était contenté de la radiothérapie seule. Telle est du moins l'impression qui ressort des observations de Griffin à la Clinique Mayo en 1926.

β. La *splénomégalie* qui accompagne les *leucémies lymphoïdes* n'est qu'un symptôme au milieu de l'hyperplasie générale du système ganglionnaire. Il y a lymphocytome de la rate comme il y a lymphocytome des ganglions.

Ici la splénectomie s'affirme non seulement comme inutile mais encore comme dangereuse.

γ. Enfin il existe des *splénomégalies pseudo-leucé-*

miques, telle celle qui accompagne la maladie de Hodgkin ou lympho-granulomatose maligne. Au cours de cette affection l'hyperplasie de la rate se présente comme un phénomène réactionnel presque inflammatoire mais *elle n'est qu'un symptôme* accessoire au même titre que le prurit et l'éosinophilie. Aussi la question de la splénectomie ne doit-elle pas, dans l'état actuel de nos connaissances, se poser dans ces conditions.

En un mot, dans tous les cas de splénomégalie avec état leucémique, la splénectomie n'a donné que des déboires soit à cause des désastres opératoires, soit à cause des très médiocres suites lointaines; il semble donc préférable de s'abstenir chaque fois qu'il y a leucémie.

*
* *

3° Indications de la splénectomie dans les syndromes sanguins liés à une dysfonction de la rate. — Comme on a pu le voir dans notre rappel physiologique, il paraît légitime de supprimer la rate chaque fois qu'il existe des troubles résultant d'une dysfonction de cet organe. Cependant dans ces dernières années on a conseillé (Lemaire, de Louvain) d'avoir recours à la simple et bénigne ligature de l'artère splénique, appliquant en somme cette ligature atrophiante à une dysplénie comme on applique la ligature de la thyroïdienne à certaines dysthyroïdies.

Ces maladies peuvent être envisagées sous trois groupes :

1° Maladies des hématies;
2° Maladies des plaquettes;
3° Maladies des leucocytes.

1° Maladies des hématies. — *a.* Au premier rang de ces maladies on trouve l'*érythrémie de Vaquez* que nous avons précédemment envisagée; elle relève dans certaines de ses formes de la radiothérapie ou de la splénectomie.

b. Les anémies. — La splénectomie se trouve indiquée dans certains syndromes anémiques liés à une lésion primitive de la rate, telle que la tuberculose, les mycoses, le kala-azar. Dans tous ces cas le seuil de l'opérabilité des malades peut être repoussé assez loin puisqu'on a encore des chances de succès lorsque le taux des globules rouges dépasse 2.000.000 et que celui de l'hémoglobine dépasse 20 p. 100.

Quant aux *anémies pernicieuses* proprement dites, on peut les diviser avec Tapie en plusieurs groupes :

α. Les *anémies pernicieuses symptomatiques* d'une infection, d'une intoxication ou d'un néoplasme. Dans ces cas la lésion splénique n'est qu'un symptôme au cours d'une infection, bien caractérisée par ailleurs et la splénectomie n'a pas de raison d'être.

β. *L'anémie pernicieuse cryptogénétique, type Biermer.* — Dans ces formes la splénectomie peut être tentée après échec de la médication martiale et des transfusions répétées; elle ne donne d'ailleurs en général qu'une amélioration transitoire.

γ. Dans l'*anémie splénique pseudo-leucémique, type Von Jacksch-Luzet*, dans laquelle l'anémie traduit une lésion de l'ensemble hématopoïétique, la splénectomie ne paraît pas indiquée et on n'y aura recours qu'après l'échec d'un traitement médical suffisamment prolongé (hygiène alimentaire, traitement antisyphilitique, médication martiale et arsenicale, opothérapie médullaire, rayons ultra-violets, benzol, radiothérapie, transfusions répétées), qui donne parfois des résultats favorables.

c. Ictère hémolytiques. — Les ictères hémolytiques sont le plus souvent justiciables de la splénectomie. Il s'agit de syndromes anatomo-cliniques congénitaux ou acquis, où l'ictère, uniquement pigmentaire sans cholurie, mais avec urobilinurie, s'accompagne d'une grosse rate sans modification primitive de la fonction hépatique. Cet ictère est la conséquence d'une hémolyse sanguine que suit une anémie plus ou moins intense, plus ou moins permanente, avec ou sans réaction médullaire compensatrice. Les stigmates hépatiques consistent surtout en une diminution de résistance des globules rouges et une augmentation du nombre des hématies granuleuses, Ces ictères ne s'accompagnent jamais de décoloration des matières.

Ces sujets, il est vrai, sont plus des ictériques que des malades (Chauffard). Cependant ils sont conduits à demander l'intervention à cause de certaines complications douloureuses : poussées douloureuses vésiculaires par lithiase; poussées douloureuses spléniques par congestion.

Dans tous ces cas, les résultats de la splénectomie sont excellents et définitifs (Fiessinger, Brodin).

2° Maladies des plaquettes et troubles de la coagulation sanguine. Ces maladies, qui ont été l'objet d'études de Hanschlutz, Spence, Merklen, Leriche, sont, dans quelques cas sérieux, justiciables de la splénectomie.

Depuis que la fonction destructrice des plaquettes a été mise en évidence et que Kaznelson, en 1906, pratiqua la splénectomie pour purpura hémorragique chronique, cette intervention a été appliquée avec succès dans les cas de *purpura chronique récidivant* (maladie de Vehrloff). Il s'agit d'ordinaire d'adolescents le plus souvent de filles, qui présentent des pétéchies, des hémorragies génitales et souvent une légère élévation de température; chez ces malades dont les parois vasculaires sont particulièrement friables (signe du lacet), on trouve une diminution des plaquettes qui amène l'irrétractibilité du caillot. Dans ces cas les transfusions répétées, l'administration de sels de chaux, la radiothérapie, la ligature de l'artère splénique donnent, en général, des résultats suffisants. Ce n'est que devant l'échec de ces méthodes, devant les hémorragies persistantes en particulier qu'on aura recours à la splénectomie, dont les résultats sont d'ailleurs remarquables : l'arrêt des hémorragies est définitif et il s'explique par le relèvement du nombre des plaquettes.

3° Maladies des leucocytes. — Ces maladies, qu'il s'agisse de diminution des leucocytes ou d'augmentation de leur nombre, s'accompagnent de splé-

nomégalie, et elles ont été précédemment envisagées.

* * *

CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES

En résumé, la condition essentielle de la splénectomie réside dans l'existence d'une lésion unique, nettement localisée à la rate, n'intéressant pas les autres organes hématopoïétiques, ou ne les intéressant que tout à fait secondairement.

Les *indications* majeures de la splénectomie sont donc les lésions traumatiques, les hypertrophies pures, enfin certaines anémies, certains ictères hémolytiques et certains syndromes hémorragiques. Dans tous ces cas cependant, Grégoire a insisté sur l'existence de *contre-indications* au moins *momentanées.*

On *retardera l'intervention* radicale ou on se contentera d'une simple ligature de l'artère splénique, lorsqu'on trouvera des taches purpuriques récentes, lorsque le signe du lacet sera encore nettement positif, même lorsque le temps de saignement sera encore augmenté.

Ces contre-indications momentanées seront, en général, aisément vaincues par une préparation rigoureuse du malade.

Il est des *contre-indications définitives :* ce sont celles qui traduisent *l'atteinte de tout le système réticulo endothélial*; ce sont les leucémies, ce sont certaines anémies pernicieuses, ce sont enfin les cas compliqués de lésions hépatiques se traduisant par une augmentation de volume du foie, de l'ascite, de l'ictère.

En somme, on n'interviendra que lorsque la lésion splénique représente une *affection localisée*, constituant *à elle seule la maladie* toute entière.

Dans la chirurgie splénique, tout le monde est d'accord pour *préparer* avec le plus grand soin le malade à l'opération. Dans ce but, les petites transfusions répétées, intra-veineuses ou sous-cutanées, la sérothérapie, l'administration de sels de chaux, sont nettement favorables. La radiothérapie s'est montrée souvent aussi d'une très grande utilité.

Quant à la *technique opératoire* elle-même, on la trouvera décrite en détails dans les travaux de Costantini, de Patel, de Papayoannou, de Henschen. Dans l'immense majorité des cas, on commencera l'intervention par la ligature première du pédicule (soit en masse, soit vaisseau par vaisseau) et on terminera par la splénectomie proprement dite directe ou sous-capsulaire. Dans ce dernier cas, un tamponnement à la Mickulicz est souvent indispensable.

Quant aux *suites éloignées,* elles ne traduisent pas dans l'ensemble, une atteinte marquée du fonctionnement du système hématopoïétique.

En somme, les indications de la splénectomie se sont de mieux en mieux dessinées dans ces dernières années, — les récents Congrès les ont peut-être quelque peu restreintes et c'est d'une collaboration médico-chirurgicale plus étroite qu'on saura plus judicieusement encore les préciser pour le plus grand bien des malades.

BIBLIOGRAPHIE

I. Physiologie pathologique de la rate. — ARGAUD (R.). Signification histo-physiologique de la rate, *Pratique méd.*, oct. 1925.

BINET (L.). La rate organe régulateur de la teneur du sang circulant en globules rouges, *Presse méd.*, 13 nov. 1926; — Idées actuelles sur la physiologie de la rate, *Biologie méd.*, 1927.

CHEVALLIER (P.). La fonction splénique, *Presse méd.*, 8 août 1923.

GASTINEL (P.) et REILLY (J.). Le rôle du tissu réticulo-endothélial dans la constitution de l'état septicémique, rapport sur la séméiologie générale de l'état septicémique au *XIXe Congrès franç. de méd.*, Paris, oct. 1927.

JOLLY et LIEURE. *Acad. de méd.*, 20 déc. 1927.

PIERI et ZUCCARELLI. Physiologie de la rate, *Gaz. des hôpit.*, 18 août 1923.

WEIL (P.-E.) et CHEVALIER (P.). La rate amyloïde, *Journ. méd. franc.*, juillet 1926.

II. Traumatismes. — ALAMARTINE. Plaies et ruptures de la rate, *Soc. de chir. de Lyon*, 22 fév. 1923; — *Presse méd.*, 7 mars 1923.

DUGUING. Les hémorragies tardives dans les ruptures isolées de la rate saine, *Pratique méd.*, oct. 1925.

FIEBER. Rupture « spontanée » de la rate au décours d'une grippe compliquée d'appendicite, *Wiener klin. Woch.*, 1er déc. 1921, t. XXXIV, n° 48; — *Presse méd.*, 11 fév. 1922.

FOUCAULT. Les ruptures spontanées de la rate et leur traitement, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 déc. 1922.

QUÉNU. Diagnostic et traitement de la rupture traumatique de la rate, *Journ. de chir.*, t. XXVIII, n° 4.

III. Splénomégalies pures. — CHEVALIER (P.). Les splénomégalies primitives chroniques (non leucémiques), *Concours méd.*, 2 déc. 1928.

CHARRIER et BARDON. Traitement des kystes hydatiques de la rate, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 oct. 1927.

FRANÇOIS-DAINVILLE et PICARD. Echinococcose primitive de la rate; kyste hydatique uniloculaire, *Soc. anat.*, 10 janv. 1924; — *Presse méd.*, 6 fév. 1924.

GRÉGOIRE et WEIL (P.-E.). Indications opératoires dans les splénomégalies chroniques primitives, *Soc. de chir.*, 22 juin 1927; — *Pratique méd. franç.*, août 1927.

LIVIO LOSIO. Splénectomie et omentopexie pour splénomégalie primitive avec cirrhose du foie à la période ascitique, *Presse méd.*, 31 juillet 1920.

LÉON-KINDBERG. La maladie de Banti, *Journ. méd. franç.*, juillet 1926.

MOPPERT (G.). Lymphosarcome de la rate, *Revue méd. de la Suisse romande*, janv. 1920, 90e année, n° 1.

ORLANDI. Métastases néoplasiques de la rate, *Tumori*, sept.-déc. 1927, an XIII, 2e série, t. I, fasc. 5-6; — *Presse méd.*, 7 déc. 1927.

RIEUX. L'état actuel de la question de la maladie de Banti,

WEIL (P.-E.) et GRÉGOIRE. Indications opératoires dans les splénomégalies primitives, *Presse méd.*, 27 juillet 1927.

IV. Splénomégalies inflammatoires. — BONNIN. Splénomégalie et bilharziose intestinale. Splénomégalie égyptienne, *Gaz. hebd. des sciences méd.*, 17 et 24 juin 1928.

FERRARI. *La Splénomégalie paludéenne*, Thèse d'agrégation, 1926.

GAMNA. A propos de mycose splénique, *Presse méd.*, 21 mars 1928.

GARIN. Mycétome de la rate, *Soc. de chir. de Lyon*, 15 déc. 1927; — *Presse méd.*, 4 janv. 1928.

JONAS. Trois cas de splénectomie pour splénomégalie, *Soc. belge de chir.*, 31 mars 1928; — *Ann. de la Soc. belge de chir.*, avril 1928.

LANGERON. Que penser des mycoses de la rate? *Presse méd.*, 18 avril 1928.

LENORMANT et SÉNÈQUE. Les abcès de la rate, *Journ. de chir.*, 1922.

MATHIEU DE FOSSEY. Splénomégalie et splénectomie, *L'Œuvre méd.*, oct. 1928.

MOREL, DAMBRIN et TAPIE. Les abcès de la rate d'origine typhoïdique, *Ann. de méd.*, 1926, t. XIX, n° 1.

NANTA. A propos du mémoire de M. Langeron. Que penser des mycoses de la rate? (note rectificative de M. Nanta), *Presse méd.*, 9 mai 1928; — Les nouvelles recherches du professeur agrégé Nanta sur l'aspergillose. A propos des splénomégalies mycosiques, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1er juillet 1928 (*Bulletin* du professeur Sabrazès); — Les mycoses spléniques, *Journ. méd. et vétér. marocaines*, 1928.

NOUVEL. A propos d'un cas de mycétome de la rate, *Th. de Bordeaux*, 1928.

OBERLING. Le rôle pathogène de la mycose splénique de Nanta, *Presse méd.*, 4 janv. 1928.

PÉHU. La mégalosplénie dans la syphilis héréditaire du nourrisson, *La Médecine*.

PELLISSIER. La syphilis de la rate, *Gaz. des hôpit.*, 13 et 20 déc. 1924.

PÉRARD. Un cas d'abcès amibien de la rate, rapport de M. Roux-Berger à la *Soc. nat. de chir.*

PINOY. Le diagnostic bactériologique de la mycose splénique, *Congrès de méd.*, oct. 1927; — *Presse méd.*, 26 oct. 1927; — *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1927.

SABRAZÈS et MURATET. Un nouveau cas de splénomégalie mycosique, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bardeaux*, 31 juillet 1927.

WEIL (P.-E.), GRÉGOIRE, CHEVALLIER et FLANDRIN. Formes cliniques des splénomégalies mycosiques, *Presse méd.*, 16 juillet 1927.

WEIL (P.-E.), CHEVALLIER (P.) et FLANDRIN (P.). Sur un pseudo-sarcome à localisation splénique principale. Présence de formes mycosiques dans les tissus, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 janv. 1928.

V. **Splénomégalies avec modification de la formule sanguine.** — LECÈNE et AUBERTIN. La splénectomie dans la leucémie myéloïde, *Presse méd.*, 14 janv. 1928.

NOBÉCOURT. Splénomégalie avec anémie grave hypoplastique et leucocytose embryonnaire. Syndromes complexes intermédiaires aux leucémies et aux anémies, *Progrès méd.*, 29 sept. 1923.

OLMER. Splénomégalie chronique hémolytique. Amélioration passagère par la radiothérapie. Guérison par la splénectomie. Résultats éloignés quatre ans après l'opération, *Marseille méd.*, 15 nov. 1927, n° 32.

PATEL. Splénectomie pour anémie grave avec splénomégalie, *Soc. de chir. de Lyon*, 15 mars 1928; — *Presse méd.*, 24 mars 1928.

TAPIE. La leucémie lymphatique chronique à type splénique pur, *Pratique méd.*, oct. 1925.

VI. **Indications médicales de la splénectomie.** — ANSCHUTZ. De la splénectomie dans les thrombopénies, en particulier dans les cas aigus, *Bruns Beitr. z. klin. Chir.*, Berlin-Vienne 1928, t. CXLII, n° 1.

AUBERTIN. Traitement du purpura hémorragique par la splénectomie, *Concours méd.*, 21 déc. 1926; — Les anémies spléniques, *Ann. des Laboratoires Clin*, sept.-oct. 1927.

BAAR et STRANSKY. *Die Klinische Hamatologie des Kindesalters*, Leipzig et Wien 1928, Fr. Denticke.

BOHM. La splénectomie dans l'anémie pernicieuse, *Deut. med. Woch.*, 4 mai 1928, t. LIV, n° 18.

CHABROL. La splénectomie en pathologie hépatique, *Notes pratiques d'actualité médicale*, déc. 1927, n° 72.

DUVAL. Un cas de splénectomie pour purpura hémorragique récidivant, *Soc. de chir. de Paris*, 12 oct. 1927; — *Presse méd.*, 19 oct. 1927.

FIESSINGER et BRODIN. La splénectomie dans les processus hémolytiques, rapport au *XIXe Congrès franç. de méd.*, 11-15 oct. 1927; — *Presse méd.*, 26 oct. 1927; — *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1927.

GRÉGOIRE et WEIL (P.-E.). Considérations sur la splénectomie dans les anémies, *Soc. de chir.*, 22 juin 1927; — *Presse méd.*, 2 juillet 1927.

HAMBURGER. Sur la maladie de Niemann-Pick, *Jahr. f. Kind.*, mai 1927,

HANRAHAN. De l'anémie splénique ; étude de l'évolution avec ou sans splénectomie basée sur 35 cas, *Arch. of surg.*, mars 1925, t. X, n° 2.

LEMAIRE. Leçons sur le traitement du purpura protopathique de Hayem ou thrombocytopenie essentielle de Frank par la ligature de l'artère splénique, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 17 avril 1927.

MARQUÉZY. Le traitement du purpura hémorragique chronique, *Paris méd.*, 1er déc. 1928.

MERKLEN et LERIQUE. Un cas d'hémogénie guérie par la splénectomie, *Presse méd.*, 21 nov. 1928.

NANTA. La splénectomie dans les anémies parasitaires et infectieuses, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 30 oct. 1927; — *XIXe Congrès franç. de méd.*, oct. 1927 (rapports de Brodin, Fiessinger, Nanta et Tapie); — *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1927.

SPENCE (Allan W.). Les résultats de la splénectomie pour purpura hémorragique, *Brit. Journ. of surg.*, janv. 1928, t. XV, n° 59.

TAPIE. La splénectomie dans les anémies pernicieuses et les leucémies, troisième rapport du *Congrès de méd.*, oct. 1927 ; — *Presse méd.*, 26 oct. 1927; — *Gaz. des hôpit.*, 5 nov. 1927.

VII. **Chirurgie de la rate en général.** — ABRAMOVITSCH. Un mot sur la splénectomie, *Courrier méd.*, 1927, p. 229-230.

CORTES LLADO. Indicaciones quirurgicas en algunas afecciones esplenicas, *Cirurgia en los procesos comunes de Bazo.*

DUHOT. Comment s'orienter en présence d'une grosse rate chez l'adulte, *Pratique méd.*, oct. 1925.

FEUILLIÉ. Au sujet de l'hypothèse d'un test médullaire pour l'appréciation de l'opportunité de la splénectomie, *Gaz. des hôpit.*, 31 déc. 1927, n° 105.

GIRARD. Diagnostic des splénomégalies, *Clinique et Laboratoire*, oct. 1928.

HENSCHEN. Chirurgie de la rate, *Congrès intern. de chir.*, Rome 1926; — *Gaz. des hôpit.*, 12 mai 1926.

MORAWITZ. Sur les indications de l'extirpation de la rate, *Klin. Woch.*, Berlin, 18 mars 1922, t. I, n° 12; — *Presse méd.*, 24 juin 1922.

PAPAYOANNOU. Chirurgie de la rate, *Congrès intern. de chir.*, Rome, avril 1926; — *Gaz. des hôpit.*, 12 mai 1926.

PATEL. Chirurgie de la rate, *Congrès intern. de chir.*, Rome, avril 1926; — *Gaz. des hôpit.*, 12 mai 1926.

PAUCHET et BÉCART. Chirurgie de la rate, *Soc. des chir. de Paris*, 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1929)

Le pH du sang artériel et du sang veineux. — M. Auguste LUMIÈRE, Mme R.-H. GRANGE et M. R. MALAVAL.

Sur la neutralisation du pouvoir oligodynamique du cuivre par les solutions d'électrolytes. Applications aux eaux minérales. — MM. P.-L. VIOLLE et A. GIBERTON.

Une hormone thyroïdienne régulatrice de l'excitabilité cérébrale. — M[lle] G. Fuchs, MM. J. Regnier, D. Santenoise et P. Vare.

Etude comparative de la valeur de l'essai biologique et de l'essai physique de l'ergostérol irradié. — MM. René Fabre et Henri Simonnet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1929)

Rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance (*avec projections*). — M. Lesage rend compte des travaux de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1927. Après un exposé critique de la statistique et des pourcentages de mortalité, il montre par la projection de graphiques que la loi Roussel a donné de bons résultats quand on suit son application pendant vingt-cinq ans.

Après avoir étudié tous les moyens de protection maternelle et infantile et démontré l'importance des œuvres privées, il plaide pour la nécessité d'une politique maternelle et infantile consistant en la coordination des œuvres privées et publiques.

Dans un dernier chapitre, M. Lesage établit que si la mortalité infantile est encore élevée cela ne tient pas à la loi Roussel qui reçoit ce qu'on lui donne; mais à la débilité congénitale et aux voyages que subissent les nourrissons pendant les premières années. L'avenir est dans l'extension de l'action bienfaisante de la loi sur le repos des femmes en couches (loi Paul Strauss) qui devient de plus en plus la base de la loi Roussel.

Le problème à résoudre est plus une question de maternité que d'enfance.

Rapport sur un projet de réglementation des eaux minérales. — M. Meillère.

Sur quelques applications de la malariathérapie à la paralysie générale. — MM. A. Marie, Miquel et Henri Ey.
La malariathérapie est à l'ordre du jour. On sait qu'elle est au programme du prochain Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, et que, d'autre part, l'initiateur de la méthode, Wagner von Jaunegg, doit faire une conférence sur ce sujet à la Réunion neurologique annuelle le 29 mai prochain.

M. A. Marie, de l'Asile clinique, apporte une note complétant sa communication de 1924 relative à la malariathérapie de la paralysie générale. Après quatre ans, il peut présenter un groupe de paralytiques généraux stabilisés des deux sexes, et des statistiques générales concernant plus de deux cents appréciations de la méthode de Wagner von Jaunegg. Elles montrent 45 cas pour 100 de rémissions dont une moitié assez complète pour avoir permis la reprise de la vie normale depuis plus de trois ans. (Dans 17 cas on a constaté la négativation des réactions humorales.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1929)

Le Président annonce la mort de M. Reverdin et de M. Delorme, ancien président de la Société.

A propos des fractures du calcaneum. — M. Schwartz, à

SYPHILIS
Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
PIAN _ Leishmanioses • Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique • Dysenterie amibienne
"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"
et
"QUINBY SOLUBLE"
Indolore _ Incolore _ Propre
Injection facile
Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26
R.C Seine 333.204

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). }
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.* INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg 0,015). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*

INJECTIONS INDOLORES

Établts MOUNEYRAT, 12 Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

ANDROCRINOL
contient l'hormone orchitique

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS. SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames PARIS XVII

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 134.569

De Trouette-Perret

l'**Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline**
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C., 54.202, Seine.

propos du rapport de M. DENIKER, rappelle le travail de MORESTIN qui a bien indiqué les voies d'abord du calcaneum, et insisté sur ce point que c'est l'évidement du calcaneum qui permet le modelage du pied.

Perforation de la vésicule biliaire. — M. J. BERGER fait un rapport sur une observation de MM. LARJET et LAMARE, qui dans un cas de perforation de la vésicule biliaire, ayant trouvé à l'opération une vésicule adhérente, dure et scléreuse ont pu par simple fixation de la vésidule et drainage, obtenir la guérison de leur malade.

Pseudarthroses traitées par greffes. — M. DUJARRIER fait un rapport sur un travail de M. AUMONT (de Versailles qui a, sur trois cas de greffes pour pseudarthroses, a obtenu deux succès; nous avons actuellement à notre disposition deux sortes de greffes; les greffes massives (type Albee) et les greffes ostéo-périostées; M. Aumont a employé systématiquement les deux greffes combinées, ce qui, pour le rapporteur, n'est pas indispensable aux succès, que l'on peut obtenir avec la simple greffe d'Albee.

Gangrène du pied après ligature de la fémorale. — M. LEIBOVICI (rapport de M. MOURE) a été appelé auprès d'un malade qui, blessé par coup de couteau au niveau de la partie moyenne de la cuisse, avait subi, quelques jours auparavant, une ligature de la fémorale commune; le pied commençait à se gangréner, il y avait un sillon d'élimination au niveau de l'avant-pied; l'auteur attendit et fit un mois après la ligature une amputation économique qui lui donna un excellent résultat.

Rupture de l'artère iliaque externe. — M. FERRARI (d'Alger) [rapport de M. MOURE], envoie une observation de rupture de l'artère iliaque externe ayant provoqué une hémorragie foudroyante sans possibilité de ligature du vaisseau.

A propos des courants à haute fréquence à ondes entretenues. — M. HEITZ-BOYER revient sur cette intéressante question et projette des films montrant sa technique de la chirurgie au couteau électrique et les résultats histologiques sur les tissus traversés par les courants; sa dernière méthode semble avoir apporté une amélioration considérable aux tecbniques antérieurement employées.

MM. GERNEZ, PROUST, DE FOURMESTRAUX (de Chartres) qui se sont tous intéressés à cette question, apportent les résultats de leur expérience.

LIVRES NOUVEAUX

Études sur la chimie physiologique de la peau (1), par DEJUST, VERNE, COMBES, PARAT, URBAIN, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, DE SAINT-RAT.

Aucun ouvrage d'ensemble moderne n'a été publié sur ce sujet en France, ni à l'étranger. Celui-ci représente le développement de conférences organisées à l'hôpital Saint-Louis par L.-H. Dejust, avec la collaboration des autres auteurs.

La chimie physiologique de la peau est loin d'être explorée dans toute son étendue. Cependant la connaissance des quelques points déjà déterminés présente un intérêt général pour le biologiste et un intérêt pratique pour le dermatologiste. Chacun de ces points a été traité par un auteur y consacrant ses travaux personnels.

Le problème des pigments (nature, propriétés chimiques, mode de formation, théories proposées pour expliquer la melanogenèse) est exposé non seulement chez l'homme, mais aussi dans la série animale et même dans la série végétale.

(1) In-8 de 384 pages avec 2 planches en couleurs. — Prix : franco, France, 58 fr. ; étranger, 62 fr. — Paris, A. Legrand.

La comparaison de ces divers processus suggère diverses hypothèses.

On a reconnu récemment que la peau, loin d'être une surface inerte de revêtement, renferme en grande quantité des ferments divers (amylase, lipase, etc.). Cette notion doit ouvrir à la dermatologie des voies nouvelles; toutes les publications sur ce sujet sont analysées et confrontées dans ce volume.

L'activité des cellules cutanées (pigmentogénèse, ferments) dépend de la réaction du milieu — du pH intracellulaire; aussi sont rapportées dans ce livre les différentes méthodes de mesure de la concentration des ions hydrogènes dans les cellules en général et dans celles de la peau en particulier.

Ces données de chimie physique nous permettent-elles d'expliquer le rôle de la peau dans l'infection et dans l'immunité, rôle bien établi par les travaux du professeur Besredka ; le mécanisme des cuti-réactions en est-il éclairci?

Nos connaissances actuelles sur ces questions sont exposées en détail.

Le dernier chapitre de ce volume sera particulièrement précieux pour tous ceux qui poursuivent des études sur la peau; il expose les diverses méthodes analytiques et particulièrement microanalytiques applicables à la recherche et au dosage des constituants immédiats et élémentaires de ce tissu, et rapporte les résultats qui ont pu déjà être acquis.

Cet ouvrage s'adresse donc aux biologistes, aux chimistes, aux dermatologistes. L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

IL N'Y A AUCUNE EXCEPTION A LA RÈGLE INTERDISANT DE PRENDRE DES INSCRIPTIONS PENDANT LE SERVICE MILITAIRE.

M. Hayez, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si, afin de ne pas être défavorisés vis-à-vis de leurs jeunes camarades qui n'accompliront qu'un an de service militaire, les derniers étudiants des facultés effectuant dix-huit mois de service et libérables au printemps prochain, ne pourraient être autorisés à prendre, dès maintenant, les inscriptions qui leur permettraient de passer un ou plusieurs certificats de licence à la fin de la présente scolarité, au lieu de juin 1930. (*Question du 15 novembre 1928.*)

Réponse. — Il semble que la *question*, telle qu'elle est posée, ne concerne que les étudiants des facultés des sciences et des lettres. Elle *doit toujours être examinée d'une façon générale et pour toutes les disciplines*. Il y a lieu d'observer : 1° que les étudiants libérables au printemps prochain ne seront pas défavorisés par rapport à leurs camarades ayant accompli leur service militaire dans les mêmes conditions les années précédentes; 2° que le régime de la préparation militaire supérieure institué en 1921 et consacré par l'article 34 de la loi du 1er avril 1925 sur le recrutement de l'armée, a suffisamment ménagé les intérêts des étudiants en leur permettant d'accomplir comme élèves officiers une seule année de service militaire; 3° que cet état de choses a été généralement accepté et a donné des résultats satisfaisants; 4° qu'accorder dans les conditions demandées quatre inscriptions cumulatives reviendrait en fait à réduire l'année scolaire à son dernier trimestre, déjà écourté en raison de la date des examens.

Il ne paraît pas possible en conséquence de modifier les règles en vigueur d'après lesquelles un étudiant ne peut prendre d'inscriptions pendant la durée du service militaire. (*J. O.*, 30 janv. 1929.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
GASTRO-ENTÉRITES
PEPTOSTHÉNINE
CHOAY
2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS - CACHETS
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

citrofluyl & citrocarbine
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ
CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
LABORATOIRES
WARIN
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS


Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

Épilepsie!!
dans l'état actuel
de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif,
le plus puissant
à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

Métabolisme cellulaire et métabolisme des tumeurs. Travaux du Kaiser Wilhelm Institut für Biologie (Berlin Dahlem). Publiés par O. WARBURG. Traduits par E. AUBEL et L. GENEVOIS. Deux vol. in-16 de la Nouv. Collect. scientif., avec fig. — Prix : ensemble, 30 fr. — Paris, F. Alcan.

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 157.143, Seine.

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d'huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY · PARIS (17E)

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Labey, Hartmann, Mondor, Baumgartner, Küss, Mauclaire, Bréchot.

Censeurs : MM. Moulonguet, Soupault, Bloch, Bergeret.

Vingt-deux candidats : MM. Thalheimer, Wilmoth, Reinhold, Bloch (René), Chastang, Gaûme, Bernard, Fèvre, Oberlin, Leibovici, Aurousseau, Welti, Huet, Ameline, Brouet, Chabrut, Marchant, Meillère, Chevallier, Raiga, Gueulette et Maurer.

MM. Thalheimer, Wilmoth, Bloch (René), Oberlin, Huet et Maurer sont dispensés du concours d'admissibilité en raison de leurs admissibilités antérieures.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Denis. — Un concours pour cinq places d'internes titulaires de l'hôpital-hospice de Saint-Denis aura lieu les 4 et 5 mars 1929, à 9 h. précises.

La durée de l'internat est fixée à deux ans.

Sont seuls admis à prendre part au concours les étudiants en médecine en cours réguliers d'études, français ou naturalisés français, possédant seize inscriptions nouveau régime et âgés de moins de trente ans.

Avantages : indemnité mensuelle de 450 fr., nourriture, logement et blanchissage.

Pour les conditions du concours et tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice, de 9 h. à midi et de 2 à 5 h.

— Toulouse. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés : Internes titulaires : MM. Escat, Salvador, Pélissier, Virenque, Favre, Guilhem. — Internes provisoires : MM. Benoit, Dambrin, Aversenq.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Miraillé, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Busquet, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris; Collet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Hygiène. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Verny (de Chamalières).

Guerre. — (Réserve.) *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Leuret (Michel), 18e C. A.; Yvon, des troupes coloniales).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille en argent est décernée, à titre posthume, à M. Defaut, interne en médecine à l'asile de Villejuif.

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE EN EUROPE. — La Société des nations vient de publier un rapport sur l'épidémie actuelle de grippe en Europe. La grippe, en Allemagne, est en décroissance, et à Berlin en particulier. On a constaté, dans cette ville, 4.112 cas, parmi les membres de la caisse d'assurances, pour la période allant du 28 janvier au 1er février inclus; 25 décès attribués à la grippe ont été enregistrés, parmi les membres de cette société, du 24 au 30 janvier Pour la semaine finissant le 19 janvier, 237 décès ont été attribués à la grippe à Berlin, 25 décès à Leipzig et 15 à Brême.

En Angleterre, dans 107 grandes villes, 652 décès ont été occasionnés par la grippe au cours de la semaine se terminant le 2 février. A Londres, 198 décès ont été attribué à la grippe; à Portsmouth, 25; à Southampton, 19, et à Liverpool, 75. L'épidémie, en Grande-Bretagne, s'est propagée en sens inverse de celle de 1927. Elle a attaqué d'abord le nord. Elle a exercé ses ravages surtout parmi les personnes âgées; le nombre de cas constatés est très élevé parmi les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

Au Danemark, pendant la semaine finissant le 26 janvier, 9.749 cas ont été déclarés à Copenhague et 2.693 dans le reste de la province. Le nombre des décès a été de 27, contre 7 pour la semaine précédente.

En Espagne, pour la période allant du 16 au 23 janvier, 6 décès ont été attribués à la grippe et 147 à la pneumonie et à la broncho-pneumonie. Les chiffres correspondants étaient 8 et 80 pour la semaine précédente.

En France, l'apparition de la grippe a été accompagnée d'une légère augmentation du taux de la mortalité.

En Grèce, il n'y a pas eu, à proprement parler, d'épidémie. Quelques cas sporadiques ont été constatés.

En Norvège, l'épidémie s'étend d'une façon régulière au pays tout entier, mais la maladie ne présente qu'un caractère bénin.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 2e décade (11-20 janvier 1929), 1.608 décès totaux, dont 1.342 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.475 pendant la décade précédente et de 1.420, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 266 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.342 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 5).

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 112; il s'élevait à 93 pendant la décade précédente (moyenne 78).

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 91, au lieu de 85 pendant la décade précédente (moyenne 92).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 334 décès, au lieu de 249 pendant la décade précédente, et au lieu de 300, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 22 décès ont été attribués à la grippe.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'Assemblée générale de l'Association des anciens médecins des corps combattants se tiendra le samedi 16 février à 18 h. 30 au Foyer médical International, 10, avenue d'Iéna, et sera suivie d'un diner qui sera présidé par M. Scapini, président des aveugles de guerre.

Pour tout renseignement s'adresser au docteur Rémy Néris, secrétaire adjoint, 74, rue du Rocher, Paris (IXe).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DEMANDE EN GARANTIE. HONORAIRES MÉDICAUX

Un médecin, le docteur D... appelle un chirurgien pour pratiquer une opération urgente. Les parents de l'opérée, à qui le chirurgien avait demandé 3.000 fr. d'honoraires, soutenaient que l'opération avait eu lieu sans leur consentement et refusaient le paiement. Le chirurgien assigna les époux R... qui appelèrent en garantie le docteur D..., afin de lui faire supporter les frais de l'opération. Sur la demande en paiement des 3.000 fr. d'honoraires formée par le chirurgien et sur la demande en garantie formée contre le docteur D..., était intervenu un jugement avant dire droit de M. le juge de Paix du 15e arrondissement de Paris, en date du 31 mars 1927 qui avait commis le docteur X... aux fins d'expertise.

Celui-ci avait procédé à son expertise le 29 mars 1927 et avait conclu au bien fondé de la demande du chirurgien.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

Les époux R... relevèrent appel du jugement qui avait prononcé condamnation.

La 7e Chambre du tribunal civil de la Seine, saisie de l'appel formé contre la décision du juge de paix, rendit le jugement suivant, le 31 décembre 1928 :

« Attendu que les époux R... soutiennent que l'opération chirurgicale tentée par le docteur L... (*chirurgien*) sur leur fille, n'a été faite que sous la responsabilité personnelle du docteur D..., en dehors de tout consentement de leur part;

Attendu que les docteurs L... et D... demandent au tribunal d'entériner le rapport de l'expert et de condamner les époux R... à payer la somme de 3.000 fr. à titre d'honoraires.

Attendu qu'à la barre le docteur D... demande à ce que lui soit donné acte de ce que la demande d'honoraires n'a été faite en son nom que par erreur. Qu'il ne figure à la procédure que parce qu'il a été appelé en garantie par les demandeurs originaires.

Attendu que le tribunal ne peut tenir compte de l'expertise du docteur X..., expertise qui a été effectuée, alors qu'il déclare lui-même dans son rapport, savoir que les époux R... avaient fait appel du jugement le commettant.

Mais que, des circonstances de la cause, il résulte que la dame R... a accompagné sa fille à la maison de santé du docteur L... dans la voiture d'ambulance.

Qu'elle ne prétend pas s'être opposée à aucun moment à l'opération qui, étant donné la nature de la blessure, paraissait urgente et inévitable;

Qu'elle a ainsi ratifié, au moins par son silence, et le choix du chirurgien, et la nécessité de l'opération. Qu'elle n'apporte aucun commencement de preuve à l'appui de ses allégations.

Attendu que le lien de droit étant ainsi établi entre les époux R... et le docteur L..., il convient d'admettre que le prix de 3.000 fr. *pour une trépanation qui comprend les honoraires d'un aide, les frais de salle d'opération et de pansements n'a rien d'exagéré.*

Qu'il échet en conséquence de faire droit à la demande du docteur L... et de mettre hors de cause le docteur D... qui ne saurait être déclaré garant, son rôle s'étant borné à appeler un chirurgien pour pratiquer une intervention dont la gravité dépassait ses moyens ».

En conséquence, le tribunal a condamné les époux R... à payer au docteur L... la somme de 3.000 fr. à titre d'honoraires et les intérêts de droit; il a mis hors de cause, le docteur D... Enfin, il a dit qu'il n'y avait pas lieu d'entériner le rapport de l'expert qui, à tort avait procédé à une expertise, alors qu'il savait que le jugement le commettant était frappé d'appel.

Le tribunal a jugé exactement, en rejetant la demande en garantie formée contre le médecin qui avait appelé le chirurgien pour pratiquer une opération jugée urgente et inévitable; on ne la comprend d'ailleurs pas très bien, dans l'espèce qui était soumise au tribunal, alors que la mère de la jeune fille avait conduit son enfant à la maison de santé. Elle ne pouvait pas ne pas s'être rendu compte que le médecin était dans l'impossibilité de pratiquer une opération aussi grave que la trépanation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

NATIBAÏNE

Association { 1/3 de **DIGITALINE NATIVELLE**
2/3 d'**OUABAÏNE ARNAUD** }

du

LABORATOIRE NATIVELLE

49, Boul. de Port-Royal, PARIS (13e).

Chez l'adulte,
une heure avant le coucher,
la prise d'un ou deux comprimés de

SONÉRYL

suivie d'une infusion chaude
permet un sommeil *CALME, RÉPARATEUR,*
assure un *RÉVEIL EUPHORIQUE.*

Les Établissements POULENC FRÈRES
PARIS (3e). — 86 et 92, rue Vieille du Temple. — PARIS (3e)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
harmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1928

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié,

Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. PHYSIQUE

L'échauffement des tissus par les courants de haute fréquence. (D'Arsonval. *C. R. Acad. des sciences*, t. CLXXXV, p. 740.) — L'auteur a fait des expériences qui démontrent que le dosage des effets des courants de haute fréquence, appliqués par lit condensateur, ne peut être obtenu par lecture de l'ampérage thermique.

La chaleur diathermique n'est pas régie par la loi de Joule. L'échauffement du milieu traversé est en désaccord avec les indications du milliampèremètre. Conséquences pratiques importantes. (Bordier. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, oct. 1927.) — L'auteur rappelle les expériences de d'Arsonval. Au point de vue pratique, les indications du milliampèremètre thermique ne sont pas du tout en rapport avec la chaleur diathermique. Pour se mettre à l'abri des accidents, il faudrait arriver à la mesure directe de la température des téguments.

Hydratation des ions en électrolyse. (Zimmern. *Acad. de méd.*, séance du 17 janv. 1928.) — L'auteur conclut que dans diverses applications médicales du courant continu, il faut faire intervenir l'apport de molécules d'eau entraînées par le cation Na.

II. APPAREILS ET TECHNIQUE

Nouvel appareillage diathermique. (Marcel, *Bull. officiel de la Soc. franç, d'électroth. et de radiol.*, avril 1928, avec 7 fig.) — Présentation : 1° d'un cadre diathermique composé de coussins en éponge de caoutchouc; 2° d'électrodes pour diverses applications.

Présentation d'appareils de diathermie à lampe. (Chenaille. *Bull. de la Soc. de radiol. méd.*, avril 1928, p. 136, n° 148.)

Un nouvel appareil de diathermie. (Heitz-Boyer. *Soc. franç. d'urol.*, 17 déc. 1928.) — Présentation d'un nouvel appareil de diathermie permettant de faire des sections hémostatiques du rein. L'auteur a pu, grâce à cet appareil, faire des incisions exsangues sur le rein pour enlever un volumineux calcul. Avec cet appareil on évite la coagulation charbonneuse le long du couteau.

La diathermie avec les appareils à ondes amorties et à ondes entretenues. (R. Humbert. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, nov. 1928, p. 547 et suiv.) — L'auteur conclut que ni l'étude physique de l'oscillation, ni l'examen des données physiologiques ne nous permettent actuellement de tirer des conclusions générales et certaines en ce qui concerne les indications des ondes amorties ou des ondes entretenues en diathermie. Il faut faire de nouvelles recherches comparatives.

Quelques essais thérapeutiques au moyen des ondes galvaniques alternatives à longues périodes. (A. Laquerrière. *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 39.) — Exposé des indications et contre-indications de la méthode.

Action hydratante de l'ion Na et cataphorèse. (A. Zimmern, *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVII, p. 1281.)

De l'emploi d'un électrolyte pâteux en ionisation. (Giraudeau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth, et de radiol.*, janv. 1928.) — L'auteur emploie la *diadermine*, stéarate double de soude et d'ammoniaque, émulsionne dans la glycérine pure. Avec cette électrode, on supprime les ions parasites gaâce à la conductibilité de la crême et à la petite quantité d'eau distillée employée, on évite les brûlures galvaniques grâce à l'adhérence uniforme du produit, on évite les intoxications.

Sur la chaleur dégagée par la d'Arsonvalisation diathermique au moyen d'électrodes spongieuses; graves inconvénients de ces électrodes. (Bordier. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 20 fév. 1928.) — L'auteur conclut qu'il faut utiliser des électrodes métalliques et ne point apprécier la chaleur dégagée d'après les indications du milliampèremètre.

Présentation d'un appareil de haute fréquence. (A. Walter. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1928.) — Deux particularités : 1° le transformateur de haute tension comporte un secondaire complètement isolé du primaire et peut donner une tension atteignant 10 centimètres de longueur d'étincelle;

2° Des enroulements supplémentaires formant une sorte de tertiaire permettent, suivant qu'on les fait fonctionner, d'obtenir ou non une sensation faradique.

Présentation d'un appareil chirurgical à lampes. (André Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1928.) — Appareil utilisant une lampe de 250 watts et permettant d'obtenir jusqu'à 3.000 milliampèremètres; surtout remarquable parce qu'elle permet le fonctionnement du bistouri diathermique.

Appareil pour traitement galvanique. (A. Walter. *Bull. officiel de la Soc. fronç. d'électroth.*, oct. 1928.) — Dispositif dans lequel le courant est débité d'abord pour un réducteur de potentiel qui est mis hors du circuit quand il est à bout de course, puis par des plots. Ce dispositif peut être adoptée à n'importe quelle batterie de pile; il évite l'usure rapide des piles qu'occasionne le réduéteur de potentiel ordinaire.

Sur l'utilisation de la haute fréquence redressée. (Cluzet et Chevallier, *La clinique*, mai 1928.) — Utilisation aussi bien en électrodiagnostic qu'en thérapeutique.

Une nouvelle électrode pour diathermie (Morel-Kahn, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1928.)

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée.
Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE, ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons:

LABORATOIRES CIBA _ O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

L'ionothérapie électrique. (GIDON. *Annales des laborat. Clin*, août 1928.) — Revue générale sur la question où l'auteur après avoir résumé les données classiques, ajoute quelques remarques personnelles.

III. ÉLECTRODIAGNOSTIC

Constante linéaire et chronaxie. Une nouvelle méthode d'électrodiagnostic. (Philippe FABRE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*; fév. 1928.) — Après avoir exposé la loi de Du Bois-Rémond et la loi quantitométrique, l'auteur définit la constante linéaire, passe en revue les appareils classiques et l'excitateur linéaire et enfin arrive à la technique de l'excitation linéaire. Nous voyons ensuite la comparaison des techniques de la chronaxie et de la constante linéaire. L'auteur termine par les hypothèses sur l'excitation électrique des nerfs et des muscles et conclut cet important mémoire par ces mots : « il doit y avoir dans le nerf et dans le muscle des mécanismes physico-chimiques associés, qui rendent complexe la signification des constantes d'excitabilité électrique. Aussi, à côté des recherches de chronaxie, mesurant l'excitabilité par ondes brèves, il convient, croyons-nous, de pratiquer l'investigation par les courants progressifs, les deux évaluations étant reliées par une formule dont le coefficient unique K, variable selon les circonstances, pourra fournir quelques données sur les phénomènes associés du nerf et du muscle ».

Chronaxie de la moelle épinière avant et après section complète de la moelle. (A. RIZOLLO, *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVII), p. 1071.) — Si l'on sectionne transversalement la moelle en avant de chacun des trois points moteurs optima localisés respectivement on constate que les valeurs de la chronaxie restent les mêmes qu'avant la section.

Chronaxie des fibres motrices et sensitives du sciatique de la grenouille : valeurs moyennes et variations. (H. CARDOT et S. RÉGNIER. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVII, p. 1136.) — La chronaxie des fibres sensitives et des fibres motrices diminue avec la température, mais elle augmente avec le poids, donc probablement avec l'âge des animaux. Néanmoins, pour les animaux de petite taille, la chronaxie sensitive est plus petite que la chronaxie motrice. Les deux valeurs tendent à se rapprocher au cours de la croissance; l'isochronisme s'observe pour les animaux de poids supérieur à 20 grammes.

Hétérochronisme du nerf et du point moteur musculaire à la naissance chez l'homme. (BOURGUIGNON. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVII, p. 1275.) — A propos des recherches des auteurs ci-dessus, l'auteur rappelle qu'en 1921 il a montré chez l'homme adulte l'isochronisme des deux sortes de nerfs tandis que chez l'enfant la chronaxie du nerf est différente de celle du point moteur musculaire.

Recherches sur la forme des courants employés pour la mesure de l'excitabilité électrique chez l'homme. (André STROHL et Henri DESGREZ. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1928, avec fig., n° 3.) — La force contre-électromotrice de polarisation, qui prend naissance dans les tissus sous l'influence d'un courant quelconque, a pour effet de donner à l'intensité des valeurs différentes de celles qui existeraient pour un circuit comprenant uniquement des résistances ohmiques.

Ces altérations dépendent à la fois de la forme du courant et de la manière dont le circuit est constitué.

De même que les courants émis sous un voltage invariable ne présentent plus, à travers le corps humain, une intensité constante, les décharges de condensateur ne s'effectuent plus suivant une forme exponentielle.

La présence d'un circuit dérivé, placé en parallèle avec le sujet, permet, en outre, d'observer que la dépolarisation des tissus s'accompagne d'une onde de sens inverse au courant polarisant, qui apparaît après la cessation du courant polarisant dans le cas des courants continus ou dès que le voltage de la source a atteint une valeur suffisamment faible pour les décharges de condensateur. L'importance de ces faits, au point de vue de l'excitation électrique, n'a pas besoin d'être soulignée.

C'est par l'étude complète des conditions physiques suivant lesquelles se propage l'électricité dans l'organisme humain que l'on pourra établir, sur des bases rationnelles, la meilleure technique pour la mesure de l'excitabilité musculaire chez l'homme.

Relation entre les modifications humorales et les modifications de l'excitabilité après l'injection de scopolamine chez les parkinsoniens. (MARINESCO, SAGER et KREINDLER. *Soc. de biol.*, t. XCVII, p. 1534.)

Sur la réaction électrique des cellules végétales à la polarisation. (Daniel AUGER, *C. R. de l'Acad. des sciences*, t. CLXXXV, p. 87.)

Secousse de shunt sur le gastrocnémien de grenouille. (Philippe FABRE, *C. R. de l'Acad. des sciences*, t. CLXXXIV, p. 1589.)

Sur la théorie de l'excitation des nerfs et des muscles par des courants électriques de haute-fréquence et de courte durée. (P. LOSAREFF. *C. R. de l'Acad. des sciences*, t. CLXXXV, p. 727.)

Sur la nature de la polarisation électrique des tissus vivants. (STROHL. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 10 janv. 1928.) — La polarisation électrique des tissus vivants est bien plus importante qu'on ne le pensait, mais elle se produit et se détruit très rapidement. Tous les tissus vivants participent à la polarisation mais inégalement et la peau joue un rôle prépondérant dans la genèse des forces contre-électromotrices. La polarisation a donc une grande importance dans les mesures d'électro-diagnostic.

Excitation transcérébrale du système pyramidal chez l'homme. Mesure des chronaxies normales et pathologiques. (G. BOURGUIGNON. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1928, t. CLXXXVI, p. 903.) — Electrode indifférente à la nuque, électrode active sur l'œil. A la fermeture du courant, contraction des muscles du membre supérieur du côté opposé. A l'état pathologique, l'auteur a vu que les chronaxies pyramidales peuvent être dix fois supérieures à la normale sans que la motilité volontaire soit abolie.

Mesure de l'excitabilité des nerfs vaso-constricteurs chez l'homme. (A. et B. CHAUCHARD et J. HURYNOWICZ. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 19 mars 1928.)

Origine humorale des modifications de l'excitabilité du système nerveux au cours de la dégénérescence Wallerienne d'un nerf sectionné. (J.-B. ABELOUS et H. LASSALLE. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 11 avril 1928.) — Les auteurs prouvent que la répercussion réflexe d'un sciatique qui dégénère, après section, sur le sciatique opposé, est en majeure partie, due à une substance secrétée par le nerf sectionné et qui passe dans le sang. Ils injectent du sérum d'un animal, chez qui la répercussion réflexe est nette à un autre animal intact. Au bout d'une heure on assiste à une élévation déjà importante de l'excitabilité qui croît encore dans les heures qui suivent.

L'excitabilité est évaluée par la formule de Lassalle où interviennent à la fois la chronaxie et la rhéobase.

Sur la détermination analytique du coefficient d'équivalence entre les ondes rectangulaires et les décharges de condensateur. (A.-M. MONNIER. *Soc. de biol.*, 1928, t. XCVIII, p. 290.)

ÉLIXIR VIRENQUE

Pepsine - Diastase - Cocaïne

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Digestif des aliments azotés et respiratoires

TONIQUE SPÉCIFIQUE DE L'ESTOMAC

DOSE : Un verre à liqueur à la fin des deux principaux repas

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

R. C. 27.894, Seine.

G. DEGLOS, 131, Rue de Vaugirard — PARIS

LIPOIDES H. I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE, FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS, ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière

LABORATOIRE ISCOVESCO, 107, Rue des Dames, PARIS

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie des AFFECTIONS PULMONAIRES

par la Voie intestinale

(Syndrome entéro-pulmonaire)

→ Perles glutinisées 6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées

Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications

tous ÉTATS INFECTIEUX

Échantillons et Littérature : **15, rue d'Argenteuil, PARIS**

Excitation musculaire directe par les courants progressifs. (Philippe Fabre, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 6 fév. 1928.) — L'auteur constate que les phénomènes de mortification qui atteignent assez précocement le nerf, ne s'observent pas simultanément quand on excite directement le muscle. Celui-ci répond à des courants de pente faible et sa contraction est lente à se manifester. Quantitavement ses paramètres d'excitabilité sont reliés par une formule logarithmique dont le coefficient est élevé comme celui du nerf encore intact. Il semble que la déchéance organique intéresse électivement les éléments nerveux et, en premier lieu, ceux qui répondent aux courants le plus lentement progressifs.

Sur la forme des contractions musculaires en excitation indirecte par les courants linéaires. (Fabre. *C. R. Acad. des sciences*, 16 janv. 1928, t. CLXXXVI, p. 170.) — L'auteur a mis en évidence l'existence de trois formes distinctes de contraction musculaire suivant la pente du courant progressif utilisé pour exciter le nerf. Au cours du vieillissement, il constate que les pentes faibles deviennent inefficaces et que, par suite, les contractions du troisième type sont seules observées. La forme en échelon du premier type de contraction conduit l'auteur à faire l'hypothèse de différence d'excitabilité entre les filets constituant le nerf.

Evaluation de l'excitabilité neuro-musculaire. (H. Lassalle. *C. R. Acad. des sciences*, déc. 1927, t. CLXXXV.)

Contribution à l'étude des variations de durée de l'étincelle de rupture dans le primaire du chariot de du Bois Reymond. (A. Strohl et H. Desgrez. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1928.)

Excitation trans-cérébrale du système pyramidal chez l'homme. Chronaxies pyramidales normales et pathologiques. (G. Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1928.)

A propos de la mesure de la chronaxie avec les condensateurs. (Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*; mars 1928.)

De l'intérêt de la lampe valve appliquée à l'électrodiagnostic par le courant galvanique. (H. Desgrez. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1928.)

A propos des observations de M. Desgrez au sujet de ma communication sur la mesure de la chronaxie avec les condensateurs. (Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1928.)

Etude des chronaximétries dans le parkinsonisme post-encéphalitique (Marinesco, Sager et Kreindler. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCVIII.) — Chez 28 malades, les auteurs ont constaté une égalisation entre les chronaxies des agonistes et des autagonistes; une modification du rapport normal entre les chronaxies des extenseurs et des fléchisseurs à l'avant-bras et à la jambe; un hétérochronisme entre les chronaxies des muscles et des nerfs par augmentation de la chronaxie musculaire.

Double chronaxie et quadruple point moteur de l'orbiculaire des paupières chez l'homme. (Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1928.)

Double chronaxie de l'orbiculaire des paupières chez l'homme. (Bourguignon. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCVIII.) — Sur chacune des deux moitiés, supérieure et inférieure, de l'orbiculaire des paupières, on trouve deux points moteurs situés sur la même ligne verticale. L'excitation de l'un d'eux, situé près de l'angle de l'œil, donne des contractions exclusivement palpébrales; l'excitation de l'autre donne des contractions de la portion orbitaire.

Double point moteur et double chronaxie du muscle frontal chez l'homme. (René Humbert. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1928.)

Double point moteur et double chronaxie de tous les muscles releveurs des traits de la face chez l'homme. (G. Bourguignon et R. Humbert. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1928. Et *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCVIII, p. 1532. — Tous les muscles de la face qui ont une grande chronaxie (releveurs des traits) possèdent deux points moteurs et deux chronaxies, comme les extenseurs et les supinateurs au membre supérieur, tandis que les muscles de petite chronaxie (abaisseurs des traits) n'en ont qu'une comme les fléchisseurs et pronateurs du membre supérieur.

La grande chronaxie des releveurs des traits est double de celle des abaisseurs.

Comparaison des paramètres d'excitabilité musculaire par examen microscopique des réponses. (Ph. Fabre. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 23 avril 1928.) — Par l'emploi d'une technique d'excitation, sous le microscope, l'auteur montre que s'il y a synchronisme entre le nerf et le muscle pour les ondes brèves (chronaxie), il y a au contraire hétérochonisme très marqué, quand on excite par courants progressifs.

Sur la nature de la réponse musculaire à l'excitation faradique. (A. Cajori, B. Pemberton et El. Stilz. *Journ. of Amer. med. assoc.*, 10 mars 1928, t. XC, n° 10, p. 748.)

Les phénomènes de polarisation électrique chez le lapin. (A. Strohl et H. Desgrez. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX.)

Sur l'utilisation en électrophysiologie des triodes à écrou de grille. (Heliodoro, Tellez Plasencia. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928. t. XCIX, p. 709.)

Contribution à la connaissance de la marge d'excitation. (H. D. Bonman. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX.)

Contracture et solutions hypertoniques (H. Laugier et S. Nouel. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX.)

Valeur de la chronaxie du nerf facial chez les sujets présentant le signe de Chivosteck. (A. B. Chauchard et A. Cournaud, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX, p. 491.) — Tandis que le signe de Chwosteck, ou hyperexcitabilité mécanique du nerf facial, observé au cours de la tétanie, s'accompagne de modifications de la chronaxie, comme l'ont montré Bourguignon et Turpin, il n'existe aucune modification de la chronaxie dans le domaine du facial, quand ce signe survient chez des sujets dont la calcémie est normale et qui ne présentent aucun signe de tétanie.

Modifications de la chronaxie de la queue et des pattes du têtard au cours de la métamorphose. (M. Lapicque et S. Nomura. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX.) — Sur des muscles en voie de régression (queue) on constate une augmentation de la chronaxie à mesure que l'animal grandit. Au contraire, sur les muscles en voie de développement (pattes), la chronaxie diminue à mesure que la métamorphose s'accomplit.

Le réflexe psychogalvanique en médecine légale. (E. Gelma. *La Presse méd.*, 25 août 1928.) — Lorsqu'un sujet est traversé par un courant électrique, le courant augmente temporairement si le sujet réagit à une excitation quelconque. La galvanomètre doit être placé loin du sujet.

L'auteur apporte plusieurs cas intéressants.

La réaction psycho-galvanique qui indique qu'un mouvement émotif s'est manifesté à l'occasion d'une représentation mentale, peut rendre de grands services en médecine légale. Chez les déments la réaction est nulle.

Sur l'inefficacité des courants continus prolongés dans

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.
15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

CURES DE LACTO-SÉRUM

« GALAZÈNE »

Grande Cure : 3 FLACONS dans la matinée pendant DIX JOURS.

Cure de Régime : 1 FLACON à jeun pendant UN MOIS.

Le Lacto-Sérum « GALAZÈNE »

STIMULE LES PARENCHYMES

ACCROIT LES ÉLIMINATIONS

ASSAINIT L'ORGANISME

Pour la DIÈTE et les RÉGIMES

Lait-Allégé « DIETICUS »

UN FLACON pour une JOURNÉE DE DIÈTE.

« BRÉVANYL » Purgatif Lacté

5 CACHETS pour une GRANDE PURGATION
1 CACHET à jeun comme LAXATIF

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.
15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

l'excitation neuro-musculaire. (Ph. FABRE. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 15 oc. 1928, t. CLXXXVII.)

Théorie cinétique de l'excitation neuro-musculaire par ondes brèves. (Ph. FABRE. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 10 sept. 1928, t. CLXXXVII.)

Modifications des chronaxies motrices périphériques par les centres nerveux supérieurs. (L. et M. LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX.) — Relations d'expériences sur la grenouille.

IV. SYSTÈME NERVEUX

La méthode de choix dans le traitement des névralgies du trijumeau. (P. DEL BUENO. *Arch. di radiol.*, 1927, f. 1.) — L'association des rayons X et de la diathermie donne souvent des bons et durables résultats dans les cas où les moyens médicaux ont échoué. En cas de névralgie du trijumeau, c'est donc à la physiothérapie qu'il faut avoir recours, et ce n'est qu'en cas d'échec qu'on passera la main au chirurgien.

Contribution au traitement physiothérapique de la poliomyélite spinale infantile. (F. FORMIGAL LUZÈS. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, avril 1928.) — L'auteur rapporte vingt-quatre observations de jeunes malades traités par la physiothérapie.

La physiothérapie de la douleur. (M. GUINET. *Revue gén. de méd. et de chir. de l'Afrique du Nord*, janv. 1928.) — Revue générale des agents physiques employés contre les algies. Etude du mode d'action de ces agents physiques et indications.

Physiothérapie des névralgies. (GAUDUCHAU. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, sept. 1927.) — Indications des divers procédés physiothérapiques contre les névralgies.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes dans les névrites graves et la paralysie infantile. (LAQUERRIÈRE. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1928, n° 7.) — Les ondes galvaniques, pour la production des actions trophiques comme pour la provocation des contractions musculaires, paraissent dans ces affections supérieures au courant continu.

Sur le traitement de la poliomyélite aiguë. Résultats obtenus pendant l'épidémie qui a sévi en Roumanie en 1927. (MARINESCO, MANICATIDE, DRAGANESCO et ROSIANO. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1928, n° 5.)

Nouvelle technique d'électrothérapie cérébro-médullaire. Amélioration rapide d'un cas de polynévrite traité par l'ionisation d'iode transcérébro-médullaire suivant cette technique. (Georges BOURGUIGNON. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1928, n° 8.)

Deux cas de restauration nerveuse après ionisation avec iodure de potassium. (DUHEM et MARUANI. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1928.) — 1° Paralysie complète du médian avec réaction de dégénérescence à la suite d'une fracture ouverte du coude, guérie en vingt-six séances d'ionisation KI sur la cicatrice du coude.

2° Paralysie du plexus brachial à type supérieur avec réaction de dégénérescence, suite de luxation de l'épaule. Vingt et une applications iodurées dans l'aisselle, pôle positif sur l'épaule. Guérison.

Accident aigu à la suite d'une série d'ionisations par le nitrate d'aconitine. (DUHEM. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1928.) — Malade atteinte de névralgie faciale et qui, à la dix-neuvième séance, éprouva des accidents d'intoxication. La solution était à 1 p. 4.000, 12 m.-a., vingt-cinq minutes. L'auteur pense qu'il ne faut pas dépasser douze séances.

Syndrome paralytique unilatéral partiel des nerfs craniens. (LORTAT-JACOB et P. DELILLE. *Revue neurol.*, avril 1928.) — Observation d'un malade qui présentait une paralysie des six derniers nerfs craniens sans signes sensitifs ni moteurs. L'examen électrique montrait l'absence de réaction de dégénérescence.

Poliomyélite à forme bulbo-protubérantielle. (DUHEM. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1928.) — Enfant de quatre ans prise brusquement en mars 1927 de fièvre avec angine, troubles moteurs et de la déglutition. Réaction de dégénérescence dans le domaine du facial gauche. Au bout d'un an de traitement par le courant galvanique, le nerf facial et ses muscles ont une ébauche de contraction au faradique.

Névrite du nerf cubital consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus survenue dans l'enfance. Transposition du nerf. Résultat un an après. (Pierre LOMBARD. *Revue d'orthopédie*, juillet 1928, p. 327, avec fig.) — Ce qu'il y a de curieux dans ce cas c'est que, à côté des grosses déformations constatées à la radio et des troubles meteurs importants, la sensibilité était conservée et les réactions électriques très peu modifiées.

Valeurs des différents procédés physiothérapiques employés contre la poliomyélite. (DUHEM. *La Clinique*, mai 1928.) — Durant toute la période régressive il faut mettre au premier plan les procédés de réchauffement et de gymnastique électrique (fermeture du courant continu et haute fréquence étincelles).

Un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial chez un nouveau-né. (ROUME. *Bull. de la Soc. franç. d'obst. et de gyn.*, juillet 1928.) — Paralysie du plexus brachial Duchenne-Erb à type supérieur avec réaction de dégénérescence partielle. Traitement par la galvanisation. A la vingtième séance la motilité était revenue bien que les muscles ne se contractaient pas encore au faradique.

Un cas de paralysie radiculaire traumatique à type lombo-sacré dissocié d'origine obstétricale. (A. FRUHINSHOLZ et L. CORNIL. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, oct. 1928.) — Chez une multipare, quinze jours après application de forceps, douleurs vives et paralysie d'une jambe. L'examen électrique a montré de la réaction de dégénérescence au jambier antérieur.

V. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

L'électrothérapie de la dysménorrhée. (A. KARSTEN. *Acta radiol.*, Bd VI.) — Exposé des diverses méthodes électriques employées dans la dysménorrhée et relation de trois cas guéris par ces méthodes.

L'endothermie en gynécologie. (Howard A. KELLY. *Journ. amer. med. Assoc.*, t. LXXXIX, n° 13.) — Plaidoyer très favorable à l'utilisation des courants de haute fréquence en gynécologie.

Le traitement des salpingites par la diathermie et l'hydrothérapie. (H. DAUSSET. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 24 déc. 1927.) — Applications transabdominales ou vagino-abdominales de diathermie suivant les cas. Température à 45 degrés mesurée au pyromètre de Walter.

La diathermie en gynécologie. (G. GELLORN. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 31 mars 1928, t. XC.) — L'emploi de la diathermie en gynécologie est justifié dans quatre catégories d'affections : les inflammations pelviennes, la gonorrhée, les affections non infectieuses, le cancer de l'utérus. Cet agent est un procédé efficace de traitement, mais il faut savoir que

TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS

(ASTHME — EMPHYSÈME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des vaccins adaptés, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcectage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal Minet est employé à titre préventif de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs modifiant le terrain.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traitements des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée de vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin anti-asthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

Laboratoires STÉNÉ, 4, Place des Vosges, à PARIS (4e)

l'excès de chaleur peut présenter des dangers; il convient donc de n'utiliser cette méthode qu'à bon escient.

Lésions tuberculeuses de l'urètre, de la vessie et des uretères. Traitement physiothérapique. (Ch. Schmitt. *Soc. de méd. de Paris*, 9 déc. 1928.) — Observation d'un malade à état général grave et porteur de lésions multiples. L'auteur l'a traité par l'électrolyse circulaire, les courants de haute fréquence et les rayons ultraviolets. Amélioration rapide de l'état général et des symptômes locaux.

Les courants de haute fréquence en gynécologie. (Dausset et Chenilleau. *La Pratique méd. franç.*, août 1928.) — Les séances de diathermie doivent être longues et fréquentes. On obtient d'excellents résultats dans les salpingites (mais dans les cas chroniques seulement), dans les métrites du corps et du col, les vaginites, etc.

Dans les troubles de la menstruation, la haute fréquence sous forme de lit condensateur peut rendre de grands services.

Du rôle de l'électricité comme adjuvant en certains cas au traitement radiothérapique du fibrome. (Laquerrière. *Bull. de la Soc. de radiol.*, juillet 1928.) — Les traitements électriques sont parfois des adjuvants au traitement radiologique des fibromes. L'auteur cite deux cas. Le premier a bénéficié de la faradisation vaginale et dans le second cas, le courant continu avec électrolyse du zinc a permis, en modifiant la muqueuse, à la radiothérapie de donner ses pleins effets.

Traitement électrique de l'incontinence d'urine accidentelle chez la femme. (Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1928.) — On peut ajouter à la méthode classique, faradisation intra-urétrale, des séances d'ondes galvaniques à longues périodes de vingt minutes de durée, une plaque sacrée, une électrode suspubienne, une observation démonstrative.

Diathermie et salpingite. (Dausset. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1928.) — Il est souvent nécessaire d'associer à la diathermie l'infra-rouge et le traitement de Luxeuil.

VI. AFFECTIONS CHIRURGICALES

Excision à l'électrotome de la « barre » prostatique. (Clyde W. Collings. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 fév. 1928, t. XC.) — En quatre ans excision chez 51 sujets à l'aide des courants de haute fréquence de l'obstacle fibreux du col de la vessie. L'action du courant n'est pas cautérisante, on ne constate ensuite ni œdème, ni hémorragie. Aucune complication ultérieure n'a été signalée.

Les prolapsus hémorroïdaires de la muqueuse rectale et leur traitement par diathermo-coagulation. (Durand-Boisleard, *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, nov. 1927.)

Traitement physiothérapique d'un sarcome du cou à évolution rapide. (Ch. Schmitt. *Bull. de la Soc. de thérap.*, séance du 8 fév. 1928.) — Histoire d'une malade qui subit de multiples traitements. L'auteur fit lui-même huit séances de radiothérapie. L'amélioration ne s'étant pas produite il guérit la malade par l'électrocoagulation. La conclusion est qu'en physiothérapie, comme en pharmacologie, l'idiosyncrasie joue un rôle important et que l'on ne doit pas hésiter, en vue d'une amélioration, d'associer plusieurs thérapeutiques.

La diathermothérapie des rétrécissements inflammatoires et cicatriciels du rectum. (W. Vignal. *Bull. et Mém. de la Soc. des chir. de Paris*, séance du 6 janv. 1928.) — Méthode ne s'appliquant ni aux rétrécissements néoplasiques, ni aux rétrécissements congénitaux. L'auteur rapporte trois cas traités par la technique suivante : deux électrodes constituant l'électrode indifférente, réunies à la même borne de l'appareil sont placées sur l'abdomen et à la région lombo-sacrée. L'électrode active, bougie de Hégar, à l'autre borne, est enfoncée dans le rectum jusqu'à ce qu'elle vienne buter contre le rétrécissement. A la faveur du courant le rétrécissement est franchi.

La diathermie dans les néoformations extérieures aux cavités muqueuses. (R. Wallack. *Amer. Journ. of physioth.*, t. IV, n° 10, janv. 1928.) — Par la diathermo-coagulation on obtient la destruction complète des tissus néoplasiques avec le minimum de destruction des tissus sains, pas d'hémorragie, pas de shock.

L'ionisation en otologie. (Feldstein. *Journ. des prat.*, 23 nov. 1927.)

L'ionisation dans les otites chroniques non suppurées. (Frauquet et Landry. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., t. XLVII, janv. 1928.) — Les auteurs emploient la voie cervico-auriculaire ou encore oculo-auriculaire. Le sujet doit être étendu. Séances trois fois par semaine, intensité 3 milliampères; il faut 30 séances environ.

L'ionisation du zinc dans la thérapeutique otologique. (Caussé. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez*, t. XLVII, janv. 1928.)

Les avantages de la diathermo-coagulation en ophtalmologie. (A. Monbrun et M. Castéran. *La médecine*, janv. 1928.) — Cette méthode destructive présente les avantages suivants : précision, pas d'hémorragie, pas de pansement, cicatrice définitivement souple.

La diathermo-coagulation dans les tumeurs de l'oropharynx. (Louis Leroux et Pierre Tilmant. *Progrès méd.*, 20 oct. 1927.) — Revue d'ensemble qui tient compte des travaux étrangers et expose les techniques justiciables dans les différents cas.

Les seules tumeurs justiciables de cette méthode sont les épithéliomas car ils restent assez longtemps localisés.

La diathermo-coagulation se recommande par la facilité de sa technique, l'absence de risques sérieux et de complications et la possibilité de traiter utilement toutes les récidives.

Contribution à l'étude de l'anesthésie locale par ionisation cocaïnique en art dentaire. (Thibonneau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1928.) — On place dans la cavité cariée un tampon positif imbibé d'une solution de cocaïne à 10 p. 100, le pôle négatif est placé en un point quelconque. Intensité, 3 à 4 milliampères, durée de la séance quarante-cinq minutes.

Anesthésie cutanée par ionisation avec la carbaïne. (Zimmern, Nicolleau et Arvanitakis. *Presse méd.*, 23 mai 1928.)

Ionisation anesthésique par la carbaïne. (Zimmern, Nicolleau et Arvanitakis. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1928.) — Ionisation de la carbaïne (carbonate de syncaïne), intensité 4 à 10 milliampères durant vingt minutes. Résultat : anesthésie intéressant toute l'épaisseur de la peau pendant plus de dix minutes.

La cure radicale des hémorroïdes par l'électro-coagulation en nappe. (P. Lehmann, *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 28 avril 1928.) — L'ablation des hémorroïdes par ce procédé offrirait, d'après l'auteur, de grands avantages sur l'opération sanglante et pourrait s'appliquer à tous les cas.

Sur un nouveau traitement des éphélides par la diathermie. (B. Tsinoukas, *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, mars-avril 1928.)

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, **PARIS**

Traitement des Amaigrissements, de la Tuberculose et des Asthénies
par les cachets de

TRIGANOL VIGIER

Mélange de Poudre de Fenugrec désodorisée et d'extrait hydro-alcoolique de Fenugrec

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL

liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES :**
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :**
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

BRONCHITOL

Sirop de Thiocol pur

(Procédé nouveau de fabrication)

GRAND FLACON. -- PRIX : 13 francs

1 cuillerée à café = 0 gr. 35 de Thiocol pur

ÉCHANTILLONS : Laboratoires H. SALLE et Cie, 4, Rue Elzévir - Paris (IIIe)

Nouveau traitement des lipomes par la diathermo-coagulation bipolaire. (BORDIER et OLIVIER, *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, mars-avril 1928.) — Ce traitement ne s'applique qu'aux lipomes de petite taille. A l'aide d'un manche spécial on enfonce deux aiguilles, recouvertes d'isolant jusqu'à 1 centimètre de leur pointe, dans la tumeur et on fait passer le courant qu'on arrête quand la diathermo-coagulation est suffisante. En général au bout d'un mois le lipome a disparu.

Un cas de cancer dermique de la face et de la nuque. (H. ODQVIST. *Acta radiologica*, vol. IX, fasc. 3.) — Toutes les ulcérations de la face et du cou guérirent rapidement par la radiothérapie associée à l'électro-coagulation.

Quelques essais thérapeutiques d'introduction intratumorale de sel de magnésie par ionisation chez les cancéreux. (ZIMMERN et WICKHAM. *Ann. des Laboratoires Clin.*, août 1928.)

VII. DIVERS.

L'ionisation par le zinc dans le traitement de l'otite moyenne. (W. E. CROSBIE. *Brit. med. Journ.*, n° 3463, p. 928.) — L'auteur a obtenu par cette méthode des résultats remarquables et d'autant meilleurs que le traitement est plus précoce. Sur 318 malades traités en deux ans. Crosbie a compté 258 guérisons.

Traitement de la claudication intermittente par la diathermie. (A. W. GILL et N. MOSS, *Amer. Journ. of phys. Therap.*, janv. 1928, t. IV, n° 10.)

Un cas d'insuccès de la méthode de Bergonié. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'éleétroth. et de radiol.*, janv. 2928.) — Une observation exceptionnelle qui montre qu'il y a des obèses pour qui l'exercice est funeste.

Trritement du coryza par la diathermie. (BARATOUX. *Journ. de méd. de Paris*, déc. 192 .) Rappel de la technique de Tsinoukas. Une séance suffit parfois pour guérir le coryza.

A propos du traitement du lumbago. (LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1928.) — Plusieurs observations qui montrent que dans le lumbago, la méthode de choix, dans les cas récents, paraît être la faradisation tétanisante avec la bobine à fil fin.

Dans les cas anciens, les infra-rouges semblent donner d'excellents résultats. On peut du reste associer les deux méthodes.

Nouvelle note au sujet du lumbago (LOUBIER. *Bull. officiel de la Joc. franç. d'é ectroth. et de rad.*, juil. 1928.) — Pour réussir le traitement indiqué plus haut doit s'adresser uniquement au rhumatisme musculaire. L'auteur cite deux observations où la faradisation a échoué; il s'agissait d'arthrite sacro-iliaque et de lésion de vertèbres.

Du traitement des varius par la haute fréquence. (Mme BOUDE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1928.) — Effluvation intense et terminer la séance par un étincellage de cinq minutes avec le manchon de verre. En général 12 à 15 séances. Ce traitement soulage, mais diminue également les ampoules variqueuses et l'œdème.

Anomalies observées dans les effets caloriques de la diathermie appliquée au moyen d'électrodes spongieuses. Graves inconvénients de ces électrodes en thérapeutique. (BORDIER. *Arch. d'élect. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1928.) — Les électrodes de diathermie doivent être métalliques, les électrodes spongieuses sont à abandonner pour diverses raisons dont la principale est l'échauffement de l'électrode et partout la brûlure.

Le traitement pratique des verrues. (JUSTER. *Journ. de méd. de Paris*, 18 oct. 1928.). Le traitement de choix serait l'électrocoagulation par diathermie au moyen d'une aiguille poussée jusqu'à *éclatement* de la lésion.

A propos du traitement des verrues. (A. LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1928.) — Ceux qui pratiquent la diathermo-coagulation devraient essayer le *clivage* au lieu de la coction en masse qui cause de la gêne consécutive et une plaie qui s'infecte facilement. L'auteur a essayé le clivage diathermique et en rapporte 4 observations, mais les résultats du clivage galvanique lui apparaissent jusqu'à présent bien supérieurs.

Electroradiographie au moyen d'oscillographes industriels. (Ph. FABRE. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 23 juil. 1928, t. CLXXXVII.)

La diathermie et la radiothérapie dans le traitement de l'artérite oblitérante. (DELHERM et BEAU. *Bull. offi. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1928.) — En ce qui concerne la diathermie : il faut chauffer doucement et s'arrêter dès que les sensations deviennent désagréables, changer les électrodes de place, associer à la diathermie les rayons lumineux. L'amélioration quand elle se produit débute dès les premières séances; on doit peu compter sur une modification de l'indice oscillométrique. 14 cas avec 7 succès, 2 améliorations partielles et 5 échecs.

Le traitement des brûlures du crâne par courant électrique. (TOURNEUX. *Concours médical*, 30 sept. 1928.)

Une nouvelle application des courants de haute fréquence. La d'Arsonvalisation médicamenteuse. (BORDIER. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 15 oct. 1928, t. CLXXXVII.)

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Electrologie. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. T. XXXI du *Traité de pathologie médicale*, 1 vol. de 543 pages, 160 figures, 1e édition. Paris, Maloine.) — Cette nouvelle édition a été complètement remaniée et certains de ses chapitres ont été très augmentés. C'est ainsi que la neurologie se voit attribuer cinq chapitres et que la chronaxie y est exposée à côté de la méthode classique d'électrodiagnostic. Un chapitre nouveau est consacré à des maladies d'ordre chirurgical.

En résumé, livre très clair et très complet écrit pour les praticiens mais que le spécialiste aura constamment sur son bureau.

La diathermie et ses applications médicales. (P. DUHEM. Gauthier-Villars, Paris, 68 pages, 16 figures.) — Petit livre de la « Collection des actualités physiothérapiques » qui contient les notions absolument indispensables à connaître par le non spécialiste ou les débutants en électrothérapie.

Accidents et dangers de l'électricité. (P. DUHEM. 1 vol de la « Collection des actualités physiothérapiques », 75 pages, Gauthier-Villars, Paris, 1028.) — Excellent petit ouvrage qui donne tous les renseignements nécessaires et qui est capable de rendre de grands services aux spécialistes qui, vivant sans cesse dans l'ambiance électrique peuvent méconnaître les dangers d'une énergie avec laquelle ils sont trop familiarisés.

Principes scientifiques de la récupération fonctionnelle des paralytiques. (G. BIDOU. Un volume de 150 pages avec 45 figures, librairie « Le livre pour tous », Paris.)

Traité d'électrocardiographie clinique. (Paul VEIL et Juan CODINA ALTÈS, avec la collaboration du professeur Bard, du docteur Bret, du professeur Cluzet, et du professeur Rothberger. G. Doin et Cie, Paris, 1928.)

Electrothérapie. (W. VIGNAL. Un volume de 544 pages, 175 figures et 10 planches hors texte : « Collection des consultations journalières », Doin et Cie, Paris, 1928.) — Ce livre

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la **CONSTIPATION** et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

SCILLARÈNE

"SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

CARTIO-TONIQUE POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS — LE DIURÉTIQUE AZOTURIQUE

GOUTTES
xx, 2 à 8 fois par jour

AMPOULES A 1 CC
(injections endo-veineuses)
1/2 à 1 par jour

COMPRIMÉS
2 à 8 par jour

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS (10ᵉ).

M. CARILLON, Pharmacien de 1ʳᵉ classe

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3ᵉ).

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

Le pH en biologie, par Marcel VÉRAIN, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, et Jean CHAUMETTE, licencié ès sciences physiques. In-8 écu de 168 p., avec fig. (Collect. de méd. et chir. prat.). Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cⁱᵉ.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

clair et précis, convient aussi aux électrothérapeutes qu'aux praticiens et aux divers spécialistes.

Les courants continus. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. Gauthier-Villars, éditeur, 1926.) — Les auteurs après avoir exposé les sources, les différentes techniques, font un exposé des différentes applications du courant constant en pathologie interne et externe. Ils terminent par un chapitre sur l'électricité faradique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICATS DE SPÉCIALITÉ (1)

Il y a quelques années, un projet de diplôme médical supérieur provoqua une levée de boucliers de tous les praticiens. Actuellement, les certificats de spécialité soulèvent une question sensiblement du même ordre.

Par leur moyen, en somme, on aboutirait fatalement à sérier les médecins en catégories, et il paraît bien difficile que parmi celles-ci certaines ne soient considérées comme supérieures, d'autres comme moyennes ou même inférieures; il s'ensuivrait donc une inégalité qui serait peut-être analogue à ce qui a été réalisé dans la médecine militaire, mais qui ne paraît certainement pas désirable à l'ensemble des médecins et qu'ils ne sauraient admettre.

Tous, évidemment, seraient toujours docteurs en médecine, mais à quoi alors correspondrait ce doctorat? Il n'équivaudrait plus guère qu'à une licence puisqu'il serait loisible à certains de poursuivre des études pour l'obtention d'un diplôme qui, par la force des choses, serait supérieur, ne pouvant être délivré qu'après le premier. Entre les deux, il faudrait bien compter deux années de scolarité et ce temps correspond bien à celui qui sépare une licence d'un doctorat.

En outre, la situation ainsi créée serait tout à fait paradoxale : ces études supplémentaires exigées pour une spécialité quelconque, pourrait-on les imposer également pour l'exercice de la médecine générale? Si oui, la réforme aboutirait à augmenter pour tout le monde, de deux années la durée des études médicales. Si non, ceux qui l'exerceraient ne posséderaient en somme qu'un diplôme inférieur. Or peut-on prétendre que cette médecine générale soit la branche qui présente le moins de difficultés?

Il semble bien que, dans cette affaire, ceux qui prônent la réforme tombent dans un travers qui tend à devenir une coutume en France. Il fut un temps où, à l'étranger, on s'efforçait de nous copier. Ces temps sont bien changés, et, actuellement, au risque de nous faire perdre les qualités de notre race, qui, si longtemps, nous ont valu une supériorité incontestée, on s'efforce, chez nous, de copier ce que des nécessités particulières ont imposé chez d'autres peuples que nous savons cependant être fort différents de nous.

Les certificats de spécialité ne sont certainement pas la conséquence de l'étendue croissante et de la complexité progressive de la médecine; ils sont plutôt la suite normale d'une organisation défectueuse des études médicales et de ses résultats insuffisants. Puisqu'ainsi les connaissances médicales dans leur ensemble étaient déficientes, qu'il ne paraissait pas possible d'obtenir une amélioration de cette culture générale, on fut tout naturellement amené à essayer de restreindre le domaine, dans l'espoir que les futurs praticiens voudraient bien au moins s'intéresser à ce programme réduit. A tout bien prendre, la méthode ne valait pas grand chose, mais ce n'était qu'un pis aller imposé par les circonstances.

Lorsqu'on s'est avisé d'introduire en France de telles dispositions s'est-on demandé ce qu'elles signifiaient au fond et si la valeur générale des praticiens chez nous était devenue telle que l'emploi d'une méthode de ce genre fut justifiée et que l'on fut obligé d'y recourir?

Le résultat le plus clair de la mesure serait certainement, par la diminution de valeur qu'elle entraînerait, de fournir la justification sus dite. Ainsi nous rentrerions dans les cas envisagés plus haut, mais avec cette différence, que si on fut amené parfois à créer les certificats de spécialité ce fut par suite de la médiocrité générale, tandis que nous aboutirions à cette médiocrité par la création de ces certificats.

Qu'on le veuille ou non, en effet, cette création abaissera le niveau du doctorat, car il ne sera plus qu'un moyen et non un but; considéré comme une corvée, on voudra s'en débarrasser le plus rapidement possible et avec le minimum d'effort. Ce qui intéressera, dès l'entrée à la Faculté, ce sera le diplôme de la spécialité choisie; l'étudiant commencera et poursuivra ses études avec des œillières, la culture générale sera négligée, on fera peut-être des techniciens, mais à coup sûr pas des praticiens.

Ne sacrifions donc pas pour une chimère ceux que nous possédons. Il est un fait indéniable c'est que de tous les coins du monde, et en particulier des pays où existent les certificats de spécialité, on vient consulter nos spécialistes qui cependant n'en possèdent point. Cette consécration universelle n'est évidemment pas un argument en faveur de ces certificats.

Ce qui importe c'est de continuer, au besoin de recommencer, à produire des cliniciens, des médecins cultivés, instruits en particulier en pathologie générale. Si les programmes sont trop compliqués, il n'y a qu'à les simplifier. Diverses branches ont été hypertrophiées au delà de ce qui était raisonnable, et cela toujours aux dépens de ce qui constituait la base essentielle de l'enseignement médical; il est aisé de les ramener à des proportions normales.

On ne saurait trop le répéter : pour avoir de bons spécialistes, comme ceux qui ont toujours honoré la médecine française, il n'est point besoin de nouveaux diplômes; ce qui est nécessaire et suffisant c'est que l'on fasse de bons médecins.

A. HERPIN.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 6, p. 109.

DÉCOMPTE D'ANCIENNETÉ

M. Jean Payra, député, demande à M. le ministre de la Guerre si l'année de service accomplie par un médecin-major comme engagé volontaire sous le régime de la loi de 1905, avant son entrée à l'Ecole du Service de santé de Lyon, s'ajoute dans le décompte des années de service, pour l'obtention de la retraite d'ancienneté, aux cinq années de scolarité prévues comme bonification par la loi de recrutement. (*Question du 22 janvier 1929.*)

Réponse. — Réponse affirmative; antépénultième alinéa de l'article 18 de l'instruction 0.135/AD. du ministre des Pensions, en date du 15 octobre 1924. (*J. O.*, 31 janv. 1929.)

NOTES DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

LIVRES NOUVEAUX

Annuaire général 1928 des officiers du Service de santé (1).

Cet Annuaire, formant un volume in-8 de 500 pages, vient de paraître chez les éditeurs Charles-Lavauzelle et Cie. Il comprend pour tous les grades les listes d'ancienneté complètes, à jour au 15 septembre 1928, l'état civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du Service de santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants chefs et les adjudants infirmiers et renferme la liste des élèves de l'Ecole du Service de santé militaire.

Le détail des radiations survenues pendant l'année écoulée, la répartition des médecins, pharmaciens et officiers d'administration entre les régions, enfin le tableau d'avancement et les tableaux de concours de la Légion d'honneur et de la Médaille militaire pour 1928 achèvent de rendre ce document indispensable à tout le personnel du Service de santé.

La Thérapeutique par les glandes [opothérapie] (2), par le docteur Louis MOINSON.

La médication tirée des glandes à sécrétion interne, l'opothérapie, a pris en ces dernières années une place considérable dans le traitement de presque toutes les maladies. Les résultats obtenus sont si merveilleux que presque tous les médecins ont maintenant recours à cette médication. D'autre part, la perfection apportée à la préparation des remèdes a supprimé la répugnance que cette thérapeutique pouvait inspirer aux malades.

Sur ce sujet capital et d'un intérêt si général, il n'a guère été publié jusqu'à ce jour que des études de détail, ou des gros ouvrages, d'ailleurs très complets, mais d'un prix élevé.

Il manquait un vade-mecum donnant le dernier état de la question, facile à lire et à consulter.

Le docteur Louis Moinson vient de combler cette lacune.

Son livre, très clairement documenté, élégamment présenté et de prix abordable, sera lu avec plaisir et consulté avec profit par tous les médecins.

L. G.

(1) En vente chez les éditeurs. — Prix : broché, 15 fr. ; relié, 18 fr. — Compte de chèques postaux 88-49, Paris.

(2) In-18 de 190 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Le François.

La Rééducation auditive : instrumentation et technique (1), par G. DE PARREL.

Il est indispensable pour le sourd de soumettre ses oreilles à un entraînement méthodique, après qu'il a subi un traitement initial complet chez le médecin rééducateur ou s'il est pour une raison quelconque dans l'impossibilité absolue de suivre un tel traitement.

M. de Parrel, qui depuis vingt ans s'est consacré avec la plus féconde activité à cette branche nouvelle de la thérapeutique fonctionnelle des maladies de l'audition, a condensé sous une forme schématique la technique des exercices biquotidiens que doit pratiquer le sourd avec l'aide d'une personne de son entourage.

Armé des appareils nécessaires, le sourd peut ainsi se soigner à domicile par des procédés simples et efficaces.

Les médecins spécialisés ou non ont tout intérêt à s'initier à la technique du docteur de Parrel, de façon à pouvoir donner aux sourds de leur clientèle des indications précises sur les exercices à pratiquer chez eux pour récupérer, partiellement tout au moins, leur capital acoustique.

H. HOFFER.

(1) Une brochure de 20 pages avec 10 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. — Paris, Lafont, 11, rue Vignon.



NOTES POUR L'INTERNAT

SCLÉROSE EN PLAQUES

SYMPTOMES, FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC[1]

B. **Début.** — 1° HABITUELLEMENT LENT ET PROGRESSIF. — **Notion très importante** : Ce n'est généralement que *plusieurs mois ou plusieurs années après* le début réel de la maladie, à la *deuxième* ou *troisième poussée*, que le malade vient consulter. Les signes précoces sont légers, passagers, et c'est leur *répétition*, leur *augmentation*, leur *association* qui inquiètent le malade. Ces *signes de début* sont :

a. *Des signes importants spéciaux.* — Ce sont :

1. Des *paresthésies* dans les membres, le thorax : fourmillements, engourdissements, parfois crises pénibles.

2. Des *troubles moteurs* : fatigue excessive des membres inférieurs, et surtout jambes raides et *démarche* non seulement spasmodique, mais *ébrieuse, titubante*. Ce signe, joint à une certaine maladresse à écrire, à coudre, donnera l'*alarme*.

3. Des *troubles oculaires* qui peuvent même être les premiers en date : diplopie, amblyopie, amaurose passagère. Nous y reviendrons.

4. Des *vertiges*, à type giratoire, souvent à l'occasion d'un changement de position.

b. *Des signes accessoires* :

a. *Troubles urinaires* : mictions impérieuses, fréquentes, ou lentes;

b. *Tremblement* : rare au début;

c. *Troubles de la parole* : rares, ou s'ils existent, simple dysarthrie légère;

d. Intégrité parfaite de la force musculaire.

En résumé, il est peu de débuts aussi variables. Les débuts monosymptomatiques sont exceptionnels, et, dans la règle, les symptômes se *groupent dès la poussée évolutive initiale*. Aussi, *avant de parler de névropathie* chez un malade présentant quelques-uns d'entre eux, convient-il de faire un examen scrupuleux, avec recherche de petits signes cérébelleux, etc.

2° RAREMENT BRUTAL par hémiplégie, paraplégie qui régresseront plus ou moins, *troubles oculaires*. En réalité, le début brusque est souvent plus apparent que réel (Guillain).

C. **Etat.** — Les divers troubles énumérés se sont groupés à la suite de petites poussées successives. C'est souvent au cours de l'une d'elles que le sujet vient consulter. Il faut faire un examen complet du malade. Nous insisterons sur les symptômes les plus importants.

1. *Les troubles moteurs : la paraplégie spasmodique.*

Souvent discrets. Les rechercher avec le plus grand soin.

Pas de diminution de la force musculaire.

Réflexes tendineux vifs, parfois polycinétiques.

La démarche est dès le début un peu ataxique.

2. *Les réflexes cutanés : ils sont très importants à préciser* :

1. Il y a signe de *Babinski bilatéral*;

2. *Abolition des réflexes cutanés abdominaux* (*surtout moyen et inférieur*), *symptôme capital* qui, pour certains auteurs récents, aurait surtout une valeur localisatrice;

3. *Conservation de la réponse abdominale du réflexe médio-pubien* [dans la moitié des cas (Guillain)];

4. *Abolition du réflexe du voile du palais.*

3. *Les troubles cérébelleux.* — Les troubles cérébelleux sont *souvent frustes*. Il faut *multiplier les examens*, fatiguer les membres, pour les mettre parfois en évidence.

Le signe de Romberg, fréquent, varie d'un jour à l'autre. On recherchera systématiquement l'*asynergie* (petit ressaut de l'index dans l'épreuve du doigt au nez), l'*adiadococinésie* (un peu de lenteur). La dysmétrie est plus rare.

La parole est simplement lente (exceptionnellement scandée).

Le tremblement peut *faire défaut* pendant toute la maladie.

4. *La sensibilité.* — *Il faut insister sur les troubles de la sensibilité osseuse vibratoire (diapason) aux membres inférieurs, tandis que la sensibilité superficielle est intacte*, signe fort important.

5. L'EXAMEN DES YEUX fournit des *symptômes primordiaux*. Il faut avant tout insister sur le NYSTAGMUS et les TROUBLES DU FOND D'ŒIL.

a. *Nystagmus.* — Il est d'une *valeur séméiologique considérable* (deux tiers des cas). C'est un nystagmus vrai, rythmique, ou ce sont des secousses nystagmiformes. En tous cas le plus souvent *horizontal*.

Pathogénie discutée : paralysie associée ou trouble du tonus (Barré)?

b. *Le fond d'œil.* — On peut observer les signes d'une NÉVRITE OPTIQUE, caractérisée à l'ophtalmoscope par une DÉCOLORATION DU SEGMENT TEMPORAL DE LA PAPILLE, et fonctionnellement par un scotome central, un trouble du sens chromatique ou un rétrécissement concentrique du champ visuel.

La coexistence d'une paraplégie spasmodique et de tels troubles oculaires suffit pour faire le diagnostic.

c. *Autres troubles oculaires.* — Ils sont beaucoup moins intéressants et fréquents. Ce sont des troubles de la musculature *intrinsèque* dont aucun n'est indiscutable (Guillain a insisté sur l'*hippus pupillaire*), et des paralysies extrinsèques (fugaces, avec *diplopie transitoire*).

6. *L'examen labyrinthique* est d'une *importance capitale*, car, selon Barré, les troubles vestibulaires suffiraient, avec des signes pyramidaux minimes, pour faire poser le diagnostic de sclérose en plaques (*forme vestibulo-pyramidale* de la sclérose en plaques de Barré).

Les *vertiges* sont fréquents, surtout au cours des poussées.

Les *épreuves expérimentales* (Barany, galvanique, rotatoire, etc.) prouvent l'atteinte et l'hyperexcitabilité fréquente du système vestibulaire.

7. *La fréquence relative des troubles urinaires avec absence habituelle de troubles sphinctériens* a déjà été notée.

8. *Les troubles sympathiques* sont rares. Réflexe pilo-moteur peu troublé.

9. *Les troubles mentaux* seraient classiquement peu accentués (Guillain).

L'examen du malade ne saurait être complet sans

La ponction lombaire qui ramène un liquide clair, souvent un peu hypertendu. Il y a :

Absence d'hypercytose ou hypercytose légère;

Absence d'hyperalbuminose ou hyperalbuminose discrète;

Réaction des globulines habituellement négative;

Wassermann négatif;

Benjoin colloïdal, subpositif ou positif, avec parfois propagation de la courbe de précipitation du benjoin vers la droite.

Cette formule spéciale du liquide céphalo-rachidien constitue un véritable *syndrome humoral de la sclérose en plaques*. Il faut surtout insister sur la DISSOCIATION WASSERMANN-BENJOIN qui constitue un SYMPTÔME DE PREMIER ORDRE permettant parfois d'affirmer un *diagnostic hésitant*.

ÉVOLUTION

Elle se fait par **poussées successives** *qui font que les symptômes sont extrêmement* VARIABLES. Les *rémissions* sont de durée plus ou moins longue, mais tôt ou tard de nouvelles poussées surviennent qui laisseront le malade aggravé.

Durée : cinq à vingt ans en moyenne.

Mort. Comme dans la forme paraplégique, elle peut survenir par :

Causes banales (pneumonie, escarre, etc.);

Troubles bulbaires, ictus apoplectiforme (rare), voire même par *myélite aiguë*.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 10, p. 214.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

R C Versailles 25.292

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Grenet, Lortat-Jacob, Sainton, Loeper, Faure-Beaulieu, Gandy, Roger, Stévenin, Sézary, Brodin, Rouillard, Massary.

Censeurs : MM. Janet, Jacquet, H. Bénard, Léchelle, Caïn, Hutinel, Binet, Marchal.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 11 février. — Questions données : « Ligaments et synoviale de l'articulation du genou. — Lésions traumatiques des ménisques du genou. »

Questions restées dans l'urne : « Piliers du diaphragme. — Volvulus du côlon pelvien. — Nerf grand hypoglosse (depuis son origine apparente). — Symptômes et traitement des fractures du col du fémur. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Après concours ont été nommés internes en pharmacie des hôpitaux de Marseille, MM. Georges Jolin, Jules Balansard et Mlle Laure Marçon.

MÉRITE AGRICOLE. — Est nommé :
Au grade de chevalier. — M. le docteur Jeanty (d'Auxerre).

PRIX BARÈS. — La conférence des présidents des comités techniques de l'Office national des recherches et inventions, réunie sous la présidence de M. J.-L. Breton, membre de l'Institut, et à laquelle assistait M. Louis Lumière, membre de l'Institut, délégué par l'Académie des sciences, vient de décerner les prix Jean-S.-Barès pour l'année 1928.

Le premier prix (10.000 fr.) a été attribué, à l'unanimité, au docteur Comandon pour ses recherches intéressant la photographie et la cinématographie. Le docteur Comandon peut être considéré comme le créateur du film scientifique et de la cinématographie appliquée à l'enseignement.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — C'est le mardi 19 février 1929, à 9 h. du soir, dans la salle des fêtes du *Petit Journal*, 21, rue Cadet, que l'Association générale des étudiants de Paris présentera la grande revue médicale :

Emma..... Tu ris !

un prologue et deux actes de Pierre-Paul Jonsarès,
externe des hôpitaux.

La représentation sera suivie d'un grand bal de nuit, avec attractions.

Le Corps médical parisien est particulièrement convié à cette manifestation dont le bénéfice est destiné aux œuvres de l'Association générale des étudiants.

On trouve dès maintenant des billets à la caisse de l'Association générale des étudiants, 13, rue de la Bûcherie (Ve) au prix de 20 fr. Pour les médecins et étudiants en médecine : 15 fr. Pour les membres de l'Association générale des étudiants de Paris : 10 fr.

NOUVELLE PUBLICATION. — L'hôpital Saint-Michel, qui compte parmi ses médecins MM. les docteurs Joseph Récamier, Jacques Récamier, Marquet, Peis, Petit-Dutaillis, Victor Pauchet, Luquet, Maurice Delort, Ribardière, Blanc-Champagnac, Maurice Renaudeaux, Flavien, Bonnet-Roy, Grippon de la Motte, Heitz-Boyer, Flandrin, Ferrier, Henri Lagrange, Marc, Rubens-Duval, André Sorel, Clément Simon, July, Bécart, fait paraître à partir de janvier 1929 sa Revue.

Elle publiera tous les deux mois un compte rendu de la vie si active de cet important centre hospitalier, des articles

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

originaux, une importante revue des livres des Sociétés savantes, des revues.

C'est à notre connaissance en France le premier périodique émanant d'un hôpital. Nous lui souhaitons bonne réussite.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN [44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe)]. — CONCOURS DES PRIX DE LA LIGUE POUR 1930. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours deux prix de 5.000 fr. à décerner aux auteurs des meilleurs travaux de vénéréologie.

Conditions du concours. — Pour ces deux prix, l'anonymat est obligatoire.

Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, constituer surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographié en triple exemplaire, paginé, suivi d'une table.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur. Ce pli ne sera ouvert qu'après la proclamation du résultat du concours. Tout concurrent qui se ferait connaître directement ou indirectement serait par ce seul fait exclu du concours.

Les ouvrages présentés devront parvenir directement au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), avant le 1er octobre 1930.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium départemental F. Mercier, par Tronget (Allier).

Le traitement fixe de début est de 18.000 fr. et peut atteindre 26.000 fr. Les intéressés bénéficient, en outre gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures seront adressées au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambecérès), jusqu'au 28 février 1929.

DISPENSAIRE DE BRIVE. — Un concours sur titres aura lieu, vers le 15 mars 1929, pour la nomination d'un médecin chargé, dans la ville de Brive, de la consultation d'un dispensaire antituberculeux, antivénérien, et de l'inspection médicale des écoles.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de cinquante ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français, avoir satisfait aux obligations militaires, produire un casier judiciaire négatif et avoir satisfait au concours sur titres.

Pendant la durée du stage préliminaire de six mois, et lors de sa titularisation dans les conditions précitées, le traitement du médecin spécialisé est fixé au minimum à 30.000 fr. par an, avec augmentation de 2.000 fr. tous les deux ans jusqu'à concurrence de 40.000 fr.

Il bénéficiera, en outre, des avantages ci-après :

Indemnité pour charges de famille (taux égal à celui consenti aux employés municipaux de Brive.

Un mois de vacances par an avec traitement.

Retraite constituée par versements à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse avec participation patronale de moitié, jusqu'à concurrence de 1.500 fr. par an.

Garantie des risques professionnels.

Adresser les demandes de candidature à la mairie de Brive.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Pierre Bouloumié, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa 84e année. Notre cher et vénéré confrère était ancien conseiller général des Vosges; on sait la part considérable qu'il avait prise depuis 1870 aux œuvres de la Croix-Rouge. Il était vice-président de la Croix-Rouge française. Ses obsèques auront lieu samedi, à midi, à Notre-Dame de Grâce, à Passy. L'inhumation aura lieu à Vittel; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Frébault (de Paris), Larraidy, conseiller général des Basses-Pyrénées; Julliard (de Chatillon-de-Michaille), le professeur Skaritchenko (de Leningrad), le professeur Unna, le célèbre dermatologiste de Vienne; Alfred Veil (de Paris), Georges Caillods (de Besançon), Charles Talamon, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE (professeur : M. André STROHL); — INSTITUT DU RADIUM (directeurs : Mme P. CURIE et docteur Cl. REGAUD). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux. — Deuxième partie : « Radiophysiologie-Röntgenthérapie-Curiethérapie ».

I. **Cours.** — I. Actions biologiques exercées par les rayons X et par les rayons des corps radioactifs. — II. Technologie des radiations appliquées à la thérapeutique. — III. Radiothérapie des maladies cancéreuses. — IV. Radiothérapie des affections non cancéreuses. — V. Accidents imputables aux rayons X et aux rayons des corps radioactifs.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 h.

II. **Démonstrations.** — Les démonstrations seront faites par MM. Coutard, Ferroux, Gricouroff et Monod. Elles auront lieu à l'Institut du radium, 26, rue d'Ulm, à 14 h., les lundis, pour les élèves de la série A; les samedis, pour les élèves de la série B. Elles ont commencé le samedi 9 février.

III. **Stages.** — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage de radiothérapie.

NOTES DE PRATIQUE

ANTISEPSIE PULMONAIRE

L'activité du camphre, menthol, eucalyptol, thymol, éther, n'est plus à démontrer. L'association judicieuse de ces différents corps réalise dans les maladies infectieuses — et tout particulièrement dans la grippe — une synergie médicamenteuse du plus heureux effet.

Si l'on se souvient des travaux récents sur les relations étroites existant entre l'intestin et le poumon, d'une part, et du rôle de l'intestin dans les infections générales de l'autre, on cherchera à prévenir les complications pulmonaires souvent si graves par une action conjuguée sur l'intestin et sur le poumon.

Le Cétémol employé par voie buccale ou par voie sous-cutanée permet d'exercer cette action conjuguée.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Dans les ÉTATS INFECTIEUX

et la GRIPPE

Le Régime est parfait

quand on prescrit

LACTO-SÉRUM "GALAZENE"

TROIS FLACONS DANS LA MATINÉE

LAIT ALLÉGÉ "DIETICUS"

UN FLACON POUR L'APRÈS-MIDI

LAITAGES DIÉTÉTIQUES

Procédés MAURICE RENAUD

15, Quai de Bourbon — PARIS — Tél. : Danton 80-60

MÉDICATION ANTI-SYPHILITIQUE

Arsenical pentavalent

ARSAMINOL

Solution de "3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylaminoéthanol"
Ampoules de 3 cc. et 5 cc. dosées à 0 gr. 05 d'arsenic par cc.
Voies sous-cutanée et intra-musculaire.

Arsenicaux trivalents

SULFO-TRÉPARSÉNAN

Dioxydiaminoarsénobenzène méthylène sulfonate de soude
DOSES : I (0 gr. 06) à X (0 gr. 60), par progression de 0 gr. 06.
Voies sous-cutanée, intra-musculaire et intra-veineuse.

NÉO-TRÉPARSÉNAN

Dioxydiamidoarsénobenzène méthylène sulfoxylate de soude.
DOSES : I (0 gr. 15) à VII (1 gr. 05), par progression de 0 gr. 15.
Voie veineuse.

TRÉPARSÉNAN

Dichlorhydrate de dioxydiamidoarsénobenzène.
DOSES : I (0 gr. 10) à VI (0 gr. 60), par progression de 0 gr. 10.
Voie veineuse.

D. P. 133

LABORATOIRES CLIN . COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques -:- **PARIS** (Ve).

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON (Professeur : M. G. LECLERC)

INVAGINATION INTESTINALE AIGUE
DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT

Par M. G. HUBNER,
Chef de clinique à l'École de médecine de Dijon.

La lecture de nombreuses observations d'invagination aiguë de l'adulte et de l'adolescent, qui souvent présente les mêmes manifestations cliniques que l'adulte lui-même et deux cas qu'il nous a été donné récemment d'observer et de traiter nous-mêmes, nous ont montré que l'invagination aiguë, celle du nourrisson et de la première enfance mises à part, n'était pas aussi rare que les classiques nous l'apprennent et qu'elle se présente sous des modalités cliniques des plus diverses. Cette diversité d'aspects cliniques crée fréquemment, et c'est l'impression qui se dégage de la lecture des faits publiés, des difficultés de diagnostic considérables. Souvent le chirurgien découvre à l'intervention l'invagination qu'il n'avait pas cliniquement soupçonnée. L'erreur en certains cas peut être grosse de conséquences et notre but, en entreprenant cette étude, n'est pas de donner un signe nouveau qui permette un diagnostic plus sûr, mais d'essayer, en condensant les faits, d'extraire d'une symptomatologie aussi touffue, quelques formes cliniques sous lesquelles, à notre avis, semble très fréquemment se présenter l'invagination aiguë de l'adulte et de l'adolescent.

Définition. — En ce qui concerne la définition de l'invagination, nous ne pouvons qu'être très bref, n'ayant rien à ajouter à la définition classique de Cruveilhier; nous ne ferons que la répéter. « L'invagination est un mode de déplacement du canal intestinal qui consiste dans l'introduction d'une portion d'intestin dans la portion d'intestin qui lui fait suite, de telle sorte que la première portion est engaînée dans la seconde à la manière d'un doigt de gant partiellement retourné. »

Étiologie. — Les mêmes facteurs étiologiques se retrouvent dans l'invagination aiguë de l'adulte comme dans celle du nourrisson et de la première enfance.

Age. — Peut-on parler ici de l'influence de l'âge? Il semble tout d'abord que non, tous les âges pouvant, après treize ans, payer leur tribut à cette affection redoutable. Cependant, parmi 38 cas d'invagination aiguë, relevés dans la littérature ou personnels (3 cas), l'étude de l'âge des malades nous donne les renseignements suivants :

De 13 à 20 ans inclus.....	5 cas
De 21 à 30 ans —	7 —
De 31 à 40 ans —	15 —
De 41 à 50 ans —	6 —
De 51 et plus...........	5 —

Il semblerait donc d'après ces chiffres que l'âge moyen de la vie, de trente à quarante ans, soit chez l'adulte, le plus lourdement frappé.

Sexe. — De même que pour l'invagination du nourrisson, l'analyse des statistiques témoigne d'une fréquence particulière de l'affection chez les enfants mâles, pour l'invagination aiguë de l'adulte, il est un fait intéressant à noter : c'est que, sur 38 cas, nous ne voyons que 9 femmes atteintes, soit 23 p. 100, contre 77 p. 100 dans le sexe masculin.

Influence des troubles intestinaux. — L'influence des troubles intestinaux antérieurs, entérite, colite, constipation chronique par exemple, semble nulle sur la production de l'invagination dans la grande majorité des observations publiées. C'est presque toujours en bonne santé, avec un passé intestinal quasi nul, que les malades sont frappés.

La même absence d'influence prédisposante se trouve d'ailleurs dans l'étiologie de l'invagination aiguë du nourrisson, et l'on peut dire avec Landry, que quel que soit l'âge auquel on l'observe, « l'invagination aiguë n'évolue pas sur un terrain maladif, prédestiné par des troubles digestifs à des accidents intestinaux. »

Influence des causes locales. — Toute autre, et cela d'une façon évidente et depuis longtemps reconnue, tout au moins pour beaucoup d'entre elles, est l'influence des causes locales. Nous rangerons sous cette dénomination toutes les lésions localisées du tractus digestif, toutes les malformations ou dispositions anormales congénitales ou acquises que l'on peut y rencontrer. Au premier rang parmi elles, il faut placer les tumeurs intestinales. Chez l'enfant elles sont rares, et Winther, dans sa statistique, ne relève, sur 200 cas d'invagination de l'enfance, que deux cas dus à une tumeur. Leur fréquence s'accroît notablement chez l'adulte, qu'il s'agisse de tumeur maligne ou bénigne, du gros intestin ou de l'intestin grêle ce qui est le plus fréquent. Il est certain qu'elles favorisent largement par leur présence en un point fixe de l'intestin, et en jouant le rôle d'un véritable corps étranger, la production d'une invagination. Dans tous les cas, où nous notons une tumeur intestinale, l'invagination aiguë a été le premier signe révélateur de son existence. La nature de ces tumeurs peut être très variable : polypes, néoplasmes au début, lipômes, fibromes, lymphosarcômes, etc. Elles peuvent être pédiculées ou sessiles, saillantes dans la lumière intestinale ou incluses dans la paroi, et l'on peut dire, autant qu'il soit possible d'établir un pourcentage, qu'on les rencontre dans 28 à 29 p. 100 des cas d'invagination aiguë.

A côté de ces tumeurs intestinales au sens anatomique du mot, on peut rencontrer des tumeurs inflammatoires développées aux dépens du tissu lymphoïde intestinal ou ganglionnaire, et c'est un point fort intéressant. Dans ces cas, la tumeur est très souvent formée par les ganglions de l'angle iléocæcal, parfois par ceux du bord mésentérique, en un mot par le tissu lymphoïde des dernières portions de l'iléon, et c'est la l'opinion soutenue par

Perrin et Lindsay qui disent, que la cause de nombreux cas d'invagination aiguë est l'abondance du tissu lymphoïde de la fin du grêle, qui, sous une influence inflammatoire, formerait une sorte de tumeur qui serait l'amorce de l'invagination.

Parmi les causes d'inflammation et d'hypertrophie lymphoïde consécutive, c'est la tuberculose qui joue le rôle le plus important.

Une autre cause locale, anatomique, celle-ci, est l'absence de coalescence méso-colique ou un accolement incomplet. Très fréquente chez le nourrisson, où on peut la considérer comme une disposition anatomique normale, elle persiste chez nombre d'adultes, bien que sa fréquence décroisse avec l'âge, et l'on peut dire que ces malades doivent leur invagination aiguë à ce que leur mésocôlon a gardé la disposition anatomique qu'il avait lors de la naissance.

A côté de cette absence de coalescence mésocolique, il faut signaler d'autres dispositions anatomiques anormales de la région iléocæcale. Parmi elles, deux sont intéressantes :

1° L'abouchement anormal du grêle dans le cæcum. C'est M. Tanacescu (Soc. de chir. du 22 juin 1927) qui signale ce fait, dans un cas d'invagination chez une femme de trente-cinq ans. Il s'agissait d'une invagination cæco-colique allant jusqu'à l'angle splénique du côlon. L'examen de la région iléocæcale montrait : « une disposition anormale en ce qui concerne l'implantation du grêle dans le cæcum; l'iléon, au lieu de se terminer sur la face interne du cæcum, s'abouchait dans sa partie la plus déclive, tout à côté de l'appendice; »

2° Les rétrécissements de la valvule de Bauhin. Nous trouvons signalée cette anomalie dans une observation de Soliéri. (*Journ. de chir.*, de 1911, t. VII.)

Il s'agissait d'une invagination iléocæcale chez un homme de cinquante ans. L'examen de la pièce montra un rétrécissement congénital de la valvule de Bauhin, ce qui serait, d'après l'auteur, une cause prédisposant à l'invagination.

Jalaguier, Grisel (Congrès de Rouen, 1904). Péterson (de New-York) voient dans les lésions inflammatoires de l'appendice la cause de la plupart des invaginations intestinales aiguës de l'enfance. Nous en rapporterons un cas où l'appendice présentait des lésions d'appendicite chronique, sans cependant qu'on puisse affirmer que là soit la cause de l'invagination.

Mais cette influence se retrouve-t-elle chez l'adulte? Les observations où son rôle pourrait être invoqué sont rares. Il en existe cependant (observation de Wallace, Brocq, Barrera, Houdard et Tailhefer), les unes avec lésions aiguës simples, les autres avec lésions suppuratives. Quelle relation étiologique relie ces lésions appendiculaires aiguës ou chroniques à l'invagination, ou sont-ce de simples coïncidences? Il est difficile de le dire et le mécanisme en est des plus obscurs. Les diverticules intestinaux, le diverticule de Meckel en particulier se retrouvent, bien qu'assez rarement comme causes déterminantes de l'invagination. Gray, Körte, en rapportent des observations; Kock et Oerum sur 400 observations en relatent seulement 9 cas. D'après Gray, ce facteur étiologique interviendrait beaucoup plus fréquemment chez l'adulte et chez l'adolescent que chez le nourrisson. De plus, l'invagination commencerait par celle du diverticule lui-même, l'intestin étant entraîné secondairement. C'est ce qui se produit également dans l'observation de Körte. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question à propos de la pathogénie de l'invagination.

Un traumatisme abdominal peut-il jouer un rôle dans l'étiologie de l'invagination. C'est la question que posaient MM. Michon et Cadenat à la Société de chirurgie de Paris (séance du 2 février 1927), à propos d'un cas d'invagination du grêle chez un homme de quarante-quatre ans. Cet homme avait été victime d'un accident plusieurs années auparavant et souffrait du ventre depuis son traumatisme. Bien qu'il s'agisse là d'une invagination chronique, et bien qu'une tumeur fibreuse du grêle ait été trouvée lors de l'intervention, les auteurs se demandent s'il existe un rapport entre le traumatisme initial et l'invagination. « Il est, disent-ils, difficile de le préciser. Le malade paraît sincère et vraiment le début des troubles remonte à l'accident. Il est possible que d'une part, le choc par chute sur l'abdomen, d'autre part, la contraction abdominale de défense et peut-être le spasme intestinal que peut provoquer la sensation de passer sous un train aient eu un rôle actif dans la mise en route de la progression de cette invagination. » Un autre facteur, que nous n'avons vu nulle part ailleurs signalé, se retrouve dans deux observations de Mooro, du Caire. Dans ces deux cas, il s'agit d'invagination aiguë chez des musulmans de respectivement quarante et cinquante ans. Invaginations apparues toutes deux brusquement, après ingestion d'aliments consécutive à un jeûne absolu de seize heures. Il était possible qu'une exagération du péristaltisme intestinal au moment de la prise d'aliments après un jeûne prolongé, soit à l'origine de ces deux cas d'invagination.

Pathogénie. — Nous venons d'exposer quelques-uns des facteurs qui semblent prédisposer ou être à l'origine de l'invagination aiguë. Ces mêmes facteurs ou à peu près, se retrouvent d'ailleurs dans l'invagination des nouveau-nés et dans l'invagination chronique. Mais la question qui se pose est de savoir comment il se fait, par quel mécanisme, un segment d'intestin se télescope dans celui qui lui succède. S'il est raisonnable de trouver dans une disposition anatomique anormale, dans une tumeur ou dans toute autre lésion, l'épine pathologique qui favorisera ou a dû favoriser l'invagination, il n'en est pas moins vrai que l'obscurité règne toujours sur le mécanisme même de l'affection. Telle tumeur intestinale est considérée comme le facteur étiologique prédisposant. Voilà qui est bien. Mais comment se fait-il que le malade porteur de cette tumeur depuis souvent fort longtemps, selon toute vraisemblance, se mette un beau jour et subitement à invaginer son intestin? Là est le problème et il n'y a guère de lumière dans ces ténèbres. Toutes les observations publiées n'apportent à ce sujet aucun éclaircissement; toutes relatent des facteurs étiologiques, mais

aucune ne permet d'apercevoir comment se déclanche la crise. De nombreuses théories ont été émises pour expliquer le mécanisme producteur ; la théorie de l'invagination paralytique pour laquelle l'invagination serait déterminée par l'état parétique d'un segment de l'intestin, a beaucoup perdu de sa vogue en faveur de la théorie du spasme intestinal. C'est par elle que tous les auteurs ou presque expliquent le mécanisme de l'invagination. On connaît bien maintenant le mécanisme intime du péristaltisme et de l'antipéristaltisme intestinal, et sans nous arrêter aux considérations fort intéressantes de Carey, qui modifient complètement les notions classiquement admises sur la constitution de la couche musculaire de l'intestin, quant à la disposition de ses fibres, nous voyons que quelle que soit réellement cette disposition, le mouvent péristaltique intestinal partant d'un point donné, s'accompagne toujours d'un phénomène d'inhibition dans le segment sous-jacent à ce point. Celui-ci se relâche sous l'influence d'une excitation portée sur le point considéré, alors qu'au-dessus de ce point, il y a renforcement de la contraction. C'est ce que Bayliss et Starling ont appelé « la loi de l'intestin ». C'est ainsi que lors du fonctionnement intestinal normal, le bol intestinal progresse d'une façon régulière avec un effort musculaire minimum. Normalement ces zones de contractions alternent avec des zones de dilatation, la contracture succédant à la dilatation et inversement. Mais si, sous une cause quelconque, l'anneau de contraction devient fixe et immobile, de passager qu'il était, on conçoit que cette portion de l'intestin puisse pénétrer dans la portion sous-jaccente qui, elle, est dilatée et relâchée et que l'invagination se produise. Nothnagel a fait à ce sujet des expériences fort concluantes, en obtenant des invaginations par excitation électrique de l'intestin, laquelle excitation avait pour but d'exagérer la contraction et de la localiser en un point fixe. On peut alors penser avec beaucoup de vraisemblance que nombre d'invaginations sont dues à une perturbation du péristaltisme. Mais pourquoi la contraction se fixe-t-elle en un point de l'intestin ? Il faudrait alors penser que l'excitation physiologique qui détermine cette contraction réflexe serait due à un des facteurs étiologiques plus haut signalés. Ces facteurs seraient alors des agents provocateurs de l'exagération du péristaltisme, d'une part, et d'autre part, les agents fixateurs de la contraction. Et pour tous les autres cas où on ne relève aucune cause locale évidente, il faudrait alors admettre la théorie du spasme simple ou plutôt de la perturbation du péristaltisme normal. Comment peut se trouver ce péristaltisme normal en l'absence de lésions localisées et appréciables ? Il semble qu'il en faille chercher l'explication dans l'innervation de l'intestin. Les mouvements intestinaux sont sous la dépendance d'un système nerveux autonome : plexus d'Auerbach, plexus de Meisner, qui forment des centres nerveux réflexes périphériques, reliés entre eux et eux-mêmes sous la dépendance du système cérébro-spinal par l'intermédiaire du pneumo-gastrique et des splanchniques. Ce sont ces nerfs qui rattachent l'intestin à la moelle. L'excitation de leur bout périphérique produit : pour le pneumo, l'exagération des contractions, pour les splanchniques la diminution ou l'arrêt. Leur section laisse persister, mais ne supprime pas les contractions intestinales. Ce sont des nerfs modificateurs, mais non moteurs. L'hypervagotonie et l'hypersympathicotonie se traduisent donc immédiatement sur la mobilité intestinale et peut-être pourrait-on expliquer par une action centrale, par une perturbation violente dans le domaine du vague ou du sympathique, la production de certaines invaginations qui rentrent dans le cadre des invaginations par spasme. N'a-t-on pas signalé des invaginations qui succèdent à des chocs émotifs violents ? Et Cadenat, dans une observation publiée à la Société de chirurgie et dont nous avons dit un mot précédemment, admet comme très possible cette explication pathogénique.

Il est vrai qu'en ce cas, il y avait une tumeur du grêle, mais cette tumeur a pu avoir uniquement pour rôle de fixer la contraction de l'intestin, cette contraction violente étant due à une excitation nerveuse. Cette hypothèse est possible, mais combien difficile à vérifier. Notons, en passant, que d'autres auteurs, Leriche en particulier, voient dans les lésions du système autonome et surtout du plexus d'Auerbach une cause favorisante de l'invagination.

Avant d'en finir avec cette question de la pathogénie, rappelons le rôle que pourrait jouer le système nerveux dans certaines localisations de l'invagination. En certains points du tractus intestinal, en particulier à la terminaison de l'iléon, il existe des amas de tissu nodal, au niveau desquelles les cellules nerveuses se continuent directement avec les fibres musculaires. En ces points, la force des contractions intestinales est remarquable (Cannon et Alvarez).

Etant donné le rôle primordial que joue la portion terminale de l'iléon dans l'invagination, il est bien possible qu'un rapport existe entre cette zone de contractions intestinales violentes et la fréquence des invaginations siégeant à ce niveau. Cependant, dans la pathogénie de la variété cæco-colique en particulier, il ne faut pas oublier que le péristaltisme intestinal n'intervient pas seul. on sait, en effet, que depuis les expériences très intéressantes de Cannon (1902-1904) les mouvements des côlons transverse et ascendant et du cæcum, sont habituellement antipéristaltiques, et que cet antipéristaltisme prend une part active à la formation de l'invagination, car deux forces se trouvent en présence : l'une à point de départ iléal et à direction descendante (péristaltisme), l'autre à point de départ cæcal et à direction ascendante (antipéristaltisme).

Anatomie pathologique. — Nous n'insisterons pas sur la description anatomo-pathologique de l'invagination, ce sont là des données classiques et bien connues, et l'on sait que le nombre des cylindres d'invagination est fort variable, en remarquant toutefois que les invaginations composées sont rares ; l'immense majorité des cas observés concerne des invaginations simples, à trois cylindres.

Le sens dans lequel se fait l'invagination donne lieu à deux variétés et l'on peut distinguer à ce point de vue : 1° l'invagination descente ou antérograde,

la plus fréquente; 2° l'invagination ascendante ou rétrograde, l'intestin pénétrant sous l'influence de l'antipéristaltisme dans un segment intestinal susjacent.

Enfin, suivant que l'on trouve une cause étiologique manifeste ou que celle-ci échappe, on distingue d'habitude les invaginations en secondaires et en primitives, les invaginations secondaires semblant être assez fréquentes.

Toutes ces notions sont connues et nous ne pouvons y insister davantage.

On classe d'ordinaire les invaginations, d'après leur localisation sur l'intestin, et les auteurs classiques en distinguent trois grandes variétés :

1° Entérique ou entéro-entérique;
2° Iléo-cæcales;
3° Colique;

puis deux formes assez rarement rencontrées : l'invagination de l'appendice et du diverticule de Meckel.

Cependant cette classification est trop sommaire et il nous semble préférable d'admettre la suivante :

2° Invagination du grêle dans le grêle (iléo-iléale);
2° Invagination du grêle dans le gros intestin (iléo-cæcale, iléo-cæco-colique et iléo-colique);
3° Invagination du gros intestin dans le gros intestin, variété cæco-colique et colo-colique;
4° Invagination de l'appendice;
5° Invagination des diverticules intestinaux.

Nous réunissons dans un même groupe l'iléo-cæcale et l'iléo-cæco-colique. En effet, par définition, l'invagination iléo-cæcale est celle, où la tête de l'invagination est formée par la valvule de Bauhin; l'invagination progressant, le cæcum est entraîné, et l'aboutissant fatal de cette progression, est l'invagination par traction du groupe primitif iléo-cæcal dans le côlon ascendant. C'est alors une invagination iléo-cæco-colique. Ces deux variétés nous semblent inséparables, la seconde n'étant qu'un stade plus avancé de la première. Nous mettons nettement à part l'iléo-colique qui représente l'intussusception directe de l'iléon dans le côlon, le cæcum restant en place, ainsi que la valvule de Bauhin. Cette variété, signalée comme assez fréquente chez l'enfant, semble rare dans l'invagination de l'adulte, où nous ne la relevons que deux fois. Enfin, les autres variétés, indiquent suffisamment par leur dénomination leur mode de formation. C'est par le fond de cæcum (caput cæci) ou par une des faces, d'ordinaire audessus et en dehors de la base de l'appendice, que débute l'invagination cæco-colique. Cette forme est assez fréquemment observée chez l'adulte (neuf fois sur 38 cas), à tel point que Delore et Leriche pensent même, que les invaginations iléo-cæcales ou prétendues telles, ne sont en réalité que des cæco-coliques. Cette façon de voir a déjà été émise, et Blauel, confirmant l'opinion de Lorenz, pense que, le plus souvent, contrairement à l'enseignement des livres classiques, l'invagination iléo-cæcale ne commence pas par l'invagination de la valvule iléo-cæcale dans le cæcum, mais bien par l'invagination du cæcum lui-même dans le côlon, entraînant à sa suite valvule de Bauhin et intestin grêle. Il vaudrait donc mieux dire, dans ce cas, invagination cæco-colique (Lorenz). Elle semble venir en parallèle avec l'invagination iléo-iléale (9 cas) et iléo-cæcale et iléo-cæco-colique réunies (11 cas).

Beaucoup plus rare enfin, est l'invagination colo-colique, qui peut intéresser le côlon ascendant et le transverse ou le sigmoïde. Très rare au niveau des portions fixes, elle se rencontre uniquement ou presque au niveau des deux derniers segments.

Parmi les cas publiés, nous relevons deux invaginations aiguës colo-coliques, une sur le transverse, une sur le sigmoïde, toutes deux secondaires à une tumeur intestinale.

L'invagination du diverticule de Meckel, bien que l'opinion contraire ait été soutenue, est rare chez l'adulte en général et plus encore dans l'invagination aiguë où nous ne la relevons qu'une fois. Le diverticule de Meckel est surtout une cause d'invagination iléo-iléale et son influence étiologique, bien que peu importante semble-t-il, peut à ce point de vue être mise en parallèle avec celle de l'appendice dont l'invagination par retournement est rare, mais dont l'influence déterminante ne peut être écartée formellement. — Les lésions intestinales et celles du mésentère, dans l'invagination aiguë de l'adulte, sont exactement superposables à celles de l'invagination du nourrisson. Elles apparaîtront naturellement différentes suivant l'époque à laquelle on les constatera. Au début, simple œdème avec induration des parois intestinales. Sur le cæcum en particulier, ces lésions sont tout à fait caractéristiques. On a l'impression d'une infiltration œdémateuse massive des tuniques intestinales. Les vaisseaux sont distendus. Il y a congestion intense dans le segment invaginé. Plus tard, à ces lésions d'infiltration œdémateuse et à cette phase congestive banale, se substitueront plus ou moins vite des lésions de sphacèle, les unes et les autres étant sous la dépendance immédiate de l'interruption circulatoire dans les portions intestinales invaginées. Et si une intervention précoce ne vient pas lever l'obstacle, il se passe là ce qu'on voit dans l'étranglement herniaire ou dans le volvulus intestinal, et la perforation de l'intestin gangréné peut alors se produire. Les classiques n'attirent que peu l'attention sur ces perforations intestinales dans l'invagination aiguë, et pourtant elles semblent très fréquentes, quel que soit le segment d'intestin considéré. Le cylindre externe, face externe, en est souvent le siège. Et si, dans une hernie, la perforation d'une anse étranglée est une éventualité grave, combien plus redoutable encore est la perforation d'une anse d'invagination, qui déversera à même la cavité péritonéale, les liquides intestinaux. Les lésions appendiculaires sont fréquentes dans l'invagination aiguë de l'adulte, qu'elle soit cæcale, iléo-cœco-colique ou cœco-colique, et il est facile de comprendre que les troubles circulatoires atteignent l'appendice tout autant que l'intestin lui-même. D'ordinaire, il n'existe qu'un simple œdème de la base de l'appendice au niveau de son implantation, d'autres fois l'appendice est rouge, turgescent, augmenté de volume, comme dilaté. Il se présente comme atteint d'inflammation aiguë et l'on peut, à la coupe, constater un véritable abcès appendiculaire (obs. de Houdard, Tour-

neix). Ou bien, il est distendu, blanchâtre, sphacelique, ainsi que nous l'avons observé dans un de nos cas personnels et où l'ouverture montra qu'il était rempli d'un liquide blanchâtre, filant, mais nullement purulent. Quelle place chronologique et quel rôle attribuer à ces lésions de l'appendice? Sont-elles primitives, sont-elles secondaires? C'est revenir à l'étiologie de l'affection et n'émettre que des théories, d'ailleurs possibles, mais nullement contrôlables. Ce qui existe, ce sont des lésions de l'appendice, localisées à la base ou généralisées à tout l'organe, offrant tantôt l'aspect d'une appendicite aiguë purulente ou gangréneuse et pour laquelle on est tenté d'appliquer le qualificatif de primitive, tantôt celui que peuvent donner l'ischémie de l'organe et sa distension sous l'influence de l'exsudation de sa muqueuse, et qui semble être à l'évidence, mécanique et secondaire, par exemple dans un de nos cas. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1929)

Influence de l'ischémie sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale. — M. et Mme A. CHAUCHARD.

Du choix d'un cornet acoustique. — M. MARAGE.

Recherches expérimentales sur la sensibilité des singes inférieurs au virus de la dengue. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS, J. DUMAS et A. SAENZ.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1929)

Notices nécrologiques. — M. CLAUDE lit deux notices nécrologiques : l'une sur M. Lermoyez, membre titulaire depuis 1911 dans la première section (médecine); l'autre sur M. Hippolyte Et. Baumel, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant national depuis 1908 dans la même section.

La prophylaxie de la grippe par le port du masque. — M. E. MARCHOUX. Au moment où la grippe fait tant de victimes, il est urgent de dire que la maladie se transmet par l'éternuement, la toux et même la parole, que les visites aux malades sont inutiles et dangereuses, que le meilleur moyen de soigner un rhume est de rester chez soi. On abrège ainsi considérablement la période d'indisponibilité et on ne contamine personne. Il conviendrait que le personnel hospitalier et les médecins portassent devant le visage un réseau léger qui les garantirait de la projection par le malade de gouttelettes septiques, ou qu'ils se munissent d'un masque analogue à celui des chirurgiens mais avec adjonction de lunettes. Il serait également nécessaire, tant dans leur intérêt que dans celui de leurs clients, que les médecins praticiens prissent au cours de leurs visites les mêmes précautions. L'initiative et l'exemple du Corps médical entraînerait peut-être à l'imitation le public pour lequel les modistes et les couturiers trouveront sans aucun doute des modèles esthétiques.

De la nécessité d'un étalonnage et d'un contrôle officiels des instruments employés en radiologie médicale, spécialement des dosimètres. — M. BÉCLÈRE attire l'attention sur ces mesures préventives qui lui paraissent propres à assurer une certaine sécurité aux médecins radiologistes et aux opérateurs.

Election de deux correspondants nationaux dans la deuxième division (chirurgie). — Classement des candidats :

En première ligne : M. le docteur Oudard (de Toulon) et M. le docteur Leriche (de Strasbourg); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Abadie (d'Oran), Lafourcade (de Bayonne), Le Roy des Barres (de Hanoï), Patel (de Lyon), Phocas (d'Athènes).

Au premier scrutin, M. le médecin en chef de 1re classe Oudard, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application du Service de santé à Toulon, est élu par 35 voix contre 13 à M. Phocas, 2 à M. Leriche, 3 à M. Abadie et 1 à M. Le Roy des Barres.

Au deuxième scrutin, notre collaborateur et ami, M. René Leriche, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Strasbourg, est élu par 45 voix contre 1 à M. Abadie et 9 à M. Phocas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1929)

Action des rayons X sur un foyer infectieux local, provoqué chez le lapin par l'injection de streptobacillus caviae. — MM. A. LACASSAGNE et R. VINZENT ont obtenu des résultats expérimentaux tendant à prouver que, chez le lapin, les rayons X peuvent guérir une infection sous-cutanée due au streptobacillus caviae, habituellement mortelle; cette guérison ne se produit que si l'irradiation s'exerce sur le foyer constitué, et si elle est suivie d'un certain degré d'immunisation générale.

Sarcomes provoqués chez des lapins par l'irradiation d'abcès à streptobacillus caviae. — MM. A. LACASSAGNE et R. VINZENT. — Sur 12 lapins ayant reçu sous la peau de la cuisse une injection de streptobacillus caviae, et dont l'abcès avait été irradié six jours plus tard, 3 ont présenté des sarcomes de la cuisse ainsi traitée. Ces trois sarcomes, histologiquement différents (un ostéosarcome, un fibrosarcome et un rabdomysarcome) ont entraîné la mort par métastases, onze, seize et dix-sept mois après l'inoculation. Il semble que l'action combinée du microbe et des rayons X ait été nécessaire pour provoquer ces cancers.

La place du B. Chauvœi dons la systématique des microbes anaérocies. — MM. WEINBERG et MIHAÏLESCO rappellent que la maladie du bœuf connue sous le nom de charbon symptomatique paraît être due, en général, à B. Chauvœi. La plupart des auteurs considère ce germe comme appartenant à une espèce autonome. Cependant des expériences anciennes ou récentes tendraient à l'identifier au vibrion septique.

Les auteurs ont pu neutraliser des microbes provenant de souches incontestables de B. Chauvœi par le sérum anti-V. à la fois antitoxique et antimicrobien. Ils considèrent donc B. Chauvœi comme une espèce spéciale de vibrion septique.

Survenue de troubles trophiques au cours de paralysies herpétiques expérimentales. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL, J. REILLY. Chez les animaux, cobayes ou lapins, atteints de monoplégie à la suite d'inoculation du virus herpétique, sur le tégument ou dans le nerf sciatique, on peut noter la survenue rapide de troubles trophiques accusés. L'examen histologique décèle des lésions étendues jusqu'à la moelle dorso-lombaire et aux ganglions rachidiens correspondants. D'autre part, ce segment médullo-ganglionnaire s'est montré virulent lors de l'inoculation d'epreuve à l'exclusion des régions sus ou sous-jacentes. Ainsi, il constitue un gîte où le

virus demeure à l'état latent. On saisit là une analogie frappante avec l'évolution de l'herpès récidivant chez l'homme où le virus dans l'intervalle des poussées, paraît se cantonner dans le ganglion rachidien comme en témoignent les algies et la lymphocytose.

Adiposité. Pancréas et foie des castrats. — MM. CHAMPY, KRITCH et HAUBERT montrent le développement considérable de tissu adipeux chez les castrats. Le pancréas d'animaux castrés depuis quelques années (chapons, cobayes), présente une multiplication des îlots de Langerhans considérable et une régression de la glande interne. Dans le foie, on trouve une surcharge glycogénique, surtout centro-lobulaire.

Conservation de toxoplasma Cuniculi dans le cerveau de la souris. — M. P. LÉPINE a recherché si le cerveau des souris inoculées par voie intracranienne ou intrapéritonéale avec le virus de l'encéphalite toxoplasmique garde, après un long délai, sa virulence pour le lapin.

Quelle que soit la voie d'introduction, la voie intrapéritonéale étant la voie de choix pour éviter l'encéphalite aiguë, les toxoplasmes se fixent électivement sur le névraxe de la souris et s'y conservent par le mécanisme de l'enkystement, les parasites restant virulents pour le lapin cent soixante-dix-sept jours au moins après l'inoculation de la souris. On peut ainsi conserver au laboratoire le virus de l'encéphalite toxoplasmique sans faire de fréquents passages sur le lapin.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 29 janvier 1929):

Pouvoir diarhéigène pour l'animal des filtrats de selles de choléra infantile. — MM. F. ARLOING et A. DUFOURG ont pu reproduire chez le lapin et chez la chèvre les phénomènes de diarrhée grave avec symptômes d'intoxication générale et amaigrissement rapide après injections sous la peau de filtrats sur bougies 13 de selles de nourrissons atteints de choléra infantile.

Le chauffage des filtrats à 60 degrés pendant deux heures n'atténue pas leurs action. La même température appliquées pendant six ou douze heures n'exerce pas une action notable. L'ébullition pendant une minute permet aux injections d'être mieux supportées, sans détruire le pouvoir diarrhéigène.

Les filtrats chauffés à 120 degrés pendant cinq minutes sont totalement inactifs.

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1929)

Sur la présence, dans un liquide d'hydrocèle, de bacilles de Koch avirulents rendus tuberculigènes par passages sur le cobaye. — M. A. SAENZ expose qu'un liquide d'hydrocèle, inoculé à dose massive à des cobayes, n'a provoqué aucune lésion tuberculeuse. Les ganglions de ces animaux renfermaient cependant des bacilles acido-résistants typiques et, réinoculés en série à des cobayes, ils les ont tuberculisés au troisième passage. Les germes contenus dans le liquide inoculé n'avaient donc qu'une virulence très faible; sous l'influence des passages par l'organisme du cobaye, leur pouvoir pathogène, comparable au départ à celui des éléments filtrables du bacille de Koch, s'est accru au point de produire une tuberculose généralisée.

Encéphalite épidémique du renard. — M. LEVADITI relate, au nom de MM. GREEN et ZIEGLER (de Minneapolis), des expériences concernant une encéphalite épidémique des renards sévissant dans les élevages de l'Amérique du Nord. Dans des agglomérations d'environ 2.000 sujets, l'épidémie évolue en trente jours, avec une mortalité de 15 à 20 p. 100. Les symptômes nerveux consistent en convulsions, paralysies, état léthargique, nystagmus, tremblements, secousses musculaires. On peut transmettre la maladie aux animaux sains en leur inoculant, par voie intracérébrale, une émulsion d'encéphale provenant d'un renard contaminé. L'encéphalite expérimentale fournit une mortalité de 52 p. 100. L'étude microscopique du névraxe révèle des lésions typiques d'encéphalite. Les renards qui guérissent se montrent réfractaires par la suite. M. Levaditi, en collaboration avec M. P. Lépine, étudie actuellement cette encéphalite expérimentale du renard dont la ressemblance avec l'encéphalite humaine, tant du point de vue épidémiologique que du point de vue clinique et anatomo-pathologique, est des plus frappantes.

Quelques modifications de l'équilibre acide-base des urines après l'exercice physique. — MM. R. GOIFFON et L. CHAUVOIS. Après un exercice physique d'une heure, les acides organiques urinaires subissent une forte augmentation surtout chez les sujets non entraînés.

La régulation ammoniacale ne semble se mettre en branle que tardivement, et une forte proportion de bases minérales est entraînée avec les acides organiques.

Transmission héréditaire de l'anaphylaxie sérique. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD. Les femelles sensibilisées à faible dose au début de la gestation donnent naissance à des petits sensibilisés. Cette sensibilisation persiste pendant deux mois environ, s'atténue, puis s'efface à partir de ce moment. Il ne s'agit pas d'une sensibilisation active, mais d'une sensibilisation passive due au passage de la sensibilisine maternelle à travers le placenta.

Lois de sommation de l'appareil itératif irido-dilatateur. — M. et Mme A. CHAUCHARD et M. KLEITMAN ont étudié, pour le système dilatateur de la pupille du chien, du chat, du lapin, les lois des voltages en fonction de l'intervalle et du nombre des excitations : la courbe des intervalles est peu redressée, le temps de sommation est de quatre secondes.

Nerf du sinus carotidien et pression artérielle. Méthode de la tête perfusée. — MM. L. BINET et R. GAYET apportent des expériences qui viennent confirmer l'intervention des plexus nerveux du sinus carotidien dans la régulation de la pression artérielle d'un chien B dont la tête est perfusée par un chien A, grâce à une double anastomose carotido-carotidienne. Mais les auteurs posent la question d'une possibilité de réponse des centres supérieurs à des variations de tension du donneur, en l'absence des plexus nerveux précités. Si l'on anastomose la tête du chien B, par ses artères vertébrales, à l'aide de la technique décrite antérieurement, avec les carotides d'un chien A, et cela après l'ablation chirurgicale, chez B de la bifurcation carotidienne et des filets nerveux qui l'entourent, on peut voir le chien B réagir, par des réponses opposées, aux variations brusques de la tension de A, soit à de fortes hypotensions du donneur (excitation du bout périphérique du vague), soit à de fortes hypertensions (injection d'adrénaline à A).

Election. — M. BOURGUIGNON est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1929)

La transfusion sanguine massive. — M. TZANCK, établissant les grandes lignes de la transfusion sanguine, s'appuie pour établir celle-ci sur plus de 900 observations. Sur ce nombre, il estime à un dixième celles des transfusions massives de 1, 2 et même 3 litres de sang pur. Pour les petites doses, on peut à son avis utiliser le sang citraté, mais pour les doses massives il faut avoir recours au sang pur.

Pour le choix de la dose en transfusion sanguine, il faut s'adapter au cas clinique; il n'y a pas de règle absolue.

L'acide quinique dans le traitement des névralgies et de la céphalée des azotémiques. — M. André TARDIEU, R. HUERRE et A. CARTEAUD, dans le traitement de l'azotémie,

ont systématiquement utilisé l'acide quinique, chimiquement pur, soit sous sa forme amorphe à la dose quotidienne de 1 gramme ou 1g20 en deux prises; soit sous sa forme cristallisée (solution aqueuse de 0g50 par cuillerée à soupe) à la dose de 1g50 pro die. Même dans les cas très graves, lorsque l'azotémie s'élève à plus de 1g50, l'action analgésique du médicament est remarquable. Sous son influence, rapidement disparaissent les névralgies et les céphalées les plus tenaces; mais le taux de l'urée sanguine persiste, élevé, et l'évolution de l'urémie se poursuit, sans rémission.

Chez les petits azotémiques, au contraire, chez ceux qui n'ont que 0g60 à 0g90 d'urée dans le sang, la médication longuement poursuivie semble amener non seulement un soulagement de la céphalée, mais encore une diminution lente de la rétention azotée. Il faut prescrire à ces malades des cures d'entretien assez fréquentes, au nombre de cinq à six par année, de la durée d'un mois chacune. L'acide quinique ne modifie pas l'albuminurie ni l'hypertension artérielle des brightiques.

Trois des observations relatées concernent des cas très graves d'urémie. Elles remettent en discussion la pathogénie de la céphalée du mal de Bright, céphalée nettement soulagée par l'acide quinique, lequel n'influence pas le taux de l'urée sanguine.

Chez un goutteux ayant 0g85 d'urée et 0g08 d'acide urique dans le sang, l'acide quinique administré per os pendant un mois (dose totale : 30 grammes), alors que le régime était maintenu constant, n'a pas fait baisser le taux de l'acide urique. Celui de l'urée n'était plus que de 0g70 à la fin du traitement. Cette observation vient à l'appui de l'opinion de Hupfer qui soutient que l'acide quinique n'agit que sur l'excrétion de l'acide hippurique et non sur celle de l'acide urique.

Les bases bio-chimiques de la diététique dans le brightisme. — M. L. Lematte pose le problème de l'alimentation des brightiques. Pour essayer de le résoudre, il faut, dit-il, en posséder toutes les données.

Il faut instituer plusieurs épreuves pour connaître exactement la capacité fonctionnelle des reins lésés, et surtout leur perméabilité aux chlorures et aux résidus azotés.

Avec ces documents le praticien pourra fixer la qualité et la quantité d'aliments adaptés aux syndromes observés.

Nous possédons peu de précisions sur la diététique du brightisme; de nouvelles études s'imposent pour varier les menus des malades qui doivent pendant très longtemps suivre un régime sévère.

Le dosage de l'urée du sang s'impose car l'azotémie est toujours une complication grave chez les brightiques.

L'auteur fait voir que le praticien qui prescrit un régime doit tenir compte de la composition minérale des aliments. Jusqu'à présent, seul l'usage du sel a été réglementé dans l'albuminurie. On doit se demander si des aliments riches en minéraux et en azote (comme les légumineuses) ne donnent pas trop de sulfates et de phosphates qui s'éliminent par le rein. Nous connaissons l'action des sels neutres sur la coagulation des protéides solubles.

Il est peut-être dangereux d'augmenter la teneur du sang en électrolytes et en azote d'origine génétale.

Les analyses des principaux aliments faites avec ses collaborateurs G. Boinot et E. Kahane donnent des renseignements utiles sur cette question.

On connaît le rôle hydropigène du sodium; le médecin choisira des aliments pauvres en azote et où l'azote est peu minéralisé.

Un régime uniforme, strictement achloruré, trop longtemps appliqué, amène de graves désordres; l'appétit diminue ou disparaît, le malade maigrit. Les travaux de Chaussin et de Léon Blum ont mis en valeur le rôle joué par le chlorure de sodium dans le métabolisme des protéides.

A propos de la cure de la malaria expérimentale. — MM. Auguste Marie et Lambert (de Pasteur) donnent les résultats de malariathérapie; sur 100 malades traités, 15 observations sont seulement présentées ici.

La souche de malaria utilisée est celle de Wagner von Jaureg (de Vienne) prise sur l'homme, depuis 1919. Dans ce traitement il suffit d'atteindre une réaction fébrile de 38 degrés et appliquer ensuite le stovarsolate de Na, 1 gramme en injection intraveineuse;

Le chlorhydrate de quinine (1 gramme per os);

Le plasmodium disparaît en vingt-quatre heures avec ces doses.

A noter que les réactions de contrôle par l'adrénaline ont montré que l'on ne retrouvait jamais le plasmodium dans le sang des sujets traités.

M. Brissemoret. C'est un médecin français, Emile Legrain, qui a été le rénovateur de la malariathérapie, puisque déjà les médecins de Louis XI lui conseillèrent de s'exposer à prendre la fièvre quarte pour être délivré du mal caduc.

Emile Legrain a préconisé avant les auteurs des Empires centraux l'inoculation de la quarte aux paralytiques généraux, aux tabétiques, etc. (Voir le huitième chapitre du *Traité clinique des fièvres des pays chauds*, d'Emile Legrain, paru en 1913.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 7 décembre 1928)

Deux cas d'acrodynie infantile. — MM. E. Leenhardt, J. Reverdy et A. Balmes. Les auteurs présentent deux observations d'acrodynie infantile concernant, l'une une fillette de dix-huit mois, l'autre un garçon de trois ans et demi. Guérison par les rayons ultra-violets. Albuminurie notable dans le premier cas. Dans le deuxième, rechute typique après deux mois et demi de guérison totale apparente : guérison rapide de sa rechute par les rayons ultra-violets.

Présentation de volumineux reins polykystiques. — MM. Ducamp, M. Jambon et J. Duponnois.

Présentation de reins polykystiques et d'une petite rate. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et M. Dufois.

Occlusion par mégacôlon chez une adulte. — M. E. Etienne. L'auteur rapporte l'observation d'une femme de quarante-cinq ans qui, depuis de longues années, présentait une constipation opiniâtre et environ tous les vingt jours une petite crise de sub occlusion d'une durée de quatre à cinq heures, cessant spontanément par le repos au lit et des applications chaudes sur l'abdomen.

Le 16 décembre 1926, crise d'occlusion classique. Examen clinique négatif quant à la cause possible. Intervention dix heures après le début des accidents. Laparotomie latérale gauche, les douleurs spontanées ayant été toujours localisées à gauche.

Mégacôlon portant sur la moitié gauche du transverse, le descendant, le sigmoïde. Pas d'angle splénique, un seul méso allant du transverse au côlon iléopelvien. Côlon gros (12 à 15 centimètres) à parois épaissies, replié en accordéon. Les plicatures sont la cause de l'occlusion. Péritoine intact. Entérotomie à hauteur de l'angle splénique, évacuation du contenu intestinal. Fermeture de l'intestin et colopexie à la partie haute de l'incision. Suture de la paroi. Guérison *per primam*. Depuis aucune crise d'occlusion.

Nouvel essai de radonthérapie dans le rhumatisme uricémique. — MM. A. Puech et R. Castatagne. Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de « rhumatisme vague »,

datant de quatre ans chez un sujet de vingt-deux ans, qui était resté rebelle à la thérapeutique jusqu'au jour où fut institué un traitement par les émanations de radium (radon). Une seule série thérapeutique d'un mois a amené en l'espace de cinq mois la guérison complète et qui paraît définitive. Parallèlement à la disparition des douleurs, on a constaté la diminution, d'abord rapide puis lente, d'une hyperuricémie considérable : 0g170 (26 mars), 0g093 (7 mai), 0g087 (21 mai), 0g07 (9 novembre).

Le chiffre de cholestérol sanguin a toujours été trouvé normal. La protéinémie très forte a persisté entre 94 et 100 gr. (au réfractomètre); l'oxalémie n'a pas été dosée.

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1928)

Malformation congénitale du cœur et des vaisseaux de la base. (*Présentation de pièces*). — MM. G. LAUX et CABANAC. Les auteurs présentent une pièce provenant d'un fœtus, ayant respiré, porteur de malformations multiples du cœur et des vaisseaux, caractérisées par :

1° La persistance du trou de Botal.

2° La persistance et l'abouchement anormal d'un canal de Botal au niveau de la VIe vertèbre dorsale.

3° La dilatation du cœur droit et de l'artère pulmonaire.

4° Un rétrécissement très serré de la portion terminale de l'aorte thoracique sous-jacent à la naissance du tronc brachio-céphalique, sous-jacent à la naissance du tronc brachio-céphalique, sus-jacent à l'abouchement du canal de Botal.

Deux cas de rein polytyotique. (*Présentation de pièce*). — M. H. ESTOR. L'auteur rapporte deux cas de rein polytyopique. L'une des malades présentait un très volumineux rein gauche (pièce présentée). La présence de cette tumeur rénale n'occasionnait que des douleurs lombaires plus ou moins irradiées. Ablation de la tumeur. Guérison.

La deuxième malade était atteinte de maladie kystique du rein droit en même temps que de dégénérescence kystique du foie.

A propos de ces deux malades, l'auteur insiste sur le manque de netteté de la symptomatologie du rein polykystique et la difficulté de son diagnostic, surtout en cas de tumeur unilatérale. En outre, sauf complications (douleurs trop vives, hématuries, suppuration) l'abstention opératoire doit être la règle.

Hémoptysie et le vent. — M. L. BAILLET.

Echinococcose vertébrale. — MM. E. MOURGUE-MOLINES et M. LAPEYRIE. Les auteurs avaient, en juillet 1926, rapporté l'observation d'un malade qu'ils avaient considéré comme atteint de *kyste hydatique paravertébral*. Ayant pu depuis suivre cet homme, les auteurs tiennent à rectifier leur première observation. Le malade est, en effet, mort en mai 1928, paraplégique, avec des lésions vertébrales echinococciques manifestes. Il s'agissait sans doute, d'échinococcose vertébrale primitive, dont la première manifestation clinique avait été ce que Deve appelle un *abcès ossifluent hydatique*.

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1928)

Typhus exanthématique et typhus méditerranéen. — MM. CARRIEU et J. CHAPTAL. Les auteurs rapportent les observations de deux malades soignés en 1926-27 (avant la description des auteurs Marseillais) et dont les signes cliniques sont tout à fait classiques. Les deux sujets ont guéri malgré un état

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.
CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69 Rue de Provence PARIS IXe

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.
ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.
ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

TRAITEMENT DU SYNDROME SOLAIRE & DES DYSPEPSIES HYPOCHLORHYDRIQUE NERVEUSES
PAR LA
GÉNÉSÉRINE
POLONOVSKI et NITZBERG
Salicylate de Génésérine dosé au 1/2 milligramme
Excitant des sécrétions et de la motilité du tube digestif
Spécifique des troubles sympathiques
FORMES : Dragées — Granules — Gouttes — Ampoules
Doses : *4 à 6 dragées ou granules par jour, si l'on prescrit les gouttes, on en donnera vingt avant chaque repas.*
Laboratoire BEAUGONIN, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — *Téléph.* : ARCHIVES 41-65. — R. C., Seine 221.745

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthmo, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

GYNOCRINOL

LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR; par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO, 107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES 19 RUE DROUOT PARIS

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927) :

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névalgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R.C. Seine 109 239

très alarmant chez l'un pour lequel un abcès de fixation a paru déclancher la défervescence. A l'occasion de ces cas, les auteurs émettent leur opinion au sujet de la fièvre exanthématique du littoral méditerranéen.

Volvulus de l'anse sigmoïde. Opération le septième jour. Guérison. — M. E. Etienne. L'auteur rapporte l'observation d'un homme de soixante-quinze qui présenta, le 28 mai 1923, le tableau clinique de l'occlusion, Le 31, accentuation des douleurs. Le 4 juin, douleurs plus intenses, vomissements, ballonnement transversal localisé à la région sous-ombilicale. Diagnostic : volvulus de l'anse sigmoïde ombilicale. Le malade accepte seulement ce jour-là l'intervention chirurgicale. Rachianesthésie excellente. Laparotomie latérale gauche. Volvulus du côlon pelvien (un demi-tour). Anse distendue, avec paroi en voie en voie de gangrène sur une longueur de 15 centimètres. Fausse membrane à ce niveau. Fusée gazeuse au cours de la détorsion. Extériorisation de l'anse. Fermeture de la paroi, ouverture au thermo de l'anse qui est réséquée au thermo. Quatre jours après, guérison.

L'âge et l'état général du malade n'ont pas permis de tenter la cure de l'anus contre nature.

Un procédé simple de stérilisation des catguts. — M. H. Estor. L'auteur, pour tâcher de diminuer autant que possible le nombre des suppurations secondaires due au catgut propose de lui donner un complément de stérilisation en l'immergeant dans l'éther iodé au 1/20. Il a obtenu les résultats suivants :

2 cas seulement de suppuration sur 72 interventions diverses.

Des recherches bactériologiques seront faites sur le catgut traité par l'éther iodé et sur des bobines de catgut stérilisées par le commerce et traitées elles aussi par l'éther iodé.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES HÔPITAUX

M. E.-H.-L. Corwin, secrétaire général du Comité exécutif international, nous adresse les renseignements suivants :

« On estime que le capital engagé dans les hôpitaux des Etats-Unis se monte à 4.000.000.000 de dollars et que plus de 800.000 personnes sont employées dans les hôpitaux. Il y a approximativement 900.000 lits dans les hôpitaux et presque un milliard de dollars est dépensé annuellement pour leur entretien. Un quart de cette somme est consacré chaque année à de nouvelles constructions.

Les hôpitaux sont devenus d'importantes entreprises sociales demandant une attention considérable, tant au point de vue de la santé publique que de la compétence, de l'administration et des projets et plans de construction.

En juin 1929, les administrateurs des hôpitaux du monde entier se réuniront à Atlantic City pour discuter les problèmes se rapportant aux organisations hospitalières. Il faut espérer que de leurs délibérations et de leurs efforts réunis résulteront une plus juste appréciation et une meilleure compréhension des problèmes hospitaliers.

C'est le but que se propose ce Congrès et toutes les nations avec lesquelles les Etats-Unis entretiennent des relations diplomatiques seront conviées à y prendre part.

En même temps que ce Congrès une exposition sera organisée qui comprendra deux parties : une exposition scientifique et une exposition commerciale. Cette dernière comprendra un grand nombre et une grande variété d'articles utilisés dans les hôpitaux. Elle comprendra également des appareils médicaux et chirurgicaux, des articles pharmaceutiques, des produits alimentaires, équipement et accessoires pour hôpitaux.

L'exposition aura lieu à Atlantic City, et les exposants étrangers assumeront les mêmes charges que les exposants américains. »

Pour tous renseignements concernant le Congrès international, s'adresser en France à M. le docteur René Sand, président du Comité exécutif international, conseiller technique de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, 2, avenue Vélasquez, à Paris, ou à M. Brizon, président du Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon, président de la Fédération des Unions hospitalières de France, 56, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement des teignes par l'acétate de thallium (1), par le docteur Jesus-Gonzale Uruena, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Mexico.

Cet ouvrage est une mise au point complète du *Traitement des teignes* par l'acétate de thallium tel qu'il est actuellement appliqué par certains spécialistes du cuir chevelu. Le professeur Uruena, de Mexico, fut l'un des protagonistes de cette méthode.

L'ouvrage débute par une partie chimique et expérimentale et par un chapitre sur l'action biologique de l'acétate de thallium.

Le chapitre le plus important de l'ouvrage est consacré à la thérapeutique. L'auteur indique les modalités du traitement tel qu'il a été réglementé et fournit des statistiques; il en conclut à la généralisation progressive de ce procédé de traitement au fur et à mesure que les médecins en connaîtront les heureux effets et l'innocuité.

Si les effets toxiques du thallium sont en effet connus, surtout sur les reins et l'appareil digestif, ce corps est inoffensif, lorsqu'il est manié prudemment et aux doses thérapeutiques.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 18 février. — Jury : MM. Legueu, président; Loeper, Strohl et Binet. — M. Gerchoux. Etude des troubles vésicaux et rénaux au cours de l'appendicite. — M. Ducœur-Joly. Etude sur le phosphore de zinc et son emploi en thérapeutique. — Mlle Fournier. Des polyglobulies par contraction de la rate.

Mardi 19 février. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Aubertin et Baudouin. — M. Guerlot. Pronostic actuel du diabète compliqué de tuberculose.

Mercredi 20 février. — Jury : MM. Hartmann, président; Sebileau, Ombrédanne et Lemaître. — M. Petit-Maire. Le traitement des pleurésies purulentes. — M. Bouillié. Hypertrophie congénitale du col vésical. — M. Rémy-Néris. Le tractus thyréoglosse.

Jeudi 21 février. — Jury : MM. Achard, président; Sergent et Nobécourt. — M. Herman. Etude des formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud. — M. Marcus. Essai sur les sénélites naturelles et pathologiques. — M. Van-Bockstael. Hygiène sociale de l'âge préscolaire. — M. Sibot. Etude sur la tuberculose pulmonaire.

(Thèse vétérinaire.) Jury : MM. Rathery, président; Maignon et Nicolas. — M. Riou. Coagulation du sang chez le chien.

Samedi 23 février. — Jury : MM. Guillain, président; Lecène, Leroux et Moure. — M. Thurel. Les pseudo-bulbaires. — M. Banié. Traitement des fractures et luxations ouvertes.

(1) Un volume de 144 pages avec 9 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN

DYSPEPSIE — GASTRALGIE | ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76

R. C., 133, Aubenas.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)

C. R., 44.342, Seine.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

dans les Hypertensions et tous les Etats spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE **CACHAT**

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café
ou 4 à 12 pilules par jour

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR
Autofixation, dans les Tissus,
du Phosphate Tricalcique
Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE
(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e	PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.	LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Brodin, Grenet, Faure-Beaulieu, Stévenin, Rouillard, qui acceptent; Lortat-Jacob, Sainton, Loeper, L. Bernard, Roger, Sézary, Le Noir, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Janet, Jacquet, H. Bénard, Léchelle, Caïn, Hutinel, Binet, Marchal.

57 candidats : MM. de Brun du Bois-Noir, Weismann, Pollet, Bariéty, Hillemand, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Garcin, Escalier, Boltanski, Bocage, Lemaire, Decourt, Coste, Lévesque, Para, Hagueneau, Chevalley, Moussoir, Pichon, Benda, Deron, Ravina, Lamy, Péron, Pellissier, Prieur, Isaac-Georges, Lelong, Debray, Turpin, Rachel, Froment, Hamburger, Meyer, Bith, Ollivier, Célice, Plichet, Basch, Schmite, Christophe, Lévy, Clément, Thévenard, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Gutmann, Olivier, Cayla, Lefèvre, Marceron, Schulmann. Périsson, Martin, Descamps, Darquier, Bascouret et Laporte.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité : Mme Bertrand-Fontaine, MM. Coste, Levesque, Paraf, Hagueneau, Chevalley, Ravina, Turpin, Bith, Schulmann.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — *Concours.* — Deux placs, l'une de médecin adjoint, l'autre de chirurgien adjoint sont à pourvoir à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes, à Paris (XIVe).

Les candidats à ces postes sont priés de s'adresser à l'Administration de l'hôpital les mardi et vendredi, de 14 à 17 h., pour connaître les conditions de ce concours (Concours sur titres).

Il leur sera remis un réglement concernant le Service médical de l'hôpital.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 1er mars 1929, 66, rue des Plantes, Paris.

— *Concours de l'internat.* — *Epreuve écrite.* — Séance du 31 janvier. — Questions données : « Artère utérine. — Perforation de l'ulcus gastrique. — Rhumatisme blennorragique. »

Notes obtenues (maximum 45) : MM. Allie, 9; Bouvier, 39; Dauchez, 26; Galland, 18; Labignette, 32; Leborgne, 37; Perdu, 25.

Les admissibles (25 et au-dessus) ont subi l'épreuve orale.

Epreuve orale. — Séance du 2 février. — Questions données : « Signes et diagnostic de la colique hépatique. — Phlegmon de la main. »

Notes obtenues (maximum 20) : MM. Bouvier, 13; Dauchez, 7; Labignette, 17; Leborgne, 14; Perdu, 9.

Sont proposés au Conseil d'administration comme internes titulaires dans l'ordre suivant :

MM. Bouvier, 52; Leborgne, 51; Labignette, 49; Perdu, 34.

M. Dauchez (33) est proposé comme interne provisoire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le lundi 3 juin 1929, au siège de ladite école.

— M. le professeur Guibé est nommé directeur honoraire.

LÉGION D'HONNEUR. — Guerre. (Active.) — Sont inscrits au tableau de concours pour le grade d'officier :

MM. Julien-Laferrière, Legendre, Grenier de Cardenal, Pelegrin, Long, Weitzel, Bumat, Donier, de Furst, Roussel, Péchiné, Barailhé, Simoni, Métoz, Couturier, Giraud, Croidieu, Dupuich, Pattre, Bernard, Marvy, Mahaut, Frizac, Vallat, Schickelé, Maisonnet, Chabardès, Worms, Rousseau.

(Troupes coloniales. Active.) MM. Lamoureux, Garrot,

VIN GIRARD
Iodo-tannique phosphaté
LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

Lacroix, Reyneau, Fournier, Ringenbach, Gromier, Marque, Augagneur, Tardieu, Pouliquen.

LA PROTECTION CONTRE LA GUERRE CHIMIQUE. — En avril 1929 aura lieu à Rome la IIe Réunion de la Commission internationale d'experts pour la protection des populations civiles contre la guerre chimique. Cette réunion aura lieu sur la convocation du Comité international de la Croix-Rouge.

On sait que le protocole de Genève du 17 juin 1925, contenant la prohibition de la guerre chimique, n'a reçu jusqu'à présent que les ratifications de l'Autriche, la Belgique, l'Egypte, la France, l'Italie, le Libéria, la Pologne, l'U. R. S. S., la Turquie et le Venezuéla.

Comme le fait remarquer la *Revue internationale de la Croix-Rouge*, le retard des autres puissances est hautement regrettable et il justifie amplement les travaux du IIe Congrès.

La France sera représentée parmi les rapporteurs par M. le médecin général inspecteur Sieur et par M. le colonel Pouderoux, des sapeurs-pompiers de Paris.

CENTENAIRE DE BILLROTH. — On célébrera à Vienne, en avril 1929, le centenaire de la naissance du grand chirurgien autrichien Christian Albert Theodor Billroth, décédé à Vienne en 1894.

FACILITÉS DE TRANSPORT POUR LES MÉDECINS. — Sur l'initiative de M. le professeur J.-L. Faure, le Préfet de police vient de décider que des cartes seront délivrées, à titre provisoire, aux médecins habitant à Paris pour leur permettre de prendre place, en surcharge, sur les autobus et tramways, moyennant le prix ordinaire des places.

A cet effet, des cartes seront délivrées aux intéressés qui en feront la demande à la Préfecture de police (3e direction), en y joignant deux photographies.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES SCANDALES MÉDICAUX

Le syndicat des médecins de la Seine a adressé aux journaux la note qui suit :

« Le Corps médical parisien s'est ému, autant que le grand public, des récents scandales médicaux qui se multiplient dans des proportions inquiétantes. Le syndicat des médecins de la Seine tient à faire connaître et à proclamer hautement son indignation contre tous ces médecins marrons qui sont la honte de la corporation. Il fait remarquer toutefois que les malades eux-mêmes ne sont pas étrangers à cette vague de démoralisation, car trop souvent, accidentés ou réformés peu scrupuleux sollicitent de ceux qui les soignent des faveurs illégales ou déshonnêtes.

Malheureusement, nous nous trouvons presque entièrement désarmés contre les agissements des médecins indésirables. La plupart n'adhèrent pas à nos syndicats et échappent ainsi à nos règlements. Notre Conseil de famille ne peut prononcer contre eux que des sanctions purement morales dont les délinquants se moquent. Notre seule ressource est de nous porter partie civile quand la justice intervient; et nous ne manquons pas de le faire à chaque occasion. Mais dans ces conditions, nous envisageons avec effroi l'extension formidable des abus qui ne manquerons pas de se produire lors de l'application de la loi d'assurances maladie-invalidité.

Le seul et vrai remède à cette situation déplorable paraît être la création d'un organisme de discipline professionnelle (Conseil de l'ordre des médecins ou institution analogue) pourvu de moyens légaux et efficaces pour défendre les traditions d'honorabilité et de dignité de la médecine française.

Pour le syndicat des médecins de la Seine,

Le secrétaire général, Dr P. BARLERIN.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

CONGRÈS ET EXCURSIONS

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES DE PAQUES SUR LA CÔTE D'AZUR

Comme les années précédentes, la Société médicale du littoral organise un voyage, à l'occasion de Pâques (voyage rose). La concentration se fera à Nice, puis on visitera successivement le Cap-d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu.

Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale du Littoral. Partout, les richesses thérapeutique de cette région sans égale, leur seront présentées et expliquées. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les indications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable. Le trophée romain de la Turbie, les grottes préhistoriques de Grimaldi, le château et l'élevage de singes du docteur Voronoff, l'observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire musée océanographique de Monaco seront l'occasion de très intéressantes promenades.

A ce beau voyage sur la Côte d'Azur, se rattacheront des excursions en Italie, dans les Alpes et en Corse, au gré des voyageurs.

Moins étendu, et par conséquent moins coûteux que le grand voyage international de Noël (voyage bleu), organisé aussi par la même Société, le voyage de Pâques permet aux familles de médecins de voir la Côte d'Azur dans une semaine, à une époque particulièrement riante, et avec des facilités et des agréments que l'on ne peut trouver réunis ailleurs au même degré.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

I. Le Comité d'organisation du Congrès a bien voulu reporter du 1er février au 1er mars 1929 la date jusqu'à laquelle pourraient être adressés au Secrétariat du Congrès les bulletins d'adhésion.

II. Les Grands réseaux de chemins de fer français ont décidé d'accorder une réduction, individuelle de demi tarif aux congressistes français qui ne bénéficient pas déjà d'une réduction au tarif militaire, et à leur femme les accompagnant, entre leur résidence et le port d'embarquement.

Les congressistes désirant bénéficier de ces avantages devront joindre tous renseignements utiles à leur bulletin d'adhésion, afin de permettre aux organisateurs du Congrès de transmettre à chacun des réseaux intéressés, la liste nominative des personnes devant emprunter ces lignes, avec indication, pour chacune d'elles, de la gare de départ, de transit ou de destination à l'aller et au retour.

Les bons individuels de demi tarif seront ensuite adressés au Comité d'organisation qui les fera parvenir aux intéressés. Ces bons seront valables du 1er au 16 mai 1929 inclus et seront passibles de l'impôt de 15 p. 100 prévu par les lois des 29 juin 1918 et 22 mars 1924, portant sur la faveur accordée.

Il est rappelé aux officiers de réserve du Service de santé que tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation de ce Congrès leur seront fournis par la Direction du Service de santé de la région de leur résidence.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol "Roche"
= 1gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé
Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux, neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.

Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE
LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES
PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM · BOLDO · EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS**

RECHERCHES CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

SUR LA

FIÈVRE DENGUE

Par E. MANOUSSAKIS,

Chef du service épidémiologique de la garnison d'Athènes,
Médecin traitant à l'Hôpital militaire d'instruction d'Athènes.

INOCULABILITÉ DE LA DENGUE, SES CARACTÈRES CLINIQUES

Dans des publications antérieures (1), nous avons donné un aperçu clinique détaillé de la dengue expérimentale que nous avons pu reproduire comme ont fait avant nous Ashburn et M. J. Graig. Cleland Bradley et W. Mac Donald en partant de la maladie naturelle.

Notre étude est basée sur un nombre important de cas de dengues *authentiques*, puisqu'il s'agissait de dengues expérimentales ou de cas de dengues naturelles, mais confirmées expérimentalement.

Tous ces cas de dengue ont été provoqués chez des volontaires convalescents d'oreillons, bien portants, indemnes de toute tare ou de maladies chroniques; lorsque la maladie évolue sur un terrain semblable, toutes les manifestations observées au cours de son évolution peuvent être avec une grande probabilité mises sur le compte de la maladie inoculée; cette méthode permet de déterminer quelles sont les manifestations morbides que le virus spécifique est capable de provoquer à lui seul. A la lumière de cette notion, on peut alors apprécier ce qui revient à la dengue et ce qui n'est pas une manifestation de celle-ci, lorsque comme il arrive au cours d'une pandémie, elle frappe des sujets atteints antérieurement d'affections aiguës ou chroniques diverses. Cette appréciation des phénomènes n'est pas, croyons-nous, indifférente au point de vue pratique.

La discrimination, en effet, n'a pas toujours été faite. Lors de la récente épidémie beaucoup de médecins ont été tentés d'attribuer au virus de la dengue toutes les manifestations observées au cours de la maladie, voire même, parfois, au cours d'une affection qui n'était pas la dengue.

Lorsqu'une maladie épidémique règne en maîtresse dans une collectivité et donne des bouffées épidémiques si massives, le médecin est débordé, les erreurs de diagnostic sont inévitables, surtout quand il s agit de la dengue, maladie pour la confirmation de laquelle nous n'avons malheureusement pas d'autres moyens absolument certains que l'inoculation en série chez l'homme. On se rend d'ailleurs parfaitement compte de ce fait quand on a étudié les courbes de morbidité par différentes affections qui accusent dans la plupart une baisse inaccoutumée pendant la période épidémique de l'affection régnante.

La dengue a été accusée de provoquer par exemple, parfois des insuffisances hépatiques, rénales, cardiaques, plus ou moins complètes et plus ou moins graves, de donner des méningo-encéphalopathies, des appendicites, des pneumonies, des broncho-pneumonies, etc... et on a créé autant de formes hépatiques, rénales, cardiaques, nerveuses, pulmonaires, rhumatismales, etc... (1).

Nous pensons que ces formes anormales et graves de la maladie auraient pu avoir droit de cité dans le cadre habituel de la dengue si elles avaient été toutes confirmées d'une manière certaine; or, à ces cas de dengue il manque la confirmation expérimentale, la seule qui compte vu l'importance dogmatique et pratique de la question.

Sans vouloir, de parti pris nier leur existence, il nous paraît bien invraisemblable que sur des cent et quelques cas de dengue expérimentale ou de dengue naturelle confirmés que nous avons observés il n'y ait pas eu un seul cas de dengue anormale rentrant dans les formes précitées. Or, dans aucun de ces cas nous n'avons observé de signes cliniques ou de signes de laboratoire révélateurs d'une insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque et cependant dans un bon nombre de cas étudiés très spécialement à ce point de vue nous avons suivi une méthode d'investigation très serrée et n'avons négligé aucune technique ou procédé susceptible de nous renseigner sur l'état fonctionnel de ces organes particulièrement des reins et du foie (2).

Certes, il y a dans nos observations des cas d'ailleurs rares où tel ou tel symptôme, par sa gravité, donnait une allure un peu spéciale à la maladie. Ainsi, par exemple, certains malades souffraient d'une courbature douloureuse si intense qu'elle leur arrachait des plaintes continuelles et les rendaient incapables de tout mouvement comme s'ils étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu; chez d'autres les nausées habituelles et les vomissements plus rarement observés d'habitude devenaient si intenses et si fréquents qu'ils donnaient à la maladie une allure de gastrite aiguë; nous avons observé des cas hypertheriques avec délire et agitation légère, des cas où un syndrome hémorragique véritable avec épistaxis répétés et purpura léger, se substituant à la tendance hémorragipare fruste de la dengue commune donnait à ces cas une allure de syndrome hémorragique infectieux; enfin des cas plus fréquents ceux-là avec albuminurie passagère. Mais tous ces cas étaient en somme exceptionnels et la maladie nous a paru en général assez typique et toujours sensiblement la même d'un cas à l'autre, question de gravité mise à part. Nous ne l'avons jamais vu donner des complications dues indiscutablement à son virus ou guérir en laissant des séquelles graves et durables. La seule chose qu'elle laisse parfois, c'est une asthénie avec appétit languissant et une anémie légère, phénomènes qui persistent parfois assez longtemps mais finissent tout

(1) E. MANOUSSAKIS. Recherches étiologiques et cliniques sur la dengue, *Soc. méd. d'Athènes*, 25 nov. 1927; — *Soc. de path. exotique*, 14 mars 1928; — *Soc. méd. d'Athènes*, 15 nov. 1928; — Librairie médicale Le François, Paris, déc. 1928.

(1) Prof. LIVIERATOS et VALIANOS. *Soc. méd. d'Athènes*, 24 nov. 1928; — Prof. MPENSIS. *Soc. méd. d'Athènes*, 8 déc. 1928.

(2) E. MANOUSSAKIS. La répercussion de la dengue sur la glande hépatique et rénale, *Soc. méd. d'Athènes*, 24 nov. et 8 déc. 1928.

de même par disparaître après un traitement tonique.

La dengue est une affection septicémique; le virus de la maladie circule, en effet, dans le sang. La maladie évolue cependant en très peu de jours; c'est peut-être à la bièveté de son évolution, indépendamment du faible pouvoir phlegmasique de son agent spécifique, qu'il faut attribuer son incapacité d'altérer profondément les différents organes et appareils. Elle doit cependant toucher plus particulièrement le système angiohématique si l'on juge par la grosse leucopénie qu'elle produit et qui de faible qu'elle est au début augmente à mesure que la maladie évolue, par les troubles de la rétractilité du caillot qu'elle provoque comme nous avons pu le démontrer (1), enfin par le signe de Weil presque constamment positif au cours de cette maladie (2) et les hémorragies spontanées qu'elle détermine souvent.

Mais en dehors de ces signes du côté du système augiohématique, en dehors d'une albuminurie légère de l'hypotension et de la bradycardie classiques, signes qui n'ont rién de spécifique, la maladie ne donne pas de signes objectifs du côté des autres systèmes et appareils. Aussi son diagnostic se heurte-t-il, en dehors de la notion d'épidémicité, à beaucoup de difficulté avant l'apparition de l'exanthème qui malheureusement est tardif. Les formes les plus difficiles à diagnostiquer sont les formes sévères sans rémission, surtout lorsqu'elles ne présentent pas d'exanthème. Dans ces cas comme d'ailleurs dans tous les cas de dengue, la baisse progressive du chiffre des globules blancs, la tendance à l'évanouissement que présente le malade lorsqu'il se lève, les caractères si particuliers de localisation de la courbature douloureuse chez un malade qui, à l'examen ne présente aucune localisation, et dont l'hémoculture a été et reste négative, aident beaucoup au diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, les boissons abondantes, les tisanes diurétiques et rafraîchissantes, les sérums glucosés en goutte à goutte rectal, l'huile camphrée, les injections intramusculaires de sang humain pour les cas avec hémorragies, les enveloppements froids ou les lotions froides toutes les trois heures, sont des moyens thérapeutiques courants qui suffisent largement.

NATURE DU VIRUS DE LA DENGUE, SES PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES, SON SIÈGE ET L'INFLUENCE DE CE VIRUS SUR L'ÉVOLUTION D'AUTRES AFFECTIONS

C'est en 1907 qu'Ashburn et Graig après avoir échoué dans leurs tentatives d'isolement par hémoculture d'un micro-organisme ont pour la première fois émis l'hypothèse que l'agent pathogène de la dengue est peut-être un germe invisible. Ils réussirent même à transférer à des sujets réceptifs la maladie en leur injectant le filtrat du sang provenant des sujets atteints de dengue. Ils ont fait cependant leur filtration sur des bougies très poreuses (bougies en terre d'infusoires). Plus tard, en 1917, quand les auteurs Australiens Cléland, Bradley et Mac Donald ont repris ces expériences avec les bougies Chamberland, ils n'obtinrent qu'un seul résultat positif sur de nombreux essais. C'est alors que Graig, en 1920, impressionné peut-être par les résultats douteux des auteurs Australiens, et frappé d'autre part par des similitudes que présente la dengue avec la fièvre jaune, abandonna sa première hypothèse sur la nature invisible et filtrable du virus de la dengue et s'orienta ainsi que ses élèves vers la recherche d'un spirochète analogue au leptospira icteroïdes de Noguchi.

A la même époque, Couvy, en Syrie, découvrait un spirochète et, vers 1923, Gomes et de Faria retrouvent chez les malades atteints de dengue ce même spirochète auquel ils ont donné le nom de Leptospira Couvyi.

La question en était là quand nous avons entrepris nos recherches en 1927. Dans nos publications antérieures nous avons exposé ces recherches qui nous ont permis de démontrer d'une façon certaine que l'agent pathogène de la dengue est un virus ultrafin le plus ténu qu'on connaisse, puisqu'il traverse les filtres les plus fins (bougies Chamberland, Pâte n° L_{11}).

Nous pensons que si nos prédécesseurs qui ont fait ces mêmes expériences ont échoué c'est qu'ils opéraient sur le sang défibriné, leurs filtres devaient alors s'obstruer rapidement ou bien ils injectaient très peu de filtrat et la maladie conférée par cette faible quantité de virus était si légère qu'elle échappait à l'examen clinique.

Nous avons démontré en effet que dans certaines circonstances la dengue est une maladie si fruste qu'elle se résume dans une très légère courbature et de petites élévations thermiques apparaissant à certains moments de la journée et ne dépassant guère 37°2; parfois, ces petits clochers thermiques durent quelques heures seulement voire même moins d'une heure. En ce qui concerne les différentes autres propriétés du virus de la dengue nous avons fait un grand nombre d'expériences que nous avons relatées ailleurs (1) et qui nous ont permis de tirer les conclusions suivantes :

Le virus de la dengue *ne cultive que dans l'organisme vivant;* il n'y a pas d'enrichissement dans les cultures faites même sur des milieux aux organes.

Son *pouvoir pathogène reste immuable,* même après un nombre de passages relativement considérables (40 environ en neuf mois).

C'est un virus *très fragile,* le vieillissement exerce sur lui un effet néfaste puisqu'on ne peut pas le conserver plus de vingt jours à la température du laboratoire. Il meurt aussi quand on le chauffe une demi-heure entre 40 et 50 degrés. Les rayons solaires altèrent sa virulence, mais alors que le virus tué par vieillissement ou par la chaleur perd également son pouvoir antigène, l'*exposition au soleil* même lorsqu'elle est suffisante pour amoindrir profondément la virulence, *touche peu le pouvoir antigène.* C'est là un fait d'un très grand intérêt, il nous

(1) E. MANOUSSAKIS. Loc. cit., et *C. R. de la Soc. méd. d'Athènes*, 1er déc. 1928.

(2) GEORGOPOULOS. Signe du lacet au cours de la dengue, sa valeur diagnostique, *Soc. méd. d'Athènes*, déc. 1928.

(1) Loc. cit.

permet d'espérer qu'on pourra peut-être un jour arriver à immuniser l'homme activement à peu de frais en lui injectant un virus atténué.

Le virus de la dengue ne circule pas que dans le sang; on le trouve également dans le liquide céphalo-rachidien; mais il n'existe dans aucune des sécrétions qui communiquent avec le monde extérieur. Ce fait expérimental nous permet de faire table rase des assertions suivant lesquelles la dengue peut se transmettre parfois directement. Le virus apparaît dans le sang quelques heures seulement avant l'éclosion de la maladie et il y persiste pendant toute sa durée, contrairement à ce qu'ont prétendu certains auteurs; il circule dans le sang sous une forme invisible et filtrable.

Il disparaît immédiatement après la défervescence il n'y a donc pas de convalescents porteurs du virus, fait important au point de vue épidémiologique et prophylactique.

La dengue paraît exercer une influence empêchante sur l'évolution de certaines affections, en particulier sur les oreillons dont elle empêcherait les complications. *Elle ne détermine pas d'anergie;* elle ne favorise nullement l'évolution d'autres infections comme le font la rougeole ou la grippe. Le développement de la tuberculose, en particulier, ne paraît pas être sollicité ainsi que l'a montré une enquête très serrée faite sur ce point par le docteur Onomopoulos (1). Tout au plus donne-t-elle parfois un léger coup de fouet à une tuberculose antérieurement peu évolutive comme le professeur Sacoraphos (2) l'a noté; cette aggravation n'est en général que passagère. L'absence de propriétés anergisantes est également démontrée par les recherches du docteur Macias qui a étudié les modifications de la réaction de Pirquet pendant et après la dengue (3).

Certains auteurs ont prétendu que ce virus exalte la virulence des microbes pyogènes particulièrement du staphylocoque; ils ont en effet observé fréquemment des manifestations staphylococciques chez les convalescents de dengue (4).

Dans l'armée la dengue a frappé en 1928 les différentes unités d'Athènes d'une manière très sévère, il y a peu de sujets qui lui aient échappé; or, les statistiques de la garnison d'Athènes, que nous tenons, n'accusent aucune augmentation appréciable de la morbidité pour les autres affections ni pendant ni après l'épidémie.

DENGUE ET IMMUNITÉ. LA SÉROPRÉVENTION

Pour savoir si une première atteinte de dengue immunise ou non, on a observé la manière dont se comportent au cours d'une épidémie ceux qui prétendent avoir été antérieurement atteints. Mais cette méthode d'observation laisse beaucoup à désirer. Elle est basée, en effet, sur des déclarations de sujets qui peuvent croire avoir subi la dengue

(1) ONOMOPOULOS. Dengue et tuberculose, *Soc. méd. d'Athènes*, nov. 1928.

(2) Prof. SACORAPHOS. *Presse méd.*, 6 oct. 1928.

(3) *Soc. méd. d'Athènes*, déc. 1928.

(4) Prof. COUTOLEOU JOANNIDES. *Soc. méd. d'Athènes*, nov. 1928.

quand, en réalité, ils ont présenté une tout autre maladie, c'est à cela sans doute que tiennent les opinions erronées avancées sur ce point. Ayant pu entretenir le virus de la dengue pendant neuf mois nous avons été capables d'étudier ce problème important sur des bases solides, puisque nous avons eu l'occasion de le faire sur des sujets chez qui nous avions provoqué nous-même la dengue et qui avaient par conséquent subi une atteinte de dengue certaine. Nous avons étudié l'immunité de ces sujets par des réinoculations faites à intervalles espacés de deux à trois mois. Grâce à cette série d'expériences, que nous avons publiées in-extenso, nous avons pu démontrer qu'une première atteinte confère toujours l'immunité, que cette immunité suit presque immédiatement la convalescence et qu'elle n'est pas inférieure à neuf mois.

Nous avons noté de plus que *le sujet immunisé*, non seulement *ne prend pas la dengue quand on lui inocule le virus*, mais encore qu'il est incapable de le conserver.

Son sérum cependant *ne contient pas d'anticorps* susceptibles de neutraliser le pouvoir pathogène du virus et la séroprévention ne peut pas jouer dans cette maladie.

Il s'agit d'une immunité cellulaire non transmissible, c'est pour cela probablement que les nourrissons issus de mères immunisées sont receptifs et contractent la maladie lorsqu'ils s'infectent (1).

MODE DE TRANSMISSION DE LA DENGUE ET SA PROPHYLAXIE

Avant l'apparition de la dengue en Grèce, on savait grâce aux très belles recherches de Cléland, Bradley et Mac Donald et celles plus récentes et plus nombreuses de Siler et de ses collaborateurs que le stegomyia était certainement un agent intermédiaire. Ces recherches ont été pleinement confirmées à l'occasion de l'épidémie de Grèce par les faits épidémiologiques très démonstratifs que nous avons recueillis d'octobre 1927 à août 1928 et que nous avons relatés ailleurs (2) et par les expériences, enfin, faites en Grèce en obtobre 1928 par MM. Blanc et Caminopetros (3).

Mais tout le problème de la transmission de la dengue ne se résumait pas dans l'éclaircissement du rôle joué par un seul moustique, le stégomyia. Graham, Asthburn et Graig, et puis Graig ont de leur côté incriminé le culex d'être un agent intermédiaire; Couvy accusa le phlebotome.

L'étude de la transmission du paludisme a montré que le parasite peut être véhiculé par plusieurs espèces de moustiques du même genre, certaines d'entre elles étant plus aptes à ce rôle que leurs congénères. Il restait donc à démontrer qu'il en était de même pour la dengue.

Les expériences très précises que nous avons

(1) E. MANOUSSAKIS Dengue et immunité, Loc. cit., et *Soc. méd.-chir. d'Athène*, nov. 1928.

(2) E. MANOUSSAKIS. Mode de transmission de la dengue, loc. cit., et *Acad. des sciences*.

(3) G. BLANC et J. CAMINOPETROS. Quelques expériences sur la transmission de la dengue, *Soc. méd. d'Athènes*, déc. 1928.

faites sur ce sujet nous ont permis d'affirmer dès le mois de novembre 1927 que *le culex et le phlébotome ne jouent aucun rôle dans la transmission de la dengue;* il en est de même des différents parasites (punaises, poux, puces). Ces insectes, en effet, après avoir été nourris sur des malades ont été incapables de conférer la maladie par piqûre. Fait encore plus démonstratif : l'injection du filtrat de broyage de ces insectes qui réalise à coup sûr l'introduction sous la peau de toute la quantité de virus qu'ils peuvent véhiculer resta également sans effet.

Ces expériences, par elles-mêmes suffisantes, ont été d'ailleurs confirmées par une observation d'une grande portée relatée en détail dans notre récente monographie consacrée à la dengue. Elle concerne notre service de l'hôpital d'instruction d'Athènes où pendant neuf mois, nous avons entretenu expérimentalement la dengue et où malgré la présence en abondance de ces moustiques et parasites et bien qu'ils aient dû des milliers et des milliers de fois piquer à tour de rôle tantôt les sujets atteints de dengue, tantôt les autres sujets réceptifs que nous avons fait soigner à leur côté, dans la même chambrée, pas une seule fois, nous n'avons observé un cas de dengue en dehors de ceux que nous provoquions nous-même par l'inoculation du virus.

Ces insectes et parasites, par conséquent, ne jouaient aucun rôle dans la transmission de la dengue et le *stégomyia est le seul moustique susceptible de véhiculer le virus de cette maladie.* C'est également ce moustique qui conserve le virus d'une année à l'autre.

C'est donc dans la lutte contre ce redoutable moustique que doit se résumer la prophylaxie de la dengue; cette lutte *doit être menée en hiver* pour avoir toutes les chances de réussite.

LES LIGATURES DIFFICILES[1]

Par H. BILLET,
Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DE L'ARTÈRE FESSIÈRE

J'ai eu l'occasion, au cours de la guerre, de lier quatre fois l'artère fessière. Quand je dis lier, ce n'est pas tout à fait exact. Trois fois sur quatre, c'est d'une pince à forcipressure et non de fil à ligature que je me suis servi pour assurer l'hémostase... C'est que la ligature de la fessière est difficile sur le vivant; et elle n'est difficile que pour une seule raison, à savoir que l'artère et les veines qui l'entourent saignent abondamment et que le trou au fond duquel on la cherche, — c'est toujours un puits, quelle que soit la longueur de l'incision cutanée! — se remplit rapidement et sans cesse de sang,... perdu pour le blessé. Il faut donc aller vite, ne pas s'obstiner à de vaines recherches qui pourraient compromettre la vie de l'opéré; et c'est pourquoi la pince à demeure est d'un précieux secours. Encore faut-il savoir la placer au bon endroit...

Quand on opère sur le cadavre, l'hémorragie n'entre pas en ligne de compte. La grande cause de difficultés a donc disparu, et la ligature de l'artère fessière n'est pas, en conséquence, sensiblement plus malaisée qu'une autre. Ici, comme toujours, il faut opérer méthodiquement et en connaissance de cause : la condition essentielle, fondamentale, c'est de savoir exactement où est l'artère.

Or, si j'en crois mon expérience, il y a bien des opérateurs qui n'ont pas à cet égard des notions très précises. C'est pour ceux-là que la ligature de la fessière est difficile; ce sont ceux-là qui la cherchent désespérément, en dilacérant à coups de sonde les muscles profonds de la fesse : *on ne trouve pas la fessière, parce qu'on ne sait pas exactement où elle est, parce qu'on la cherche là où elle n'est pas.*

C'est sur un squelette de bassin, tenu dans la main, qu'il faut se rendre compte de la position de l'artère fessière. Je crois, en effet, que bien des erreurs de conception proviennent de ce qu'on a



FIG. 1. — *Os coxal, vu en arrière et de côté, pour montrer l'émergence de l'artère fessière au point le plus élevé de l'échancrure sciatique.*

l'habitude de se figurer les vaisseaux fessiers tels qu'ils sont représentés dans la plupart des Traités d'anatomie, avec les muscles qui les entourent et

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.); — n° 80, p. 1386 : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (avec 3 fig.); — n° 96, p. 1698 : Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes (avec 3 fig.); — n° 104, p. 1845 : Ligature des artères carotides interne et externe à leur origine (avec 5 fig.).

qui masquent complètement le squelette. On les voit bien émerger au-dessus du pyramidal et se distribuer aussitôt aux muscles fessiers; on ne voit pas où ils se trouvent par rapport au squelette. Prenez donc un bassin, placez-le verticalement et regardez-le par derrière et de côté; *c'est au point culminant de l'échancrure sciatique que passe l'artère fessière, et ce point culminant répond à l'os coxal* (fig. 1), il est situé à un demi-centimètre du rebord de l'interligne sacro-iliaque; la précision sera encore plus grande s'il existe, comme cela arrive parfois, un tubercule de Bouisson, et si l'artère a imprimé son trajet sur le rebord inférieur de l'aile iliaque.

C'est donc au sommet de l'échancrure sciatique, contre l'os coxal, et non du côté de l'articulation sacro-iliaque, ni, *a fortiori*, du côté du sacrum qu'il faudra rechercher l'artère fessière. Voilà la notion capitale à connaître; Alphonse Guérin n'en donnait du reste pas d'autre.

La conclusion qui en découle, c'est qu'il faut repérer l'échancrure sciatique, de telle manière que l'incision cutanée réponde exactement à cette échancrure. Farabeuf conseille de se servir comme repère de l'épine iliaque postérieure et supérieure, qui surplombe les vaisseaux fessiers, et il l'utilise pour tracer la ligne ilio-trochantérienne. *Je crois qu'il est infiniment plus simple de chercher l'échancrure sciatique elle-même;* elle est toujours facile à trouver, même chez des sujets gras; le doigt s'y enfonce et est arrêté par le rebord osseux de l'ilion. Quand il a fait cette recherche, l'opérateur sait désormais où se trouve exactement l'artère fessière.

Les quelques autres données anatomiques qui sont encore nécessaires sont, en effet, banales et généralement connues de tous. C'est d'abord l'orientation des faisceaux musculaires du grand fessier. La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître qu'il y a intérêt à faire une incision parallèle à la direction de ces faisceaux. Sur le vivant, on coupe, sans doute, quelques artérioles musculaires; mais la traversée du muscle est très facile. Les écarteurs donnent un jour considérable, et, à condition que l'incision ait été poussée assez loin en arrière, de manière à dépasser largement les limites du pourtour de la ceinture pelvienne, il est tout à fait inutile de pratiquer le débridement transversal ou curligne dont parle Farabeuf.

C'est ensuite la disposition de la couche musculaire profonde de la cuisse, et, en particulier, du pyramidal, qui est l'axe anatomique de la région, le *repère capital du plan profond*, suivant l'expression de Robert Picqué. Il occupe la totalité de l'échancrure sciatique, et c'est entre son bord supérieur et l'os coxal que s'insinuent les vaisseaux fessiers et le nerf fessier supérieur. Il sera toujours facile de le découvrir et de le dégager, puisque, entre le grand fessier et les muscles profonds de la fesse, s'interpose une nappe abondante de tissu cellulaire lâche, et que ces derniers sont, par surcroît, recouverts d'une mince aponévrose profonde.

C'est enfin la disposition même de l'artère fessière, qui s'épanouit sitôt qu'elle a pénétré dans la région fessière, qui est entourée d'un plexus veineux et qui est accompagnée du nerf fessier supérieur. Le fait qu'elle se bifurque prématurément implique la nécessité, signalée par tous les auteurs, de chercher le tronc de l'artère, non pas dans la fesse, mais dans l'échancrure sciatique, au contact même du bord inférieur de l'aile iliaque, faute de quoi, on s'expose à lier une branche, et non l'artère elle-même.

Les plexus veineux qui entourent le tronc de l'artère fessière ne sont gênants que lorsque on opère sur le vivant, car les veines saignent tout autant que l'artère; c'est l'abondance de l'hémorragie, la difficulté qu'on éprouve à l'arrêter par les moyens habituels, qui oblige à placer une pince à demeure, au lieu de faire une ligature classique. Sur le cadavre, les veines, quoique importunes, se laissent assez bien isoler de l'artère; elles ne constituent pas un obstacle très important. La même remarque s'applique au nerf fessier supérieur. Situé en dehors de l'artère, il ne risque pas, sur le cadavre, d'être lié avec cette dernière; par contre, il faut penser à lui et savoir l'éviter quand on pratique, sur le vivant, le pincement en masse des vaisseaux fessiers.

Voici pour terminer les principales indications concernant l'exécution de la ligature.

1. *Position du sujet.* — Le sujet étant placé sur le ventre (fig. 2), je conseille vivement de glisser un épais billot sous l'abdomen, de manière à faire saillir la région fessière et à tendre les muscles fessiers. Cette manœuvre facilite singulièrement la traversée du muscle fessier et le repérage du pyramidal.

2. *Ligne d'incision.* — L'artère n'étant pas située dans un interstice musculaire, dans une gouttière

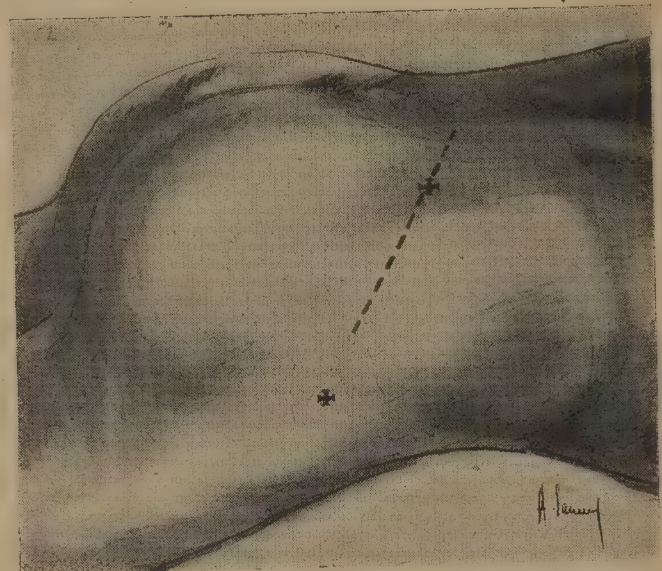


Fig. 2. — *Ligne d'incision.*
Les ✠ représentent : celle du haut, l'*échancrure sciatique;* celle du bas, le bord supérieur du grand trochanter.

aux parois bien limitées, il est nécessaire d'avoir recours à une ligne d'incision. Les classiques recommandent, avec Farabeuf, la ligne ilio-trochantérienne, et je ne reproduirai pas, une fois de plus, les indications du Maître pour la découverte de l'épine iliaque postérieure et supérieure.

J'ai dit précédemment pourquoi, à ce repaire,

difficile malgré tout à bien préciser, et dont les rapports avec l'artère fessière ne sont que lointains, j'en préférais un autre. J'estime, ai-je dit, qu'il est à la fois plus simple et plus rationnel de repérer l'échancrure sciatique elle-même, qui livre passage au muscle pyramidal et aux vaisseaux fessiers. Et je répète qu'il est très facile en déprimant avec l'index les tissus mous de la fesse, de pénétrer dans l'échancrure sciatique et d'en marquer l'emplacement exact (fig. 2). L'incision se dirigera vers le grand trochanter, on lui donnera 10 à 12 centimètres de longueur; le point marquant l'échancrure sciatique sera situé approximativement à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieur de l'incision (fig. 2).

3. *Traversée des plans superficiels. Repérage du muscle pyramidal.* — On traversera le grand fessier, en passant autant que possible entre les faisceaux musculaires et en réclinant au fur et à mesure les deux lèvres de l'incision. Ayez surtout bien soin de fendre le grand fessier dans toute l'étendue de votre incision, surtout à la partie postérieure, et traversez le muscle jusqu'à ce que vous tombiez en avant, dans l'espace celluleux profond de la fesse, en arrière sur le plan squelettique. Ceci est capital.

4. *Découverte des vaisseaux fessiers et ligature.* — Réclinez au maximum de part et d'autre, les plans superficiels et regardez le fond du champ opératoire. L'aponévrose profonde ne vous gêne pas tant elle est mince. Si votre incision a été bien placée, vous devez découvrir tout de suite le bord supérieur du muscle pyramidal (fig. 3). Libérez-le d'un coup de

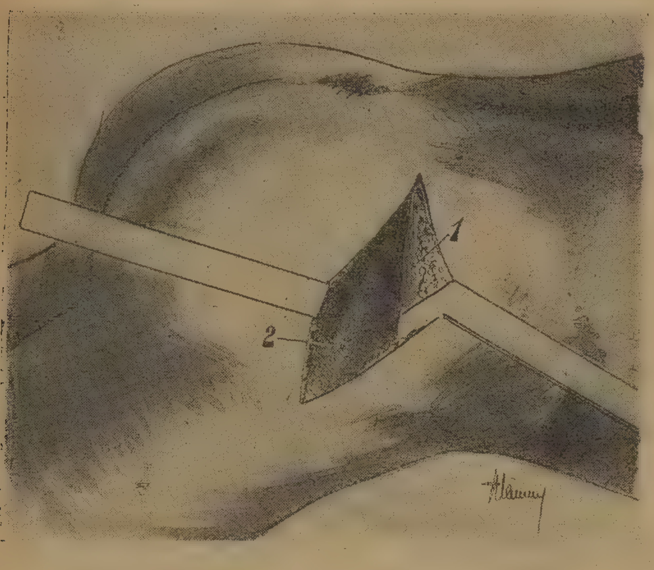


FIG. 3. — *Découverte du plan musculaire profond de la fesse, après traversée du muscle grand fessier.*

1. Muscle grand fessier, récliné. — 2. Interstice entre le pyramidal et le moyen fessier.

sonde cannelée, et portez-vous directement avec le doigt dans l'échancrure sciatique, et de telle manière que la pulpe de l'index regarde vers le haut, c'est-à-dire touche le bord inférieur de l'os iliaque. C'est là que vous devez découvrir les vaisseaux fessiers. Notez que je n'ai pas dit c'est là que vous *sentirez* les vaisseaux fessiers; ceux-ci sont parfois, mais non toujours, masqués et protégés par une bandelette fibreuse, qui transforme en un canal la gouttière osseuse dans laquelle ils cheminent.

Mais lorsque vous aurez fait cette reconnaissance du bord inférieur de l'os coxal, portez-vous y avec la pince à dissection et la sonde cannelée; dégagez les vaisseaux que vous apercevrez en vous dirigeant toujours vers la profondeur; dilacérez, s'il y a lieu, les brides fibreuses qui les recouvrent, dégagez les veines qui s'enlacent autour de l'artère. Vous ne tarderez pas à isoler un tronc volumineux, aplati

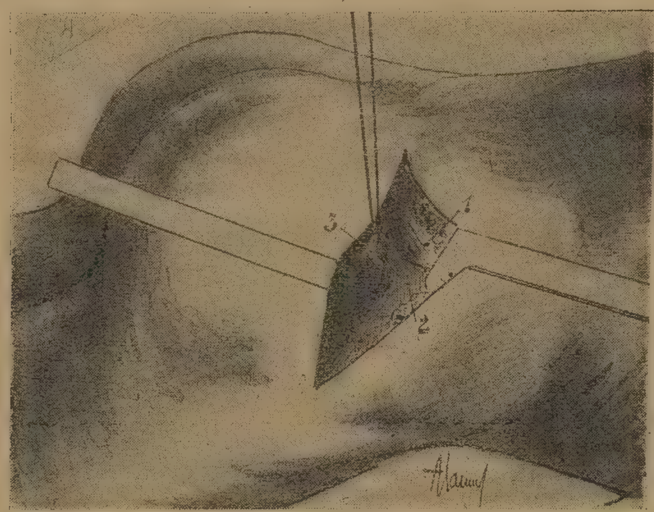


FIG. 4. — *Ligature de l'artère.*

1. Muscle grand fessier. — 2. Plan musculaire profond. — 3. Artère fessière et ses branches (un fil a été passé *sous le tronc*).

contre le rebord iliaque : ce ne peut être que le tronc de la fessière, et c'est lui que vous chargerez avec le fil à ligature (fig. 4).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1929)

Hyperchlorhydrie globulaire, hyperchlorhydrie bulbaire et acidose rénale. — MM. H. BÉNARD, J. LENORMAND et F.-P. MERKLEN étudient comparativement les modifications du rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ et de la réserve alcaline au cours des néphrites azotémiques :

a. Au cours des néphrites azotémiques, la diminution de la réserve alcaline, l'élévation du rapport chloré sanguin et l'hyperchlorhydrie bulbaire, vont souvent de pair;

b. Au point de vue pronostic, l'élévation du rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ est loin d'avoir la valeur de l'abaissement de la réserve alcaline et de l'hyperazotémie;

c. Si l'augmentation du rapport chloré est dans nombre de cas un témoin commode de l'hyperchlorhydrie tissulaire au cours de l'acidose, elle ne nous semble pas un criterium certain de l'intoxication acide;

d. Dans certains cas, il y a discordance complète entre la surcharge chlorée des hématies et celle du bulbe.

La méthode de Whipple comme thérapeutique adjuvante dans le traitement de l'hépatite aiguë amibienne. — M. VIALARD (de Rochefort).

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1929)

A propos du dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal. — MM. E. CHABROL, H. BÉNARD et M. BARIÉTY réhabilitent la méthode stalagmométrique comme méthode de dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal, surtout si l'on prend soin de diluer le liquide duodénal pour annihiler l'influence perturbatrice des autres dénivellants parasites.

Un nouveau cas de maladie de Lobstein : les yeux ardoisés. — MM. SICARD, HAGUENEAU et GILBERT-DREYFUS présentent un nouveau cas de cette curieuse maladie. Cette malade, dont la grand'mère présentait la même conformation, a quatre enfants atteints aussi de malformations craniennes et sont porteurs « d'yeux ardoisés ». Les modifications craniennes sont caractéristiques.

Néphrose lipoïdique. — M. Pr. MERKLEN, Mlle LE BRETON et M. R. CAHN rapportent l'histoire d'une fillette de quinze ans dont l'état répond à la néphrose lipoïdique telle que l'ont décrite des auteurs allemands et américains. Elle est semblable à celles publiées récemment en France. Cliniquement, on la retrouve dans certaines descriptions de la vieille néphrite épithéliale ou chlorurémique. Biologiquement, l'école de Widal avait déjà fait des recherches importantes sur la lactescence du sérum des brightiques, sur sa teneur en acides gras, cholestérol et lécithine; Widal avait montré l'impossibilité de déceler un syndrome clinique spécial par l'étude de la lipémie et de l'hypercholestérinémie. Chauffard avait insisté sur la fréquence de ce dernier symptôme au cours des néphrites les plus variées, ce qui défend de lui accorder une valeur spécifique au cours de la néphrose lipoïdique. D'autre part, la cloison n'est pas étanche entre cette néphrose et les phénomènes de néphrite. Aussi est-il difficile de fixer la place nosologique qui revient à la néphrose lipoïdique.

Pneumothorax thérapeutique mué en caverne pleuro-pulmonaire géante. Considération sur les fistules pleuro-pulmonaires borgnes. — M. R. BURNAND. Chez un homme de vingt-trois ans, un pneumothorax gauche est créé en janvier 1923 pour tuberculose cavitaire. Il est, en mars de la même année, le siège d'un exsudat séro-fibrineux. Celui-ci passe à la purulence. Au cours des ponctions et des remplissages ultérieurs, très espacés, aucune anomalie manométrique, aucun accident douloureux ou dyspnéique, aucune vomique, ne fit à aucun moment soupçonner une complication du côté du pneumothorax. Mais une bilatéralisation suraiguë emporta le malade en quelques semaines, deux ans après la création du pneumothorax. A l'autopsie, on a eu la surprise de constater, outre les lésions caséeuses du poumon droit, une énorme fistule broncho-pleurale du côté du pneumothorax, plus qu'une fistule, un ulcère géant chronique du moignon pulmonaire, dont les lésions communiquent largement avec la cavité du pneumothorax. Cette lésion était de même complètement latente pendant la vie.

Granulomatose maligne à forme pleurale et tuberculose ganglio-splénique. — MM. Léon BERNARD, F. COSTE et M. LAMY relatent l'observation d'un homme entré dans leur service pour une pleurésie séro-fibrineuse d'apparence primitive. L'existence d'une fièvre de type ondulant, la constatation d'une grosse rate, les bons effets de la radiothérapie et ultérieurement l'examen d'un ganglion prélevé par biopsie permirent d'affirmer le diagnostic de granulomatose maligne à forme pleurale.

Les auteurs, sans prendre définitivement parti dans le débat, rappellent que, pour expliquer ces faits, les uns attribuent à la granulomatose une origine tuberculeuse, que d'autres incriminent le microbisme latent des ganglions, que certains enfin admettent une tuberculisation secondaire des lésions.

Sur les effets de l'opothérapie hépatique dans une anémie grave posthémorragique chez une azotémique. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON et GOUYEN rapportent l'observation d'une malade atteinte de néphrite chronique azotémique. A la suite de métrorragies déterminées par un fibrome s'était installé un état d'anémie grave.

La réparation des globules rouges ne s'était pas effectuée après l'ablation chirurgicale du fibrome.

Sous l'influence de l'administration quotidienne d'extrait de foie, la réparation globulaire s'est effectuée rapidement, le chiffre des globules rouges triplant en l'espace de quatorze semaines, bien que l'azotémie soit passée de 0gr90 à 1gr27.

Une forme d'angine avec exanthème particulière. — MM. MIRONESCO et ANGENOMON (de Bucarest).

Amibiase pulmonaire traitée par le pneumothorax et l'émétine. — MM. A. PELLÉ et LE BARON (de Rennes).

Phénomènes d'hypochloruration apparaissant chez un urémique traité par le régime sans sel. Nécessité du contrôle de l'état de la chloruration au cours du traitement des néphritiques azotémiques. — MM. Léon BLUM, VAN CAULAERT et P. GRABAR relatent l'histoire d'un malade atteint d'urémie avec chloropexie tissulaire. Sous l'influence d'un traitement strictement déchloruré et consistant essentiellement en l'apport d'eau et de sucre, l'état du malade s'améliore. L'urée est tombée de 6 grammes à 2gr40 et persiste à ce niveau. L'examen du chlore des globules et du liquide céphalo-rachidien révèle l'existence d'une chloropénie. Après l'administration de sel l'urée a baissé rapidement à 0gr50.

Les auteurs attribuent cette perte exagérée en Cl, qui s'est faite chez ce malade par la voie rénale, à une amélioration de l'état du rein et à une acidose très marquée.

Pierre BOULOUMIÉ

Nous avons appris avec un bien vif regret la mort, à Paris, à l'âge de 83 ans, du docteur Bouloumié.

Bouloumié avait commencé sa carrière comme médecin militaire. C'est à ce titre qu'il prit part à la guerre de 1870.

Arrivé rapidement au grade de médecin major, il semblait appelé à un brillant avenir dans l'armée, quand il donna sa démission, pour se consacrer à l'exercice de la médecine comme médecin consultant à Vittel. On sait le rôle important qu'il a joué dans le développement de cette belle station.

Il fut, un des premiers, sous la direction du professeur Potain à étudier les troubles résultant de la tension artérielle et put bientôt démontrer les bons effets de Vittel sur les hypertendus. Ses travaux lui valurent d'être le président de la Société de médecine de Paris.

A côté de ses travaux scientifiques, Bouloumié a consacré, en véritable apôtre, une grande partie de sa vie aux œuvres de la Croix-Rouge. Fondateur et secrétaire général de l'Union des femmes de France, il était devenu vice-président de la Croix-Rouge française.

Bouloumié était encore président du Conseil d'administration des eaux de Vittel, ancien conseiller général des Vosges. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Personne n'était plus parisien que ce vosgien. On le rencontrait dans les services hospitaliers, à l'Académie, toujours jeune et alerte malgré son grand âge, toujours souriant et affable. C'était un esprit d'une grande distinction, aussi était-il très recherché dans le monde et jouissait-il d'une estime et d'une sympathie générale.

C'est très sincèrement qu'il sera regretté par tous ceux qui ont pu, comme nous, connaître ce beau caractère de médecin.

A. BROCHIN.

Charles TALAMON

M. Talamon, médecin honoraire des hôpitaux, vient de mourir à Paris, à l'âge de 78 ans. C'était un clinicien de la vieille école, c'était aussi un chercheur dont les travaux, après quarante ans, gardent une certaine actualité, et seront encore bien souvent consultés utilement.

M. Talamon était médecin des hôpitaux depuis 1885; toute sa carrière hospitalière s'est passée dans deux hôpitaux : à Tenon, puis à Bichat.

Dans ce dernier hôpital, il accumula une documentation prodigieuse, recueillie avec une extraordinaire conscience qu'il poussait au point de prendre lui-même ses observations.

Talamon fut à la fois un homme de laboratoire et un clinicien. Bactériologiste, il se livra à d'importantes recherches sur la pneumonie. On lui doit la découverte, en 1883, du *pneumocoque*, étudié ensuite par Fraenkel (de Berlin). C'est Talamon, si nous ne nous trompons, qui préconisa dans le traitement de la pneumonie les injections de sérum antidiphtérique.

Avec Thiercelin et Louis Martin il a fait aussi de nombreuses recherches.

Le clinicien qu'il était n'a peut-être pas utilisé complètement sa grande documentation. Il n'en a pas moins publié de remarquables travaux qui méritent de ne pas tomber dans l'oubli. Après avoir été le collaborateur de Germain Sée, il publia en 1888 avec Lecorché un *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright* qui est devenu classique.

Il a écrit encore dans la Collection Charcot-Debove un volume sur l'*appendicite* et la *pérityphlite*, dans lequel il exposait ses théories personnelles. Ce fut même l'occasion d'une polémique assez vive entre Dieulafoy et lui. Retenons surtout de ces discussions passées que Talamon a prononcé pour la première fois dans ce livre les mots de *vase clos* : « expression heureuse », ce sont les termes employés par Dieulafoy, qui depuis a connu une certaine fortune.

Nous devrions encore citer les nombreuses publications qu'il fit avec ses élèves : Guillemot, Bigart, Dévé, Henri Meuriot, Schreiber, soit dans les Sociétés savantes, soit dans la *Médecine moderne* dont il fut le fondateur avec Capitan, et où il se révéla un écrivain médical de grand talent. Ne lui doit-on pas aussi d'excellents articles de vulgarisation dans *Le Matin* qu'il signait du pseudonyme de « Dr Ox »?

Talamon vivait un peu à l'écart, on ne le voyait plus depuis de longues années dans les réunions professionnelles, il n'en a pas moins continué jusqu'au bout à mener une vie de travail devant laquelle on doit s'incliner avec respect.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

ANDROCRINOL
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

BRONCHITOL
Sirop de Thiocol pur
(Procédé nouveau de fabrication)
GRAND FLACON. == PRIX : 13 francs
1 cuillerée à café = 0 gr. 35 de Thiocol pur
ÉCHANTILLONS : Laboratoires H. SALLE et Cie, 4, Rue Elzévir - Paris (IIIe)

LABORATOIRES CARTERET

EURONAL
HYPNOTIQUE LÉGER
Comprimés rigoureusement dosés à :
Diéthylmalonylurée.. 0 gr 15
Intrait de valériane.. 0 gr 10
Insomnies nerveuses - Névralgies
1 à 3 comprimés par jour

FERMENTEROL
Modificateur du milieu biologique
- Régulateur du fonctionnement -
de l'intestin
SANS AUCUN FERMENT
ENTÉRITES - CONSTIPATION - DERMATOSES
3 à 9 comprimés par jour

SINAHIN
ANTIDIABÉTIQUE
SANS RÉGIME ABSOLU
Pilules à base de Semen-contra total
5 à 15 pilules par jour

Échantillons et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

LA MÉNOPAUSE ET SES TROUBLES

II. — Bouffées de chaleur et sueurs.

« Si, dans un compartiment de chemin de fer, disait le Professeur Guyon, une voyageuse demande la permission de baisser les glaces, questionnez-la : vous aurez toujours l'occasion de constater qu'on lui a enlevé les ovaires, si elle n'est pas sur son retour d'âge. »

La voyageuse dont il est ici question souffre de ces *bouffées de chaleur* qui sont le tourment habituel des femmes à l'âge critique. Ce symptôme bien connu mérite cependant une description spéciale. Ce sont des crises passagères de dilatation vasculaire générale ou partielle du réseau capillaire souscutané, accompagnées de phénomènes particuliers : telle est la bonne définition que donne E. Lévy dans sa thèse de 1899.

Une sorte d'*aura* préside au début de la crise : c'est quelquefois un léger frisson, ou encore une sensation de constriction de l'abdomen ou de l'épigastre. L'aura peut également se déclarer au niveau de la tête. Puis, violemment, le sang monte au visage en même temps qu'une chaleur brûlante se répand à la face et souvent à tout le corps. Les pommettes sont rouges, les mains chaudes, le pouls accéléré et plein. Les symptômes concomitants habituels sont des vertiges avec ou sans bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue (nuage, points brillants, etc.), menace de syncope, oppression poignante, palpitations.

Après cet accès qui s'accompagne d'une certaine agitation, survient une phase d'abattement accompagnée de pâleur, de frisson et de sueur souvent abondante.

La durée de la crise est très variable : l'*aura* dure quelques secondes; la crise congestive et la crise sudorale ensemble, une dizaine de minutes d'habitude, mais cette durée peut être beaucoup plus longue.

Quant à la fréquence de ces accès, elle est également très variable. Ils peuvent se reproduire cinq ou six fois en vingt-quatre heures et quelquefois bien plus souvent, puisque certaines femmes les voient reparaître toutes les cinq minutes. Quelquefois ils se déclarent la nuit et produisent de violents cauchemars et un réveil au milieu de sueurs.

Ordinairement ces crises de bouffées de chaleur se produisent, à la façon de tous les troubles ménopausiques, à l'époque où autrefois apparaissaient les règles. Cette répétition des crises qui amène bien souvent une dépression marquée de tout l'organisme, se prolonge pendant cinq ou dix ans, en général, et quelquefois se reproduit indéfiniment.

Comme pour tous les troubles ménopausiques, ceux qui suivent la ménopause naturelle sont beaucoup moins violents et moins pénibles que ceux qui surviennent après la ménopause chirurgicale. Il semble que la transformation s'opérant graduellement et naturellement, prépare peu à peu les organes à la disparition d'une fonction essentielle.

On sait que, depuis le mémoire de Jayle en 1897, on considère que ces troubles sont dus à la cessation de la sécrétion interne de l'ovaire, explication fort plausible mais qui n'est pas satisfaisante dans tous les cas, puisque les troubles ménopausiques sont faibles ou peuvent manquer chez des femmes placées apparemment dans les mêmes conditions physiologiques et anatomiques.

Le traitement par les extraits ovariens est trop souvent infidèle; en revanche, la *lachésine* donne constamment satisfaction : on pourra en juger par l'observation suivante due au docteur Ch... (de la Loire-Inférieure) :

Mme M..., âgée de 52 ans, est atteinte depuis la disparition de ses règles, c'est-à-dire depuis deux ans, de vertiges, bouffées de chaleur, maux de tête et de douleurs diverses. Elle a essayé l'hamamélis, l'hydrastis et les spécialités les plus vantées pour le retour d'âge. Aucun résultat. La *lachésine* l'a guérie de tous ses malaises. (Deux comprimés quotidiens.) Dr MENDEL,

Ancien int. des hôp. de Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

SCLÉROSE EN PLAQUES

SYMPTOMES, FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC [1]

FORMES CLINIQUES

Nous ne retiendrons que les principales, car la prédominance de tel ou tel symptôme permettait d'en décrire à l'infini.

1. **Forme paraplégique pure.** — Cette forme a toutes les apparences de la paraplégie spastique d'Erb. En présence d'un tel tableau clinique, il faut rechercher avec soin :

L'abolition des réflexes cutanés abdominaux, du réflexe du voile;

Un trouble cérébelleux (multiplier les examens et les épreuves);

Quelques troubles oculaires, labyrinthiques;

La dissociation du Wassermann et du benjoin dans le liquide céphalo-rachidien.

Le diagnostic est souvent fort délicat. On a signalé des formes paraplégiques cutanéo réflexes, rarissimes, mais de diagnostic très difficile.

2. **Forme à début oculaire.** — Les troubles oculaires peuvent être les *premiers en date*. Les troubles oculaires, avec *névrite optique*, etc. (voir plus haut, fond d'œil), sont souvent unilatéraux et précédés d'amblyopie soudaine et transitoire. De tels signes doivent *faire penser à la sclérose en plaques* et la faire rechercher.

3. **Autres formes cliniques.** — Forme *hémiplégique*, avec prédominance unilatérale des signes pyramidaux.

Forme bulbaire, simulant la paralysie labio-glosso-laryngée de la sclérose latérale amyotrophique.

Forme *cérébelleuse*, où les signes pyramidaux associés, même discrets, permettent le diagnostic.

Forme *amyotrophique*, très rare, à évolution rapide.

On a insisté récemment sur les formes mentales qui présentent parfois un *intérêt médico-légal*, et sur lesquelles on a récemment insisté.

Les troubles mentaux seraient assez fréquents, surtout dans les *formes hautes* (membres supérieurs, nerfs craniens). Ils peuvent être :

a. *Discrets.* — On a décrit des formes à tendance mélancolique, dépressive. Mais il faut insister sur l'*euphorie* fréquente de ces malades et tenir compte dans son appréciation des troubles de la *mimique*.

b. *Intenses et bien caractérisés*, — Tantôt troubles du caractère avec *impulsions violentes*, *excitation maniaque* (Lhermitte).

Tantôt forme de PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE (Claude).

c. Mention spéciale doit être faite des troubles anesthésiques.

Formes FRUSTES, réduites à quelques signes discrets, qu'il faut rechercher à maintes reprises et au cours desquelles le diagnostic de « *névropathie* » est souvent et injustement porté.

Formes *aiguës*, évoluant en quelques mois, très rare (Guillain).

DIAGNOSTIC

I. **Positif.** — Nous avons insisté sur les signes du début. Le diagnostic doit s'appuyer sur : jeunesse du sujet (dix-huit à trente-cinq ans), *diffusion des lésions en foyer*, *dyssymétrie de la réflectivité tendineuse*, *variabilité et progressivité des symptômes* (Claude), présence de *signes associés* pyramidaux, cérébelleux, oculaires, etc. L'*absence de signes pathognomoniques*, la symptomatologie d'*emprunt* de cette affection explique que son diagnostic soit un des plus délicats en neurologie. L'absence d'étiologie, l'aspect atypique des symptômes doivent y faire penser.

Insistons encore sur l'importance des signes suivants : paraplégie spasmodique, nystagmus, démarche ataxique, asynergie ou adiadococcinésie même légères, troubles de la sensibilité vibratoire (diapason), abolition des réflexes abdominaux, médio-pubien (modifié), du voile du palais. Décoloration du segment temporal de la *pupille*, *dissociation Wassermann-benjoin*.

II. **Différentiel.** — La sclérose en plaques est la *grande « simulatrice »*. Les questions qui se posent varient suivant les formes :

A. **Forme classique, paraplégique.** — Deux gros diagnostics :

1° LES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES. — Mais ici : phénomènes spasmodiques et réflexes de défense plus intenses, atrophie musculaire, troubles radiculaires, gros troubles de la sensibilité superficielle, dissociation albumino-cytologique, enfin radiodiagnostic *lipiodolé*. On a les signes d'une lésion en foyer et non de lésions diffuses. Le diagnostic est assez facile.

2° LA PARAPLÉGIE SYPHILITIQUE D'ERB est souvent *très difficile* à éliminer. On se basera sur les antécédents du malade, claudication intermittente de la moelle à la période initiale, importance des troubles sphinctériens et génitaux, signes pupillaires, constat possible de signes syphilitiques, ponction lombaire (il faut savoir que dans les formes anciennes le liquide céphalo-rachidien peut être normal).

3. LES SCLÉROSES SYPHILITIQUES EN PLAQUES DISSÉMINÉES peuvent également simuler la sclérose en plaques. Mais c'est un sujet âgé, avec gros troubles sphinctériens, Argyll-Robertson et signes biologiques : le Wassermann est parfois positif à la ponction lombaire.

Remarquer que le benjoin colloïdal peut être positif ici comme dans la sclérose en plaques.

4. LES PSEUDO-SCLÉROSES EN PLAQUES décrites par Westphal, répondant à une sclérose des noyaux lenticulaires, sont *très rares*. Il y a absence complète de signes pyramidaux et troubles intellectuels intenses.

B. **Forme dite commune.** — Elle est d'un diagnostic encore plus délicat, à cause de la variété et de la *variabilité* de ses manifestations.

Les paresthésies peuvent faire croire à : polynévrites, compressions médullaires, syphilis médullaires.

Les troubles oculaires peuvent faire penser à : *encéphalite épidémique*, *névrite rétro-bulbaire* relevant d'*autre cause* (syphilis, etc.).

Les vertiges ont pu être assez intenses pour évoquer une *tumeur ponto-cérébelleuse* d'autant plus que : nystagmus, Romberg, etc. Mais, ici, en faveur de cette tumeur plaideront l'hémispasme facial périphérique avec névralgie du V, stase papillaire, etc.

Les vertiges ne seront pas non plus attribués à des troubles circulatoires, hypertension artérielle avec angiospasmes.

C. **La forme cérébelleuse** simule les *tumeurs* cérébelleuses, ou plus rarement certaines maladies familiales telles : l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie, la maladie de Friedreich.

D. **Les formes à début oculaire,** à cause de l'*amaurose brusque*, font penser à la syphilis, à l'hypertension artérielle, au diabète.

E. **Les formes atypiques variées** peuvent simuler :

Les scléroses combinées;

L'hémiplégie;

Le syndrome pseudo-bulbaire;

La sclérose latérale amyotrophique.

F. **Les formes aiguës** peuvent simuler l'*encéphalite épidémique.*

G. **Les formes mentales,** rares, ont pu faire discuter la *paralysie générale*, le syndrome de Korsakoff, le pithiatisme.

H. **Les formes frustes** sont enfin d'un diagnostic *très délicat*. On parle trop souvent de « névralgies », de « *troubles névropathiques* » alors qu'un examen scrupuleux révélerait déjà des *signes organiques alarmants.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 11, p. 214, et n° 13, p. 251.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

IRRASTÉRINE BYLA

ERGOSTÉRINE PURE IRRADIÉE AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS

DRAGÉES — SOLUTION HUILEUSE

Vitamine D antirachitique catalyseur du calcium et du phosphore

REMPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS TOUTES SES INDICATIONS

1 goutte = 1 cuillerée à soupe d'huile de foie de morue

TRAITEMENT DU RACHITISME
TROUBLES DE L'OSSIFICATION

ÉTATS PRÉTUBERCULEUX
CONVALESCENCES

Littérature et Échantillons aux

Établissements BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS (14e) R. C. Seine 71.895

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

CALCOLÉOL

HUILE de FOIE de MORUE
(CONTRÔLÉE BIOLOGIQUEMENT)
CONCENTRÉE ET
SOLIDIFIÉE
VITAMINES A.B.D.
SELS de FER et de CALCIUM

DRAGÉES INALTÉRABLES SANS ODEUR ET EN GRANULÉS

POSOLOGIE
Adultes : 6 à 10 dragées ou 3 à 5 cuillerées à café de granulés
Enfants : Moitié de ces doses (en trois fois aux repas)

INDICATIONS

RACHITISME
TROUBLES de CROISSANCE
SPASMOPHILIE, DÉMINÉRALISATION
GASTRO-ENTÉRITES
AVITAMINOSES

CALCOLÉOL

Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA. Dr E. Perraudin Phn de 1re Classe 21 Rue Chaptal. Paris. 9e

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 134.569

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE à base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Brodin, Grenet, Faure-Beaulieu, Stévenin, Rouillard, Lortat-Jacob, Sainton, Loeper, L. Bernard, Sézary, Caussade et Lesné.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Un concours pour la nomination de sept internes en médecine (cinq titulaires et deux provisoires) sera ouvert le vendredi 22 mars, à 9 h. du matin.

Conditions de l'internat. — La durée de l'internat est fixée à quatre ans, divisés en deux périodes de deux années; l'autorisation de l'administration et l'avis favorable des chefs de service sont nécessaires pour accomplir la seconde période. Une année supplémentaire peut être accordée exceptionnellement par l'administration, après avis favorable des chefs de service.

Les internes (titulaires et provisoires) sont nourris, logés, chauffés et éclairés; les internes titulaires reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 fr.; les internes non logés (titulaires ou provisoires) reçoivent une indemnité de 2.200 fr. par an.

Un prix annuel de 100 fr. (fondation de Bizy) et un prix biennal de 600 fr. (fondation Despagne) ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de troisième et quatrième année (A. R.) et quatrième et cinquième année (N. R.) d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur, à l'hôpital civil, de 9 h. à 11 h. du matin, et de 2 h. à 4 h. du soir.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Modifications apportées aux heures d'ouverture de la bibliothèque.* — La bibliothèque de la Faculté de médecine est, depuis le 15 février 1929, ouverte aux heures ci-dessous : 1° de 13 h. 30 à 19 h. 15; 2° de 20 h. à 22 h. 15.

Avis. — Les consignations pour les examens de chirurgie dentaire (session extraordinaire d'avril) seront reçues à la Faculté les lundi 18 et mardi 19 mars 1929.

L'affichage des séries aura lieu le mercredi 17 avril.

La session s'ouvrira le 22 avril.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours sur titres pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au service médical de nuit aura lieu le lundi 15 avril 1929, à la Préfecture de police.

Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine, délivré par une Faculté française et n'avoir pas atteint quarante ans au 1er janvier 1929.

Le service médical de nuit est assuré par trente médecins titulaires, formant six équipes de cinq médecins chacune. Les médecins suppléants sont au nombre de quinze. En cas de vacances dans le cadre des médecins titulaires, les remplaçants sont choisis parmi les suppléants.

Les médecins titulaires et suppléants reçoivent, par nuit de garde, une vacation de 100 fr.

Le registre d'inscription est ouvert, dès à présent, à la Préfecture de police (service du personnel), où tous renseignements utiles seront fournis aux candidats; il sera clos le vendredi 15 mars 1929.

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boulᵈ de Port-Royal, PARIS

OFFICE NATIONAL DE L'HYGIÈNE SOCIALE. — M. le sénateur Honnorat est nommé président du Conseil d'administration de l'Office ; M. le docteur Guilhaud est nommé secrétaire général.

— Sont nommés membres du Conseil d'administration de l'Office national d'hygiène sociale :

MM. Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques; le docteur Jules Renault, conseiller technique sanitaire du ministère; le professeur Tanon, conseiller technique sanitaire du ministère; le docteur Roux, désigné par l'Institut Pasteur; le professeur Achard, désigné par l'Académie de médecine; le professeur Teissier, désigné par la Faculté de médecine de Paris; le professeur Calmette, désigné par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; Mme C. André, vice-présidente de la Ligue contre le péril vénérien ; MM. André Honnorat, sénateur, ancien ministre; les professeurs Pinard et Léon Bernard.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 3e décade (21-30 janvier 1929), 2.427 décès totaux, dont 2.046 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.342 pendant la décade précédente et de 1.420, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 381 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 157; il s'élevait à 112 pendant la décade précédente (moyenne 78).

La diphtérie a causé 17 décès, au lieu de 11 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 136, au lieu de 91 pendant la décade précédente (moyenne 92).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 544 décès, au lieu de 334 pendant la décade précédente, et au lieu de 300, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 71 décès ont été attribués à la grippe.

— Pendant la 4e décade (1er-10 février 1929), le bureau a enregistré 2.684 décès totaux, dont 2.256 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris (au lieu de 2.046 pendant la décade précédente et de 1.267, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années) et 428 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine.

Parmi les 2.256 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 5).

La scarlatine a causé 3 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 115; il s'élevait à 157 pendant la décade précédente.

La diphtérie a causé 16 décès, au lieu de 17 pendant la décade précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 87, au lieu de 136.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 724 décès, au lieu de 544 pendant la décade précédente, et au lieu de 228, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 242 décès ont été attribués à la grippe.

L'AGE DU MARIAGE EN ANGLETERRE. — La Chambre des lords vient de voter, en deuxième lecture, un projet de loi élevant à seize ans l'âge légal pour contracter mariage en Angleterre. Cet âge était jusqu'alors fixé à quatorze ans pour les garçons et douze ans pour les filles.

D'après les statistiques fournies, écrit *Le Temps*, il y aurait eu en Grande-Bretagne, au cours des douze dernières années, 312 mariages contractés par des enfants âgés de quinze ans, 28 à l'âge de quatorze ans et 5 seulement à l'âge de treize ans.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Chapron (de Bagnoles-de-l'Orne), Emile Batault (de Paris), Baratier, doyen du Conseil général de l'Allier; Georges Dehelly (du Havre), Henri Lutigneaux (de Lille); Gherardo Ferreri, directeur de la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome; de Lézinier (de Marseille), victime du devoir professionnel; le professeur Charles Posner (de Berlin), décédé à l'âge de 76 ans; depuis la mort d'Israël il était le chef de l'urologie allemande; il avait été le fondateur et le directeur de *Zeitschrift für Urologie*; Posner a été le premier président de l'Association internationale de la Presse médicale; le professeur José R. Carracido (de Madrid), un des maîtres de la chimie espagnole, correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris, et Paul Lidy (de Paris).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PHARMACIENS ONT DROIT D'OUVRIR LEURS OFFICINES LE DIMANCHE

M. Marteau, député, ayant demandé à M. le ministre du Travail : 1° si un patron travaillant sans employé est tenu de respecter la loi de huit heures, c'est-à-dire de ne laisser son magasin ouvert au public que ce nombre d'heures; 2° si des pharmaciens, ne voulant pas ouvrir leur officine au public en dehors de la présence de leurs employés, peuvent obliger les confrères qui n'ont pas de personnel à uniformiser les heures de travail, d'ouverture et de fermeture les jours ouvrables; 3° si, au cas où il faudrait prendre un arrêté préfectoral dans ce sens, le confrère sans employé est tenu de se soumettre audit arrêté, les jours ouvrables, sous peine d'amende, a reçu la réponse suivante :

« 1° L'article 6 du livre II du Code du travail (modifié par la loi du 23 avril 1919 sur la journée de huit heures) limite « la durée du travail effectif des ouvriers ou employés ». Les employeurs restent libres de fixer à leur gré les jours ouvrables, les heures d'ouverture et de fermeture de leurs établissements, à condition de ne pas occuper de personnel en dehors de la limite légale; 2° et 3° en ce qui concerne spécialement les pharmaciens, le décret des 15 août 1921, 5 mars 1926 appliquant la loi du 23 avril 1919 sur la journée de huit heures dans leur profession prévoit dans son article 3 que « si des organisations patronales ou ouvrières de la profession, dans une localité ou dans une région, demandent qu'il soit fixé un régime uniforme de répartition du travail pour tous les établissements de la profession dans la localité ou dans la région, il sera statué sur la demande par décret portant réglement d'administration publique, après consultation de toutes les organisations intéressées et en se référant aux accords intervenus entre elles, s'il en existe. » Lorsqu'un décret est intervenu, en application de la disposition ci-dessus, les assujettis sont tenus de n'occuper de personnel que pendant les heures fixées par ledit décret, mais il leur est loisible de conserver leurs officines ouvertes, sans personnel, en dehors des heures de travail. Un pharmacien n'occupant jamais de personnel n'est soumis ni à la loi de huit heures ni aux décrets pris pour son application. »

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE

CIBA
Marque Déposée

PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine a résolu le problème de la Médication phosphorée

Trois Formes:
- Cachets. . . . à 0 gr. 50 : 2 par jour.
- Comprimés à 0 gr. 25 : 4 » »
- Granulé : 2 cuillères à café » »

166

R. C. 10.694, Lyon.

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND. 1, PLACE MORAND — LYON



Suraliment phosphoré intégral

pour Enfants en bas âge

SOUS SON INFLUENCE :

Les courbes de poids se relèvent ;
le squelette se raffermit ;
l'éruption des dents est activée ;
l'état général devient meilleur.

1/2 à 2 cuillères à café par jour.

◆ ◆ ◆

Littérature et échantillons :
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

173

ÉNÉSOL

SALICYLARSINATE de MERCURE (38, 46 % de Hg. et 14,4 de As, dissimulés).

AVANTAGES DE L'ÉNÉSOL

FAIBLE TOXICITÉ, 70 fois moindre que Hg I₂. Haute valeur analeptique. *Une dose de 0 gr. 10 par kilo d'animal et contenant 0 gr. 038 de mercure n'a pas incommodé le lapin, la mort n'est survenue qu'avec une dose triple, soit 0 gr. 114 de Hg.* (COIGNET).

INDOLENCE DE L'INJECTION, signalée par tous les auteurs.

DOUBLE ACTION STÉRILISANTE SPÉCIFIQUE :

1° L'ÉNÉSOL agit comme ***hydrargyrique.***

2° L'ÉNÉSOL est, vis-à-vis du spirochète, un ***agent arsenical*** majeur; introduit dans l'organisme par voie intramusculaire ou intraveineuse, il assure rapidement une stérilisation durable.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

TOUTES LES MANIFESTATIONS de la SYPHILIS.

L'ÉNÉSOL réunit toutes les indications réservées aux arsenicaux comme aux hydrargyriques. Il est le médicament de choix des syphilitiques réduits à l'état de misère physiologique. Il peut être administré à hautes doses et répond aux indications d'urgence de même qu'il permet la médication d'entretien. **L'ÉNÉSOL** réussit dans les affections nerveuses parasyphilitiques, là où les autres préparations échouent si souvent. (FREY, QUEYRAT, HUDOVERNIG)

L'ÉNÉSOL possède la propriété de faire disparaître la réaction de Wassermann dans la plupart des cas, résultat que l'on n'obtient que rarement avec l'arsenobenzol. L'action de **l'ÉNÉSOL** sur la réaction de Wassermann a été bien étudiée par FLECKSEDER (Clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne), par FREY, THOREL, FRAENKEL et KAHN, AGAMENNONE, GOLDSTEIN, etc.).

PHARMACOLOGIE ET DOSES.

Ampoules de 2 cc. et de 5 cc. d'une solution dosée à 0 gr. 0.3 cgr. par cc.

DOSE MOYENNE : 2 cc. correspondant à 6 cgr. d'ÉNÉSOL par jour.

DOSES MASSIVES ou de SATURATION : Injections intramusculaires de 4 à 6 cc. (soit 12 à 18 cgr. d'ÉNÉSOL), tous les 2 ou 3 jours. Injections intraveineuses de 2 à 10 cc. (soit 6 à 30 cgr. d'ÉNÉSOL), selon le sujet, l'urgence et la gravité, tous les 2 ou 3 jours.

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1372

R. C., 78.026, Seine.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas

COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16°-Tél. Auteuil 44-09

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES TACHES SOLAIRES

Mon cher confrère,

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des symptômes des maladies chroniques, coïncidant avec le passage des taches solaires au Méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages de taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1929 est particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvelle, dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement si la question vous intéresse; si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, mon cher confrère, à l'assurance de nos meilleurs remerciements et de nos très cordiaux sentiments.

Le Président : Dr M. FAURE.

Adresser la correspondance au président de la Société médicale du littoral, M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, du 15 novembre au 15 mai, et à La Malou (Hérault) du 15 mai au 15 novembre.

CONGRÈS

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'AVIATION SANITAIRE (PARIS 1929.)

Programme général provisoire. — PREMIÈRE JOURNÉE. — *Mardi 14 mai 1929.* — Matin : A partir de 9 h., ouverture du secrétariat, 26, avenue de l'Opéra. Remise des cartes. Renseignements.

11 h. 30 : Audience de M. le ministre des Affaires étrangères.

17 h. : Réception des congressistes à l'Hôtel de Ville.

21 h. : Ouverture solennelle du Congrès à la Sorbonne.

DEUXIÈME JOURNÉE. — *Mercredi 15 mai.* — 9 et 14 h. : Séances de travail, Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques.

21 h. : Soirée théâtrale.

TROISIÈME JOURNÉE. — *Jeudi 16 mai.* — 9 et 14 h. : Séances de travail, Institut océanographique.

Soir : Banquet.

QUATRIÈME JOURNÉE. — *Vendredi 17 mai.* — 9 h. : Séance de travail, Institut océanographique.

11 h. : A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, cérémonie à la mémoire du médecin-colonel Picqué et des victimes tombées au service de l'aviation sanitaire.

14 h. : Visite de l'exposition des avions sanitaires à l'aérodrome de Villeneuve-Orly, exercice pratique d'évacuation sanitaire aérienne.

Soir : libre.

CINQUIÈME JOURNÉE. — *Samedi 18 mai. — Excursion à Reims.* — 8 h. : Départ de Paris des avions sanitaires. Exercice de transport réel de blessés à grande distance.

8 h. 40 : Départ de Paris par chemin de fer.

10 h. 29 : Arrivée à Reims. Réception par l'Aéro-Club de Champagne.

10 h. 45 : Visite des caves. Travail du Champagne.

12 h. 30 : Banquet à l'Hôtel-de-Ville.

15 h. : Visite de la ville, la Cathédrale, Foyer Rémois, hôpital américain, parc des sports, collège d'athlètes, fort de la Pompelle.

19 h. : Dîner.

20 h. 30 : Retour à Paris par chemin de fer.

Prix global de l'excursion : 100 fr.

Des pourparlers sont engagés auprès de compagnies de navigation aérienne pour organiser, à l'intention des congressistes qui en feraient la demande, le voyage de Paris à Reims au moyen d'avions commerciaux. Les conditions particulières de ce transport seront ultérieurement précisées.

SIXIÈME JOURNÉE. — *Dimanche 19 mai.* — Retour des avions sanitaires à l'aéroport d'Orly.

Pendant la durée du Congrès les modèles les plus récents d'avions sanitaires, français et étrangers, seront exposés à l'aéroport de Villeneuve-Orly, où les congressistes seront admis à les visiter. Un service de transport sera prévu pour se rendre au terrain.

De même, une exposition de matériel sanitaire sera établie à l'entrée de l'Institut océanographique au cours des journées où se tiendront les séances de travail.

Programme scientifique. — LISTE DES QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR. — 1° *L'aviation sanitaire sur les théâtres d'opérations extérieures.* — Rapporteurs désignés pour la France :

a. Maroc : M. le colonel Cheutin, ancien commandant de l'aviation marocaine; M. le médecin lieutenant-colonel Epaulard, médecin-chef de l'hôpital Marie Feuillet, à Rabat.

b. Syrie : M. le médecin général Duguet, directeur du Service de santé des troupes du Levant; M. le médecin lieutenant-colonel Causeret, adjoint à la direction du Service de santé des troupes du Levant; M. le capitaine Nebout, du 34e régiment d'aviation.

2° *L'aviation sanitaire aux colonies.* — Rapporteurs : M. le médecin lieutenant-colonel Cazanove, attaché au ministère des Colonies; M. le lieutenant-colonel de Durand de Prémorel, chef du service de l'Aéronautique coloniale.

3° *L'aviation sanitaire dans la marine de guerre.* — Rapporteurs : M. le médecin en chef de 1re classe de la marine Bellile; M. le lieutenant de vaisseau Braxmeyer, du Service central de l'Aéronautique maritime.

4° *L'aviation sanitaire, organe d'évacuation en temps de guerre.* — Rapporteurs : M. le médecin lieutenant-colonel Schickelé, de la section technique du Service de santé militaire; M. le capitaine breveté Chochu, de l'état-major de la 2e division aérienne au ministère de l'Air.

5° *Immunisation des aéronefs sanitaires en temps de guerre.* — Rapporteurs : M. Ch.-L. Julliot (Paris), docteur en droit,

membre du Comité directeur du Comité juridique international de l'aviation et de la Commission juridique de l'Aéro-Club de France ; M. Paul Des Gouttes (Genève), docteur en droit, membre du Comité international de la Croix-Rouge.

6° *Conditions physiologiques du transport en avion.* — Rapporteurs : M. le médecin lieutenant-colonel Beyne, directeur du Laboratoire d'études médicales et physiologiques de l'aéronautique au Val-de-Grâce; M. le docteur Garsaux, chef du Centre d'examens médicaux et physiologiques du Service de la navigation aérienne au Bourget-Dugny; M. le docteur Béhague, médecin neurologiste, examinateur du Centre médical du Service de la navigation aérienne au Bourget-Dugny; M. le docteur Charles Richet, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

7° *Considérations sur le traitement des malades et blessés graves transportés par avions sanitaires.* — Rapporteurs : M. le docteur Tuffier, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux; M. le médecin commandant Lacaze, professeur agrégé du Val-de-Grâce, chirurgien des hôpitaux militaires.

8° *L'aviation sanitaire en temps de paix.* — Rapporteurs : M. le docteur Tilmant; M. l'ingénieur de l'Aéronautique Rouanet, du Service technique et industriel de l'Aéronautique.

9° *Le matériel sanitaire aérien.* — Rapporteurs : M. le médecin général Uzac, directeur du Service de santé de la 5e région à Orléans; M. l'ingénieur de 1re classe de l'Aéronautique Suffrin-Hébert.

Avis important aux officiers de réserve du Service de santé. — Par décision de M. le ministre de la Guerre la présence au Ier Congrès international de l'aviation sanitaire sera considérée, pour les officiers de réserve du Service de santé qui y prendront part, comme une période d'instruction militaire de cinq jours à défalquer de la durée normale des périodes régulières. Mais cette assimilation ne pourra comporter aucune dépense de soldes ou indemnités, ni aucun avantage de transport.

Il suffira aux intéressés de justifier auprès du directeur du Service de santé de leur région de corps d'armée de leur présence effective au Congrès pour que leur soit décomptée la période dont la durée est indiquée ci-dessus.

Renseignements d'ordre pratique. — *Membres du Congrès.* — Les inscriptions comme membre du Ier Congrès international de l'aviation sanitaire sont reçues dès maintenant, au secrétariat, 35, rue François-Ier, Paris (VIIIe).

Carte officielle. — La carte officielle du Congrès sera remise contre paiement de la cotisation.

Il ne sera pas délivré de carte de membre du Congrès après le 15 avril 1929.

Cotisation. — Pour être membre du Congrès, il faut verser une cotisation de 60 fr.

Tout adhérent peut inscrire un ou plusieurs membres de sa famille en qualité de membre associé, ces derniers devront acquitter un droit d'inscription de 30 fr., et profiteront, de ce fait, des mêmes avantages que les adhérents.

Les cotisations pourront être acquittées en numéraire, en mandats-poste, mandats-cartes et mandats internationaux ou par chèques portant la suscription : « Aéro-Club de France, pour le Ier Congrès international de l'aviation sanitaire », adressés au trésorier, 35, rue François-Ier, Paris (VIIIe). (C. C. postal Paris 102-610.)

La qualité de membre du Congrès (adhérent ou associé) donne droit aux réductions sur les chemins de fer et les compagnies de navigation aérienne et maritime, à assister aux séances de travail, aux réceptions, au transport à l'aérodrome d'Orly, visite des expositions, fêtes à Vincennes, réceptions organisées spécialement pour les dames, présentation des mannequins chez les grands couturiers, etc.

LE XLIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Le XLIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 13 mai 1929.

Rapport : « Etiologie et traitement des blépharites », par le docteur Aubaret (de Marseille).

Excursion le mardi 14 mai, visite des Trianons sous la conduite de M. Mauricheau-Beaupré; banquet d'usage à Versailles le soir.

S'adresser pour tous renseignements au secrétaire général, docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique.* — Un cours de perfectionnement sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé ; J. Christophe, J. Darquier, J. Decourt, P. Schmite, chefs de clinique; P. Léchelle, médecin des hôpitaux; L. Girot, P. Mathieu, J. Périsson, N. Péron, A. Thévenard, anciens chefs de clinique; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la Clinique; Aubry, oto-rhino-laryngologiste de la Clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de seize leçons; la première série commencera le mardi 26 février 1929, à 15 h., à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi; la deuxième série commencera le lundi 11 mars 1929, à 15 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Tous les jours, dans les salles de malades de la Clinique, a lieu, à 11 h., une présentation d'un malade par le professeur F. Bezançon, la présentation du mercredi étant réservée à la tuberculose pulmonaire et ayant lieu à l'amphithéâtre de la Clinique.

Le vendredi, à 10 h. 1/2, leçon clinique à l'amphithéâtre. Les sujets qui seront traités en mars 1929 par M. F. Bezançon seront les suivants :

Vendredi 1er mars : Radiologie du hile normal et des ombres broncho-vasculaires.

Vendredi 8 mars : Syndrome radiologique des suppurations broncho-pulmonaires.

Vendredi 15 mars : Syndrome radiologique de l'emphysème pulmonaire.

Vendredi 22 mars : Syndrome radiologique de la stase pulmonaire.

— COURS D'HISTOLOGIE. — Les cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec les techniques histologiques courantes, qui doivent avoir lieu sous la direction de M. le professeur Champy, sont reportés au lundi 11 mars. Ils seront terminés le 25 mars.

— CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 18 h., amphithéâtre Vulpian, à partir du mardi 26 février 1929 inclusivement.

LE PREMIER EXTRAIT ORGANIQUE HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ANGINE DE POITRINE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE

une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant 20 unités cliniques hypotensives
PRIX 20 Fcs

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J. B. FIALIP. PH CIEN
97. RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph : LITTRÉ 68-24

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C/E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

STANNOXYL

FURONCULOSE
et toutes maladies
à staphylocoques,
anthrax, orgelets,
abcès du sein, acné.
Produit à base d'étain
et d'oxyde d'étain
préparé d'après les
travaux scientifiques
de A. Frouin

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE
37, rue de Bourgogne, 37, Paris

DRAEGER

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON (Professeur : M. G. LECLERC)

INVAGINATION INTESTINALE AIGUE

DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT [1]

Par M. G. HUBNER,
Chef de clinique à l'École de médecine de Dijon.

Étude clinique. — En lisant et dépouillant les assez nombreuses observations d'invagination aiguë de l'adulte que nous avons colligées, on voit que, contrairement à l'opinion classique qui veut que l'invagination soit réservée au seul nourrisson, l'adulte peut en être tout aussi bien atteint et on éprouve le sentiment d'une diversité symptomatique et d'une obscurité clinique un peu déconcertantes. Rarement le diagnostic d'invagination fut porté chez l'adulte et chez l'adolescent atteints, car rarement la symptomatologie fut assez nette pour permettre d'emblée le diagnostic. Nous voudrions essayer de dégager les formes cliniques qu'emprunte ordinairement l'affection et qui apparaissent nettement dans les cas publiés. Mis à part les accidents aigus qui viennent clore une suite plus ou moins longue de troubles intestinaux chroniques, nous distinguerons :

1° L'invagination aiguë, brutale, en tous points comparable à celle du nourrisson;

2° L'invagination aiguë à forme syndrome péritonéal;

3° L'invagination à type occlusion intestinale aiguë.

1° Invagination aiguë, forme du nourrisson. — Nous nous permettrons de reproduire ici *in extenso*, l'observation publiée par M. Oudard dans le *Bulletin de la Société nationale de chirurgie*, séance du 14 décembre 1927, n° 34.

C... (Alfred), matelot, sans spécialité, en traitement à l'hôpital de Sidi-Abdala pour une fracture ancienne du coude droit. Le 24 février 1918, dans la nuit, a été pris de violentes coliques. Le 25, au matin, l'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier, le ventre est souple, les douleurs ont disparu. On prescrit la diète hydrique et 20 grammes de sulfate de soude; dans l'après-midi, une première selle avec des scybales; à 18 heures, une selle sanglante; à 22 heures, nouvelle selle sanglante; dans la nuit, nouvelles crises douloureuses très vives se renouvelant presque toutes les heures. Le 26, à 9 heures, j'assiste à une des crises. Le malade est assis sur son lit, plié en deux, se comprimant l'abdomen, et son visage exprime une vive souffrance. Les selles de la veille sont constituées par du sang noir à odeur gangréneuse, arrêt des gaz. Le ventre est parfaitement souple et l'on découvre une tumeur du volume d'un œuf de dinde, très mobile et douloureuse, située au-dessus de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane. Le diagnostic d'invagination est posé et on opère d'urgence. Anesthésie au chloroforme, incision médiane sus et sous-ombilicale, pas d'épanchement péritonéal, anses intestinales non distendues. On extériorise la tumeur formée par un bloc de 15 centimètres de long, du diamètre du poignet, de coloration rouge accentuée; à sa surface des bandelettes indiquent qu'il s'agit du gros intestin; la consistance est mollasse et rappelle celle d'un sac herniaire rempli d'épiploon; son extrémité supérieure se continue avec le côlon ascendant normal; son extrémité inférieure est un infundibulum au milieu duquel s'engage l'anse grêle terminale. Par une traction légère et lente, on réduit peu à peu et sans difficultés l'invagination, et l'on voit sortir successivement environ 3 centimètres d'iléon, l'appendice et son méso et tout le cæcum dont les bosselures du fond sortent les dernières. Le cæcum est œdématié, sa surface est dépolie, mais il n'y a pas le moindre signe de sphacèle.

La large vue que nous avons de tout l'abdomen permet d'en pratiquer un examen détaillé.

Les particularités anatomiques suivantes sont notées : Le côlon ascendant est traversé un peu au-dessous de l'angle par un voile fibreux de 6 centimètres de large, provenant du grand épiploon, qui l'applique contre la paroi en le coudant (voile de Jackson-Flint).

Au-dessous, cæcum long, flexueux, en battant de cloche, très mobile.

La partie terminale de l'iléon est fixée d'une façon intime à la paroi à 6 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Le cæcum est donc très mobile entre ces deux points absolument fixés : diverticule épiploïque et iléon.

L'appendice a un méso court qui le maintient fortement coudé.

Il est assez difficile de se rendre compte de la cause de l'invagination. L'état du cæcum contre-indique une résection. On cherche donc à corriger tout ce qui a paru anatomiquement anormal.

1° On sectionne la bride colique et libère et redresse le côlon coudé;

2° Appendicectomie;

3° On fixe la portion terminale de l'iléon;

4° On étale et fixe à la paroi le cæcum sur toute sa longueur.

Fermeture de l'abdomen en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires assez simples. Suites lointaines excellentes.

Dans ce cas, symptomatologie au complet et superposable en tous points au tableau clinique de l'invagination du nourrisson. Crises douloureuses intermittentes avec, pendant les crises, cette attitude caractéristique du malade qui se courbe en deux; entre les crises, calme complet avec ventre souple et facilement explorable, tumeur, selles sanglantes, rien n'y manque. Nous pourrions ajouter à cette observation celles de MM. Fruchaud et Lanlaigne parues dans le même numéro du Bulletin. Pour être un peu moins typique, il y manque, en effet, les douleurs intermittentes, elle reproduit cependant fidèlement le tableau d'une invagination du nourrisson. Le diagnostic de cette forme s'impose et c'est ce que concluent les auteurs des observations précédentes.

2° Invagination à type syndrome péritonéal. — Nous reproduirons ici deux observations personnelles, l'une concernant un homme de soixante-six ans, l'autre un enfant de treize ans. Voici ces observations :

PREMIÈRE OBSERVATION. — Le malade E... (Paul), âgé de soixante-six ans, entre le 13 avril 1928 au service de clinique pour douleurs abdominales du côté droit. Il n'a jamais

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 14, p. 257.

souffert du ventre et a toujours joui d'une excellente santé.

Le début de l'affection remonte à la veille, 12 avril.

A midi et demi, vers la fin de son déjeuner, le malade ressentit subitement du côté droit une douleur violente.

Peu après, surviennent quelques vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, qui se reproduisent à trois ou quatre reprises. La douleur persiste, un peu moins violente, mais il est obligé de se mettre au lit.

Le même jour, vers 11 h. 1/2 du soir, il eut une selle normale et prit à ce moment un peu de liquide.

A 2 heures du matin, nouveau vomissement.

La douleur persiste aussi vive.

Il entre à l'hôpital le 13 avril, à 11 heures, soit environ vingt-quatre heures après le début des accidents.

A l'examen : malade obèse.

Etat général mauvais.

Les extrémités sont froides; marbrures violacées sur tous les téguments.

Le pouls est à 130 (rapide mais assez bien frappé).

La température à 39 degrés.

Le ventre n'est ni ballonné, ni déformé.

La palpation de la fosse iliaque droite montre à ce niveau une défense musculaire très marquée et une douleur très vive dans la région du point appendiculaire.

A gauche, légère défense et légère douleur.

Rien dans la région épigastrique ni hépatique.

Le toucher rectal ne montre rien.

On pense à une appendicite aiguë avec début de péritonite et on intervient.

Intervention à 11 h. 1/2 (docteurs Hübner, Lucien).

Sous anesthésie générale à l'éther.

Incision de Walther que l'on fait grande.

Le péritoine ouvert, il s'écoule une certaine quantité de pus à odeur fécaloïde et de couleur noirâtre.

Le malade dort mal, la gorge encombrée de mucosités.

On place trois compresses de protection, pour en même temps refouler les anses grêles qui ne cessent d'obturer le champ opératoire; ces anses sont aplaties et semblent vides.

On ne peut, dans aucun endroit du champ, trouver le cæcum.

A ce moment, le malade fait une syncope anesthésique, et malgré la respiration artificielle, l'adrénaline intracardiaque, meurt sur la table d'opérations.

On se met alors en devoir, avec l'aide du docteur Barbier, de chercher le cæcum. L'incision agrandie par en haut, on voit une invagination iléo-cœco-colique.

En plongeant la main dans le ventre, du côté du foie, on amène un segment d'intestin qui, immédiatement, se gonfle et se déroule, venant faire issue dans la plaie, c'est le cæcum et la fin du grêle.

Il s'agissait d'une invagination cœco-colique complète.

Le cæcum est verdâtre, énorme, du volume d'au moins trois poings d'adulte.

L'incision encore agrandie, on constate que de nombreuses brides péritonéales l'enserrent; on les libère et on arrive ainsi sur l'angle colique droit et le côlon transverse qui présentent également un aspect verdâtre, comparable aux lésions agoniques.

La face interne du cæcum, basculée, en haut en dedans adhère à la face inférieure de la portion horizontale du transverse, coudant de façon très aiguë l'angle droit.

Il existe, entre les deux, des brides très résistantes que l'on est obligé de sectionner au bistouri.

Par-dessus, le grand épiploon vient adhérer.

L'appendice très gros et renflé surtout à sa base paraît malade, mais, en réalité, ne contient que du mucus.

Il existait, en outre, sur le côlon transverse, à sa face inférieure, une perforation; mais il n'est pas sûr qu'elle n'ait pas été faite lors des manœuvres de décollement des adhérences.

Deuxième observation. — La deuxième observation concerne un enfant de treize ans qui entre, le 10 mai 1928, envoyé par son médecin pour appendicite aiguë.

Ce jeune garçon n'a jamais souffert du ventre auparavant.

Le début remonte à la veille, 9 mai 1928, et se manifesta par une douleur dans le ventre, du côté droit, augmentant progressivement d'intensité et atteignant son maximum à 4 heures de l'après-midi, c'est-à-dire environ 2 heures et demie à 3 heures après les premières sensations douloureuses.

A ce moment, il vomit une fois; vomissement alimentaire, a une selle diarrhéique, sans présence de sang.

Vu le 10 mai par son médecin, à 6 heures du soir (c'est-à-dire vingt-huit heures après le début des accidents), celui-ci constate :

Une douleur dans la fosse iliaque droite.

Une douleur à la pression un peu en bas du point de Mac Burney classique.

Une défense marquée de la paroi.

La température est à 37°6. Le pouls à 80.

A l'entrée au service, à 10 heures du soir, nous constatons :

Un bon état général.

Température : 37°4. Pouls : 80.

Les vomissements ont cessé depuis la veille.

La douleur cependant a conservé la même intensité.

La palpation de l'abdomen montre une douleur de la fosse iliaque droite, peut-être un peu en dessous du point de Mac Burney.

Une défense musculaire nette à droite, sans empâtement, ni tumeur, ni plastron, et rien du côté gauche qui est absolument libre, souple et indolore.

A noter que depuis le matin seulement il n'a rendu ni gaz, ni matières.

Nous décidons d'intervenir avec le diagnostic d'appendicite aiguë, en faisant une remarque sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, savoir : l'absence de température depuis le début des accidents.

Intervention à 10 h. 1/2, le 10 mai (docteurs Hübner, Lucien).

Sous anesthésie générale à l'éther.

Incision de Walther; pas de liquide dans le ventre; on attire un segment de gros intestin, reconnaissable à ses bandelettes; c'est le transverse; on le refoule, et on aperçoit le péritoine pariétal avec, en haut de la plaie, la pointe de l'appendice qui est absolument libre. On attire doucement cette pointe, et les doigts introduits montrent le cæcum assez haut et invaginé.

La traction sur l'appendice, faite sans force, l'attire progressivement et il termine sa désinvagination dans la plaie opératoire.

A ce moment, tout le fond du cæcum, sur trois travers de doigt environ, est blanc et œdémateux, ainsi que la base de l'appendice qui, par ailleurs, est absolument libre et sain.

La séreuse cæcale, au bout de quelques instants, devient rouge, piquetée de points hémorragiques et de petites suffusions sanguines.

La circulation y revient très rapidement.

Appendicectomie.

Enfouissement au lin.

Cependant, dans l'intention de fixer le cæcum, on agrandit l'incision par le bas.

Pendant ce temps, on constate que l'invagination a tendance à se reproduire. Le moignon d'appendice au niveau de l'enfouissement et la partie de la bandelette sus-jacente sont à nouveau rentrés dans le cæcum qui, à ce niveau, est œdémateux et de consistance cartonnée. On les attire et on fixe le cæcum par son fond, au niveau d'une bandelette, au moyen d'un surjet au fil de lin au péritoine pariétal.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut.

Pièce : appendice macroscopiquement sain, peut-être un peu long.

Le lendemain, excellent état.

Suites très simples. Le malade quitte le service dix jours après sans nouvel incident.

Les cas semblables à ceux que nous venons de produire sont assez fréquents, et les *Bulletins de la Société de chirurgie*, le *Journal de chirurgie* en ont rapporté des observations. On se trouve en présence d'un syndrome abdominal douloureux accompagné d'une réaction péritonéale plus ou moins violente, plus ou moins localisée.

En pareil cas, le diagnostic le plus souvent porté est celui d'appendicite aiguë, et la fréquence de ce tableau clinique et du diagnostic concomittant est si grande, que nous serions tentés d'appeler cette forme : invagination aiguë simulant l'appendicite. Tout concourt, en effet, en l'absence de mœlena, de tumeur, de douleurs intermittentes, à égarer le clinicien déjà peu porté à songer à l'invagination, étant donné la notion de son extrême rareté chez l'adulte. Et, en supposant qu'il y songeât, par quels signes distinctifs se libérera-t-il de son doute? Il y en a peu à notre avis : d'une part l'absence de température et de modification du pouls; mais on voit des appendicites évoluer au début avec 37,8 et un pouls à peine accéléré; nombre d'appendicites subaiguës, torpides, évoluent à leur début tout au moins, avec une température et un pouls quasi-normaux. On a signalé d'autre part le siège un peu haut de la douleur, ce qui nous semble avoir peu de valeur. Plus importantes semblent être les envies impérieuses d'aller à la selle qu'éprouvent certains malades et la diarrhée qui peut apparaître, même non sanglante. Cette diarrhée, pour certains, prend une grosse importance vu disent-ils, son absence complète dans l'appendicite vraie. A notre avis, la diarrhée ne signifie rien, au début tout au moins, car nombreux sont les malades, atteints d'appendicite aiguë, qui présentent de la diarrhée, tout au début de leur crise. Un autre signe peut être tiré de l'attitude du malade : dans l'appendicite, le malade demeure immobile dans son lit, le ventre ne respire pas, alors que dans l'invagination la paroi abdominale se soulève plus régulièrement, et que le malade est d'ordinaire beaucoup plus agité que celui atteint d'appendicite aiguë.

Mais on peut dire et sans exagérer que dans presque tous les cas de cette sorte, le diagnostic fut fait le ventre ouvert. C'est alors qu'on remarqua pour les discuter cette absence de poussée fébrile, ce pouls qui était normal, cette douleur peut être plus haute qu'il est classique de la situer, mais c'est après coup, et le lendemain, dans un cas semblable, l'incertitude eût été la même. Cette incertitude constitue un danger grave en incitant à temporiser. Heureusement, la temporisation a perdu du terrain dans les indications thérapeutiques de l'appendicite aiguë. On se trouve ici en présence d'un syndrome péritonéal, où la douleur domine, et c'est précisément cet élément douleur qui constitue l'indication d'urgence. Chez notre premier malade il était impossible de songer à une invagination aiguë. Le diagnostic qui s'imposait était celui de péritonite en voie de généralisation, d'origine appendiculaire. Mais il n'y a pas que ce diagnostic d'appendicite qui puisse être faussement porté. Si la douleur siège un peu haut sous le rebord costal, on songera à la vésicule par exemple; ou bien, suivant les cas à tout autre syndrome péritonéal, torsion, perforation; et si d'ordinaire, c'est à l'appendicite que l'on songe, cela tient uniquement à la prédominance de l'invagination aiguë à la terminaison du grêle et sur le cæcum. Il est des cas enfin où, dans un tel syndrome, douleurs et réaction péritonéale, et alors même que l'on pense être en présence d'une appendicite, l'on sente une tumeur dans la fosse iliaque droite. Il est souvent difficile d'en préciser la nature. Est-ce un plastron précoce, est-ce une invagination? L'observation de Delore et Polosson est démonstrative à ce sujet, et ces auteurs recommandent la manœuvre classique de la palpation sous anesthésie, ce qui leur a permis, dans un cas, de rectifier leur diagnostic erroné d'appendicite, et de porter celui d'invagination.

3° **Invagination aiguë à forme occlusion intestinale aiguë.** — Nous éliminons tous les cas où des accidents aigus d'occlusion, viennent se greffer sur des troubles intestinaux chroniques, que jamais on n'avait rapporté à l'invagination.

Il paraît certain que l'on est en présence dans ces cas, d'une invagination chronique, qui brusquement s'est révélée par des phénomènes aigus. Nous n'avons en vue que les seuls cas où, d'emblée, l'invagination détermine une occlusion intestinale aiguë. Ces cas sont assez nombreux et nous rappellerons ici deux observations : une due à l'obligeance de notre maître, le docteur Leclerc, l'autre publiée par M. Tanasescu dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* du 22 juin 1927.

OBSERVATION I. — *Forme occlusion aiguë.* — Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, bien portant habituellement. Il y a un mois, a des coliques très violentes pendant quelques jours, puis tout s'arrange. Habituellement se porte bien, pas de coliques, pas de constipation, ne souffre pas de l'estomac.

Le *jeudi 28 avril*, à dix heures du matin, surviennent brusquement des coliques et des vomissements. Pendant plusieurs jours, il est vivement purgé et lavementé, malgré cela ne va pas à la selle et ne rend pas de gaz. Un lavement ramène par deux fois une assez notable quantité de sang, marc de café. Pas de température.

Le *dimanche soir 30 avril.* Je vois le malade : facies altéré, nez un peu froid, pouls vers 100, souffre vivement de coliques.

Vomit de temps à autre. Ni matière, ni gaz.

Examen : Ventre uniformément ballonné. On voit se dessiner des ondes péristalliques multiples et disséminées (formées par le grêle). Tympanisme général. Pas de gargouillement à cause de la prédominance des gaz.

Pas de matité dans les flancs.

On ne peut déprimer le ventre, ni sentir rien d'anormal.

Toucher rectal : Rien.

L'intervention est décidée pour le lendemain matin.

Le lendemain matin, amélioration, grâce à un lavement d'huile; le malade a eu des gaz en assez grande abondance, il est, paraît-il, beaucoup moins ballonné. Il y a de nouveau du sang noir par le rectum. Les parents refusent de faire opérer.

Le soir, le malade va plus mal et on l'amène à la clinique très bas : pouls très petit, nez froid. Vomissements fécaloïdes.

Diagnostic : Invagination intestinale portant sur le grêle

Le *1er avril 1911.* **Intervention.**

Presque sans anesthésie. Laparatomie sous-ombilicale médiane. On trouve rapidement une grosse anse violacée à la partie inférieure du grêle. Cette anse est absolument pleine sur une longueur de 25 à 30 centimètres, c'est une invagination : un point de sphacèle sur l'anse inférieure.

On décide l'incision de l'anse invaginanté et la résection par cette ouverture du boudin invaginé.

Incision longitudinale de 10 centimètres sur la face opposée à l'insertion mésentérique, commençant un peu au-dessous du collet; par là on attire le boudin invaginé qui a une longueur de 25 centimètres environ et qui est recouvert complètement de sang noir et poisseux. On l'extériorise complètement.

Deux clamps flexibles sont placés sur ce boudin invaginé, près du collet d'invagination. Section entre les deux clamps, mais le clamp supérieur lâche et le bout supérieur se désinvagine, de sorte que les deux bouts de l'intestin se trouvent séparés,

Le mésentère sectionné ne saigne presque pas; pas de ligature.

Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale.

On verse un peu d'huile stérilisée dans le ventre.

Fermeture avec un drain.

Mort une heure après.

Examen de la pièce. — Il y a une double invagination; en effet, l'anse enlevée présente dans son intérieur une anse invaginée. De plus, au début de cette anse, il y a un petit diverticule de l'intestin qui est peut-être un diverticule de Meckel.

Obs. II. — C... (J. V.), trente-quatre ans. Est pris brusquement, le 23 février 1916, de douleurs abdominales très vives avec sueurs froides qui persistent toute la journée. Le lendemain apparaissent des vomissements fécaloïdes. Le 26, à midi, il est transporté à l'hôpital. L'état général est mauvais, le facies tiré, le ventre est ballonné, surtout dans la région épigastrique et ombilicale. On constate des contractions péristaltiques très fréquentes et très douloureuses autour de l'ombilic. La distension ne permet pas de palpation utile. La percussion accuse une matité absolue dans les flancs et les deux fosses iliaques et du tympanisme dans le reste de l'abdomen.

Diagnostic : occlusion intestinale. Opération le 26 février. A trois heures de l'après-midi, anesthésie rachidienne. Laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture, il s'écoule 1.500 centimètres cubes de liquide sanguinolent très trouble. Les anses grêles sont distendues et congestionnés. Le cæcum et la portion terminale et de l'iléon sont rétractés. A 70 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, on trouve une tumeur facile à extérioriser et qui est formée par une invagination de l'iléon. Le manchon invaginé est distendu, de couleur rouge grisâtre avec des taches de sphacèle. Le mésentère est parsemé de taches ecchymotiques.

Résection large de l'invagination et anastomose latéro-latérale. Fermeture sans drainage. Guérison.

Pièce : Il s'agit d'une invagination du grêle sur une longueur de 75 centimètres.

Dans de tels cas, le tableau clinique est celui d'une occlusion aiguë, plus fréquemment du grêle que du gros et la discussion diagnostic ne peut porter que sur la cause de cette occlusion. Rarement c'est à l'invagination que l'on songe chez l'adulte, mais à un volvulus, à une tumeur, à un étranglement interne, même lorsqu'il y a tumeur abdominale, et le cas est fréquent. Dans l'observation de M. Leclerc et bien qu'il n'y ait pas eu de tumeur perceptible, l'apparition tardive de moelena permit le diagnostic causal précis, mais d'ordinaire, ce qui domine, c'est l'indication opératoire qui est formelle et posée uniquement sur des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë. Il nous semble ici que le diagnostic de la cause, à moins d'être facile, sinon évident, ne doit pas faire perdre un temps précieux. Mieux vaut dans un tel cas, opérer avec un diagnostic causal imprécis que diminuer par une attente qui souvent n'apprendrait rien les chances de guérison du malade.

Traitement. — Le traitement de l'invagination aiguë de l'adulte est purement chirurgical. Il ne faut pas compter sur la désinvagination spontanée, pas plus que sur les moyens médicaux tant prônés autrefois; ils sont inopérants, parfois dangereux.

Les opérations qu'on a opposées à l'invagination aiguës de l'adulte sont les suivantes :

1° **La désinvagination.** — Celle-ci est souvent possible puisqu'elle a pu être réalisée douze fois sur 24 cas.

Elle n'est évidemment qu'une opération symptomatique car elle laisse persister la cause de l'invagination. Aussi a-t-on pensé qu'il y avait lieu de la compléter par la suppression de cette cause. Lorsque celle-ci est facile à reconnaître, on doit la supprimer. Une tumeur, par exemple, sera enlevée soit par entérotomie suivie d'ablation, puis de suture intestinale, s'il s'agit d'une tumeur bénigne intra-cavitaire, soit par résection s'il s'agit d'une tumeur maligne ou si la bégninité ne paraît pas évidente.

La cause de l'invagination peut n'être que soupçonnée et l'on a pensé qu'en particulier les lésions de l'appendice pouvaient être responsables de sa production. Aussi a-t-on été logiquement amené à compléter la désinvagination par l'appendicectomie. D'autres fois, on est en droit de soupçonner un méso anormalement long, un cæcum mobile; on fera alors suivre la désinvagination d'une cœcopexie ou d'une columnisation.

2° **La résection du boudin d'invagination** (invaginant et invaginé).

Elle peut se terminer, soit par l'anastomose des deux bouts, anastomose qui pourra être termino-terminale, latéro-latérale ou latéro-terminale, soit, dans les cas très graves, par l'abouchement des deux anses à la peau, le rétablissement de la circulation intestinale étant remis à plus tard.

3° **La résection du cylindre invaginé à travers une incision du cylindre invaginant** (Lejars, Maunsell, Moulins, Jesset, Delore).

4° **L'anastomose faisant communiquer deux anses sus et sous-jacente.** Elle peut être réalisée sous la forme de l'exclusion unilatérale (Villard).

5° **L'anus contre-nature sur l'anse sus-jacente au boudin d'invagination.**

6° **L'extériorisation du segment malade avec fistulisation au-dessus de l'obstacle** (Tixier).

Quelle que soit l'opération pratiquée, le résultat est assez favorable pour que sur 24 cas on compte seulement 4 morts, soit 6 p. 100 de mortalité.

C'est un bien meilleur résultat que chez le nourrisson où la mortalité est comme on sait très considérable, surtout quand la laparotomie est faite après

la douzième heure. Dans ce cas, la simple désinvagination amène souvent la mort chez le bébé, alors que chez l'adulte, même pratiquée plus de douze heures après les premiers symptômes, elle est presque toujours suivie de guérison.

Mais parmi toutes les opérations proposées, quelle est la plus efficace et quelle est celle qui fait courir le moins de risques au malade?

La désinvagination a donné 12 guérisons sur 12 cas; contrairement à ce qui se passe chez le nourrisson, la guérison est donc la règle. Aussi cette opération est indiscutablement indiquée toutes les fois qu'elle est possible. Il ne semble pas que l'on doive tenir compte dans la pratique de l'opinion de M. Villars (Soc. de chir. de Lyon, 10 nov. 1927) qui pense qu'il faut toujours réséquer l'anse pour qu'elle ne se réinvagine plus.

Doit-on compléter la désinvagination par une des interventions signalées plus haut qui s'adressent à la cause de l'invagination? C'est affaire de cas particuliers : cela dépend de la nature de l'agent causal et de la précocité opératoire. Ainsi, lorsque le malade présente un état général encore satisfaisant et qu'on sent à travers la paroi intestinale une tumeur bénigne, on devra évidemment ouvrir l'intestin et enlever cette tumeur. Au contraire, si l'état général est très mauvais, mieux vaudra remettre l'ablation de la tumeur à plus tard.

Pour ce qui est de l'appendicectomie, il est bien difficile de savoir si les lésions appendiculaires constatées fréquemment dans les invaginations cœco-coliques ou iléo-cœco-coliques, sont la cause ou la conséquence de l'affection; il n'est cependant pas déraisonnable dans ces conditions de réséquer l'appendice : encore faut-il que les accidents ne soient pas trop anciens et l'état général pas trop bas.

Quant aux pexies et columnisations du cæcum, elles paraissent anodines et recommandables chaque fois que l'intestin présente une anomalie tant dans le défaut d'accolement que dans la mobilité ou même quand la cause de la maladie n'apparaît pas à l'opérateur.

Pour ce qui est de la résection du boudin d'invagination, elle ne peut être envisagée que dans le cas où la désinvagination n'est pas possible. En réséquant un segment d'intestin en obstruction, on aggrave en effet singulièrement le pronostic. La statistique donne 2 morts sur 7 cas.

C'est une mortalité très importante, mais cependant pas prohibitive, vu la gravité de l'affection. Aussi lorsque le malade est résistant, lorsque l'état général est satisfaisant, si les accidents sont récents, si le ballonnement du ventre n'est pas trop accentué, c'est une opération que l'on peut fort bien envisager.

Quant à la résection du seul boudin invaginé à travers le cylindre invaginant, opération préconisée par Lejars dans les formations chroniques, elle ne nous paraît pas à retenir. Ce n'est pas parce qu'elle a donné une mort dans un cas où l'état général du sujet était fort grave, mais parce qu'elle paraît plus complexe et aussi grave que la résection.

Que penser de l'anastomose comme moyen de traitement de l'invagination aiguë? Elle paraît, au premier abord fort illogique car elle laisse persister l'invagination et ne pallie qu'à l'obstruction. Cependant on est étonné de trouver que dans les 3 cas où l'anastomose a été employée, elle a amené la guérison. Comment les choses s'arrangent-elles? Nous n'avons pas de pièces pour juger. Cependant, il faut se rappeler la thèse de Lombard (2 cas d'invagination guéris spontanément par élimination du boudin invaginé. Th. Lyon, février 1921).

Dans 2 cas, M. Villars a réalisé l'anastomose sous forme d'exclusion unilatérale. Cette opération est inférieure à la simple anastomose, le segment d'intestin situé au-dessus de l'obstacle étant dangereusement exposé à la surdistension et à la perforation comme M. Leclerc l'a montré depuis longtemps (Société de chirurgie de Lyon, 5 nov. 1908). Cette efficacité inattendue de l'anastomose est à retenir et on est certainement autorisé à l'utiliser, le cas échéant.

Enfin, l'extériorisation avec fistulisation intestinale est une intervention qui, certes, est de fortune, mais qui doit être connue et qui, dans des cas désespérés, peut sauver le malade. M. le professeur Tixier y a insisté avec raison à la Société de chirurgie de Lyon (novembre 1927).

Quant à l'anus pur et simple ; c'est une pratique à proscrire formellement : car cet anus porte sur le grêle et laisse l'invagination persister à l'intérieur du ventre. Mieux vaut, nous semble-t-il, parmi les moyens de fortune, un des deux précédents.

En résumé : lorsque la désinvagination est possible, il faut certainement la pratiquer. Si elle est impossible, on fera la résection intestinale, dans les cas récents où l'état général est encore bon, où l'invagination porte sur le grêle et où, enfin, le boudin d'invagination n'est pas trop long.

Dans les cas inverses, il y a lieu de faire confiance à l'anastomose et de l'appliquer sans trop de craintes. C'est évidemment moins séduisant et moins rationnel, cependant cette opération semble avoir une réelle valeur.

Dans les cas désespérés, l'extériorisation suivie de fistulisation nous paraît être la meilleure des conduites à tenir.

UN TOUT PETIT DÉTAIL DE TECHNIQUE

EN CHIRURGIE PLASTIQUE

Par George PASCALIS.

Lorsque l'on est conduit, au cours d'une opération plastique, à pratiquer une excision cutanée en croissant, le fait d'avoir à suturer l'une à l'autre deux lignes courbes de longueur inégale, expose à deux petits inconvénients.

Le premier s'observe lorsque l'on exécute une plastie faciale, par excision péri-auriculaire, par exemple. La ligne intérieure du croissant épouse le pourtour du conduit auditif externe, la ligne extérieure s'en éloigne en proportion de l'excision cutanée nécessaire. Quand vient le moment de réunir, on a trop d'étoffe d'un côté. En la répartissant judicieusement, l'aiguille assure une cicatrice légèrement



FIG. 1. — *Mauvais tracé qui affronte deux lignes d'inégale longueur.*

gauffrée, surtout si la suture est faite dans l'épaisseur du derme par fil perdu.

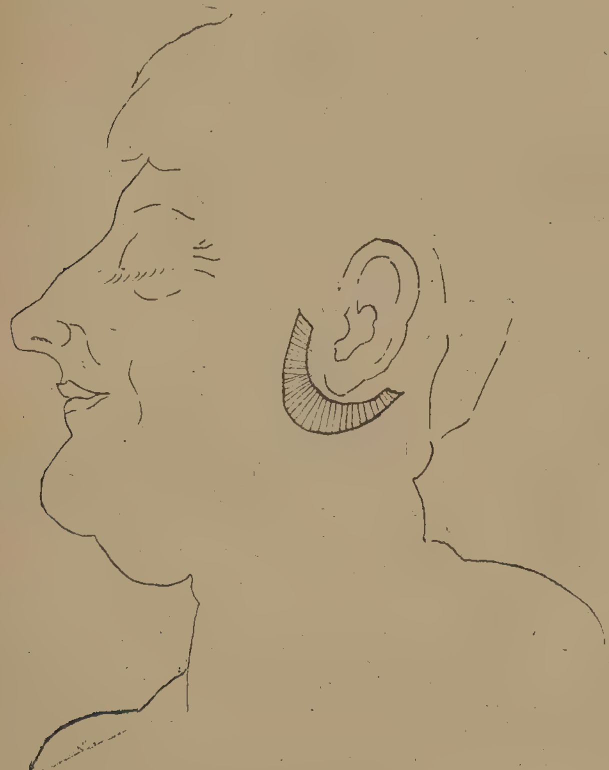


FIG. 2. — *Bon tracé.*

Le second consiste en la production, aux deux extrémités de la ligne de suture, d'une petite saillie cutanée pyramidale parfaitement disgracieuse.

Ainsi en est-il lorsque l'on traite un prolapsus mammaire par le procédé de la fenêtre avec transposition du mamelon. On évitera certainement ces deux écueils par le petit artifice suivant.

Il ne faut pas faire de pointes au croissant. La ligne proximale, enveloppée, sera tracée un peu plus court que la ligne distale enveloppante et réunie à elle par deux tracés légèrement obliques comme le montre le schéma ci-joint. En tirant, pour la suture, sur les extrémités de la ligne extérieure, on aura à affronter deux surfaces parfaitement congruentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1929)

Appareils pour aveugles. — M. DUSSAUD a imaginé des appareils spéciaux permettant aux aveugles d'utiliser des procédés techniques pour l'écriture directe au moyen du « stylo pour aveugle » pour le dessin, pour la peinture même. Il a également réalisé un cinématographe pour aveugles.

La bio-énergétique et son nouveau laboratoire. — M. J. LEFÈVRE vient de construire et de mettre en fonctionnement au *Centre des recherches sur l'alimentation* un laboratoire de bio-énergétique. La France, berceau de la bio-énergétique, créée par Lavoisier, se devait d'avoir ce laboratoire modèle.

Encéphalite herpétique expérimentale du singe. — MM. C. LEVADITI et P. LÉPINE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1929)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Jacques Reverdin (de Genève), associé étranger depuis 1912.

Mycétome du pied à grains blancs. — MM. G. DELAMARE et C. GATTI (d'Asuncion, Paraguay) relatent l'observation d'un mycétome du pied à grains blancs, durs, réniformes. Ce mycétome intéresse la peau, l'hypoderme, les gaines synoviales et les os, mais respecte les ganglions lymphatiques. Peu hypertrophiant, d'évolution lente, il est insensible à l'IK. Eu égard à la scléromélanodermie relevée sur le dos du pied malade, il mérite une place spéciale parmi les mycétomes scléreux, à petits nodules et petites fistules, cliniquement si différents des mycétomes avec infiltration lardacée diffuse et gros nodules ainsi que des myeétomes pseudo-tumoraux ou psendo-kystiques.

Influence de la vaccination antityphoïdique au cours d'une grave épidémie familiale de fièvre typhoïde. — M. A. LEMIERRE rapporte l'histoire d'une épidémie familiale de fièvre typhoïde, ayant frappé six personnes sur huit habitant le même logis. Il s'agissait d'une épidémie par contagion, la première personne atteinte étant revenue de province déjà malade. Seuls échappèrent le père de famille, vacciné dix ans auparavant pendant la guerre et une petite fille de six ans tenue à l'écart des malades et qui reçut, après l'évacuation des cinq premiers typhiques sur l'hôpital, deux injections de vaccin antityphoïdique. Un garçon de quatorze ans, vacciné en même temps que cette petite fille, fit une fièvre typhoïde à

incubation prolongée, à marche traînante, atypique et extrêmement bénigne. Cette bénignité est à opposer à la sévérité des cinq autres cas causés par le même bacille d'Eberth.

Cette épidémie a réalisé une véritable expérience démontrant avec le maximum de probabilité, d'une part la longue durée de l'immunité conférée par la vaccination antityphoïdique, d'autre part l'influence heureuse que peut exercer cette vaccination, même quand elle est pratiquée pendant la période d'incubation de la dothiénentérie, sur l'évolution ultérieure de la maladie.

Au sujet du B. C. G. — M. Alberto Ascoli (de Milan) apporte, à propos des dernières discussions à l'Académie, des preuves nouvelles en faveur de l'emploi du B. C. G.

Note sur la valeur alimentaire de la farine d'arachides. — M. Boigey a fait une étude complète de la farine d'arachides extraite des tourteaux après la fabrication de l'huile. Il montre qu'un poids donné de farine d'arachides nourrit plus qu'un même poids de viande. Les expériences qu'il a faites sur l'homme et sur l'animal démontrent l'intérêt qu'il y aurait à utiliser la farine d'arachides pure ou associée à des farines de pois, de haricots, etc.

Au point de vue économique, il y aurait aussi un grand intérêt à développer la culture de l'arachide dans nos colonies et même en France.

A propos du masque dans la prophylaxie de la grippe. — M. Marchoux, dans la dernière séance, avait préconisé le port d'un masque pour tous ceux qui approchent des malades atteints de grippe. Il donne communication d'une note de M. Brunet qui vient de faire une expérience du masque à l'hôpital maritime de Brest. Pendant la dernière épidémie de grippe qui a amené six cents malades à l'hôpital, les médecins, infirmiers et les malades portaient un masque de mousseline humectée avec de l'huile goménolée. Aucun cas de contagion hospitalière n'a été constaté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1929)

Sur la présence d'éléments filtrables (ultravirus tuberculeux) dans le lait des femmes tuberculeuses. — MM. D. Priboiano et M. Lacomme ont recherché la présence des éléments filtrables du bacille de Koch dans le lait de femmes tuberculeuses.

L'inoculation au cobaye du lait prélevé aseptiquement a provoqué trois fois sur quatre des altérations ganglionnaires semblables à celles que provoquent les éléments filtrables du bacille tuberculeux.

L'enfant né de femmes tuberculeuses est donc susceptible de se contaminer par l'ultravirus tuberculeux, non seulement pendant la vie intra-utérine, mais encore en ingérant le lait de sa nourrice bacillaire, même lorsque celle-ci ne présente aucun signe de tuberculose évolutive.

La splénocontraction à l'adrénaline chez l'homme normal. — MM. Benhamou, Jude et Marchioni ont étudié, à l'aide de radiographies en série de la rate et de numérations globulaires pratiquées dans le même temps, les effets de l'injection sous-cutanée d'un milligramme de chlorhydrate d'adrénaline sur la rate normale : 1° la rate se contracte dès les premières minutes et cette contraction atteint son maximum de la vingtième à la trentième minute, pour faire place vers la quarantième ou la cinquantième minute à une décontraction progressive; 2° on note une polyglobulie de chasse qui atteint son maximum de la quinzième à la vingtième minute et qui est bien contemporaine de la systole splénique. Cette polyglobulie n'apparaît plus lorsque la rate reste inerte sur les films radiographiques ou lorsque l'organe a été enlevé chirurgicalement.

L'épreuve à l'adrénaline chez l'homme splénectomisé. — MM. Benhamou et Jude ont étudié, avec MM. Pieraerts et Leblanc (de Louvain), la formule globulaire après injection d'adrénaline chez des malades récemment opérés. Ils l'ont étudiée ensuite chez des malades anciennement splénectomisés; dans tous les cas, ils ont noté l'absence de polyglobulie de chasse. Tout se passe comme si aucun tissu ne venait chez l'homme suppléer la rate, même après plusieurs années, dans sa fonction de chasse globulaire à l'adrénaline.

La splénocontraction à l'effort chez l'homme normal. — MM. Benhamou, Jude et Marchioni étudient, à l'aide d'une double technique (radiographies en série et numérations globulaires pratiquées dans le même temps), les effets d'une épreuve de course (ascension rapide des marches d'un étage) sur la rate normale. Ils ont pu voir : 1° que la rate se contractait immédiatement après l'effort atteignant d'emblée son degré maximum; qu'elle se décontractait ensuite plus ou moins rapidement; 2° que la polyglobulie de chasse était contemporaine de la contraction splénique ou retardait sur elle de quelques minutes. Cette polyglobulie n'apparaissait plus lorsque la rate restait inerte sur les films radiographiques ou avait été enlevée chirurgicalement.

La fonction de chasse globulaire à l'effort chez l'homme splénectomisé. — MM. Benhamou, Jude et Lowitz rapportent les observations de malades splénectomisés il y a plusieurs années et chez lesquels l'effort ne détermine plus de polyglobulie de chasse. La fonction de chasse globulaire, éprouvée à plusieurs reprises, paraît définitivement supprimée. Les auteurs notent, en outre, une tendance facile à l'essoufflement et une diminution de l'activité musculaire chez leurs malades.

La splénocontraction à l'émotion chez l'homme normal. — MM. Benhamou, Marchioni et Nouchy ont pu, à la suite de circonstances fortuites, étudier les effets de la peur sur la rate normale. Les radiographies en série de la rate montrent que celle-ci se contracte brusquement après l'émotion et que cette splénocontraction persiste longtemps. Les numérations globulaires en série montrent une polyglobulie de chasse immédiate et persistant quelques minutes après l'émotion. Cette polyglobulie était absente chez un malade splénectomisé. Les auteurs se demandent si cette splénocontraction n'est pas le témoin d'une hyperadrénalinémie, suivant les théories de Cannon sur l'émotion.

M. Pagniez fait remarquer que pour apercevoir la rate à la radioscopie il faut que le côlon soit insufflé spontanément ou artificiellement. Il désirerait savoir si les auteurs ont pratiqué cette insufflation. Pour lui, les radiographies présentées ne sont pas totalement démonstratives et ne peuvent entraîner la conviction. Il a pu s'agir de simples changements de position du pôle inférieur de la rate, surtout en ce qui concerne les effets de l'émotion. Celle-ci a pu déterminer des mouvements du diaphragme ou du côlon retentissant sur la rate.

M. L. Binet a eu l'occasion d'étudier la contraction splénique chez une femme qui, par suite de malformations osseuses avait une rate très facilement palpable à la main. Sous l'influence de la marche, on pouvait en apprécier la contraction. Il insiste sur ce fait qu'il y a une chasse concomitante avec augmentation de tous les éléments sanguins. Les sujets splénectomisés récemment ne répondent pas à l'excitation. Plus tard, d'autres organes peuvent jouer un rôle compensateur et devenir à leur tour de véritables réservoirs sanguins. La contraction splénique peut donc s'étudier mieux que par les radiographies, dans quelques cas spéciaux particulièrement heureux.

M. Fiessinger, qui a présenté les notes ci-dessus, avait fait

déjà la même remarque au sujet des films présentés et sur leur orientation. Mais il souligne le fait que, au cours d'expérimentations sur les animaux, les auteurs ont bien mis en évidence la splénocontraction.

Pour lui trois faits peuvent être invoqués : la polyglobulie consécutive, l'absence de polyglobulie chez les splénectomisés, enfin les radiographies peut-être plus discutables.

M. Pagniez. Il faut faire des réserves pour les films. On ne peut que difficilement interpréter les résultats des radiographies en série.

M. Carnot rappelle que Gilbert avait montré la possibilité de vérifier la contractilité splénique en clinique. Chez les sujets présentant de l'hypertension portale avec splénomégalie, lorsqu'il se produit de grosses hématémèses, on sent la rate diminuée à la palpation. M. Carnot a vérifié encore tout récemment le fait chez un de ses malades. La rate, diminuée après hématémèse, a réaugmenté après une transfusion.

Quand on veut pratiquer la splenectomie pour agir sur ces hématémèses de décharge portale, on peut se fonder sur l'état de la rate pour choisir le moment de l'intervention. On doit intervenir au moment où la rate augmente de volume et où va avoir lieu la décharge portale.

Influence de la castration sur les cornets du nez. — MM. Champy et N. Kritch montrent que chez les sujets castrés (moutons, bœufs) il se produit une atrophie des cornets du nez, qui tendent à prendre le type que l'on voit sur les femelles. Le cornet turbino-nasal est le plus affecté. En outre, la courbure du nez très accentuée chez le bélier, diminue chez le castrat, chez lequel il existe une atrophie manifeste.

Eloge funèbre de M. Raphaël Dubois. — M. Perez.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1929)

Les formes anatomiques de la syphilis héréditaire précoce du foie. — M. Léon Tixier présente des pièces d'hépatite diffuse (foie silex avec grains de semoule) et d'hépatite gommeuse ou scléro-gommeuse ; formes, toutes deux, classiques. Mais il insiste sur le polymorphisme des hépatites dégénératives et sur la difficulté de leur diagnostic. Très fréquemment aussi l'auteur a constaté un aspect congestif avec bandes scléreuses (teinte grise, blanche ou même verdâtre) du tissu hépatique; ceci explique la gravité de la syphilis héréditaire précoce, l'intolérance des traitements arsenicaux; en particulier chez les enfants cachectiques.

Arriération mentale et hémiplégie infantile droite chez une petite hérédo-syphilitique. — MM. Babonneix et Roederer montrent une fillette avec une hémiplégie droite classique et arriération très marquée. Les réactions humorales sont fortement positives pour l'enfant comme pour les parents, en faveur de l'étiologie spécifique des lésions.

Influence du choc émotif sur les crises acétonémiques. — M. Deshayes (d'Orléans) relate des cas d'acétonémie avec vomissements en rapport évident avec un choc émotif. Il insiste sur le rôle de système nerveux à côté de celui du foie dans la production du syndrome acétonémique.

M. Marfan approuve les conclusions de l'auteur. L'influence de l'émotion est indéniable dans quelques cas; mais en règle il s'agit d'une intoxication dans laquelle le foie joue le rôle principal.

M. Babonneix signale la coïncidence de l'acétonémie et de crises d'épilepsie.

Sténose pylorique par hypertrophie musculaire. — MM. Lesne, P. Fredet et Coffin rapportent un cas de sténose du pylore avec contraction péristaltique précoces et intenses et même contractions anti-péristaltiques. Le malade est opéré suivant la méthode de Fredet et il meurt, trois mois après, d'une maladie intercurrente.

L'examen de la cicatrice opératoire même histologiquement a montré une réparation complète avec régression de l'hypertrophie musculaire. La guérison clinique et anatomique était donc absolue.

M. Veau, dans les mêmes conditions, a observé un cas où la couche musculaire hypertrophique semblait être normale après l'intervention chirurgicale.

Valeur séméiologique de la teneur des selles du nourrisson en acides organiques et en ammoniaque. — M. René Mathieu montre que la recherche de l'acidité des matières, au moyen du papier de tournesol ou au moyen de dosage des acides organiques et de l'ammoniaque, ne donne pas de meilleurs résultats que le simple examen macroscopique des selles pour le traitement des troubles digestifs des nourrissons.

M. Dorlencourt appuie les conclusions précédentes et estime que l'examen chimique des selles est très difficile à interpréter et qu'on ne peut en tirer des conclusions suffisantes au point de vue clinique ou thérapeutique.

L'absence de rachitisme au Mexique. — MM. Martin Gonzales et Torella, établissent que le rachitisme n'existe pas ou est très rare au Mexique. Les dystrophies observées dans ce pays doivent être rapportées beaucoup plus à l'hérédo-syphilis qu'à toute autre cause.

L'alcoolisme et la syphilis très répandus dans ce pays ne semblent pas devoir être considérés comme les causes déterminantes du rachitisme. Un diagnostic précis des formes de dystrophie, permet de séparer l'influence de ces différents facteurs.

La rareté du rachitisme au Mexique peut s'expliquer par la pratique naturelle de l'héliothérapie facilitée par l'altitude du plateau central mexicain, par la richesse de l'alimentation en calcium trouvé dans le maïs et surtout par la rareté de l'allaitement artificiel.

M. Marfan pense que la distribution géographique classique du rachitisme doit être contrôlée.

Certains pays, comme la Turquie, autrefois considérée comme exempte du rachitisme, depuis que cette affection est mieux étudiée, paraît présenter, au contraire, d'assez nombreux cas d'enfants rachitiques. Il insiste sur le rôle de la syphilis comme facteur déterminant du rachitisme. Mais il rappelle qu'elle est très loin d'être le seul facteur étiologique.

M. Lesné dans le Sud-Marocain et le Sud-Algérien, a constaté la rareté du rachitisme, malgré la présence de nourrissons avec très nombreux troubles dyspeptiques. La carence solaire jouerait ici un rôle très important dans l'étiologie de cette affection, car dans ces pays ensoleillés, il est fréquent de laisser les enfants à l'abri des rayons solaires, dans des habitations obscures.

M. Comby admet que les fautes d'hygiène sont les causes habituelles du rachitisme, en particulier, l'alimentation défectueuse et l'insuffisance de lumière. Il s'élève contre les relations trop étroites qu'on essaie d'établir entre la syphilis et du rachitisme, au point de vue étiologique.

M. Armand-Delille admet que la carence solaire empêche la production dans l'organisme des substances irradiables (stériles).

Physiologie de la tétée au sein. — M. P. Robin étudie le mécanisme de la tétée au sein et il en tire certaines déductions pour la forme des tétines de biberons.

Les farines azotées. — MM. Ribadeau-Dumas, André et Willemin remplacent les farines à base d'hydrates de carbone, dans certaines conditions, par des farines additionnées

de protéines végétales, spécialement l'aleurone tiré des graines de tournesol. Ils ont obtenu de bons résultats, dans des cas où tous les autres procédés d'alimentation avaient échoué.

Election des membres du bureau. — Sont élus pour 1929 : président : M. Albert Mouchet; vice-président : M. Terrien; secrétaire général : M. Hallé; secrétaires annuels : MM. Ribadeau-Dumas et Martin; trésorier : M. Huber.

Election de nouveaux membres. — Sont élus : membres titulaires : M. Chevalley, Mlle Claudia Petot, M. Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Levesque, René Mathieu, Rouèche; membres correspondants français : M. le professeur Cruchet (Bordeaux); MM. Béraud (La Rochelle), Deshayes (Orléans), Godin (La Flèche), Mme Pouzin-Malègue (Nantes); membres correspondants étrangers : M. le professeur Maldague (Louvain, MM. Martin Gonzales et Mario Torella (Mexique).

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1929)

Emploi de l'oxygène naissant comme stimulant de l'appétit et de la nutrition chez le nourrisson. — M. BRIAND. L'auteur rapporte des cas où l'oxygène donne une ascension très nette de la courbe de poids.

Recherches sur les processus d'adipolyse au cours des états de dénutrition de la première enfance. — MM. DORLENCOURT et FALCOIN. Les auteurs ont cherché l'explication de la systématisation qui préside à la destruction des réserves adipeuses dans la dénutrition, Ils estiment que cet ordre de destruction est conditionné par les différences de composition des acides gras qui entrent dans la constitution des diverses réserves adipeuses. Les graisses riches en acides gras non saturés (acide cléique) subissent, les premières, l'adipolyse (parois abdominales). Les graisses les plus résistantes à la destruction sont celles à l'indice d'iode faible, à point de fusion élevé (boule de Bichat).

M. LESNE appuie les conclusions de M. Dorlencourt et fait remarquer que les acides gras, à point de fusion très bas que l'on trouve dans l'huile de foie de morue, par exemple, subissent facilement l'adipolyse, d'où absorption facile également dans l'intestin.

Laryngite aiguë à streptocoque. Trachéotomie. Guérison. — MM. CASSOUTTE et POINSO (de Marseille) rapportent cette observation dans laquelle le tubage n'avait pas amélioré les troubles dus à une laryngite œdémateuse, et ils insistent sur la nécessité de la trachéotomie en pareil cas.

Constatations anatomiques dans deux cas de sténose du pylore opérés. — MM. LEREBOULLET, AUROUSSEAU et SAINT-GIRONS. Chez deux malades atteints de sténose du pylore opérés, la mort est survenue pour des causes accidentelles, quinze jours après l'opération dans le premier cas, quatre mois après dans le second. L'autopsie a permis de se rendre compte de la persistance de la dépression créée localement par la polyorotomie; contrairement à d'autres observations et notamment à celle récente de Frédet, Lesné et Coffin, la brèche opératoire n'était pas comblée. L'examen histologique a montré nettement qu'au niveau de la pylorotomie, la paroi n'était constituée que par la muqueuse et la séreuse, la tunique musculaire étant absente ou réduite à de très rares fibres éparses avec ou sans persistance de la brèche opératoire, la guérison clinique a d'ailleurs toujours été obtenue.

Statistique des broncho-pneumonies infantiles (1re octobre 1927 au 30 juillet 1928). — MM. GRENET et GUILLEMOT. Le nombre de cas traités pendant plus de quarante-huit heures s'élève à 196 avec 101 morts et 95 guérisons. Si l'on ne retient que les cas régulièrement soumis à la vaccinothérapie, on trouve un total de 154 avec 61 morts et 93 guérisons. Mais parmi ces malades 66 ne furent soumis qu'à une sérothérapie antidiphtérique tardive ou faible : 38 morts et 28 guérisons; les autres, au nombre de 88, reçurent, outre le vaccin, du sérum antidiphtérique, d'une manière précoce et intensive : 23 morts et 65 guérisons.

L'ensemble de ces chiffres montre que sur l'ensemble des malades, la vaccinothérapie, à elle seule, améliore le pronostic. Mais dans les milieux hospitaliers infectés par la bacille diphtérique, une sérothérapie antidiphtérique précoce et intensive doit être associée à la vaccination.

Le contrôle anatomique des radiographies dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — MM. ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY ont mis au point une méthode de fixation en masse des organes thoraciques qui leur permet de faire ensuite une série de coupes frontales donnant des préparations exactement juxtaposables et superposables aux images radiographiques.

Ils projettent une série de radiographies prises quelques jours avant la mort et des préparations anatomiques correspondantes et montrent que l'interprétation de ces images permet de diagnostiquer les localisations initiales de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

Grâce à cette méthode, ils ont prouvé qu'au début, la tuberculose de l'enfant n'était ni diffuse ni généralisée, mais au contraire localisée sous deux types principaux de forme évolutive, à savoir : soit un nodule caséeux plus ou moins étendu, entouré d'une zone de condensation limitée, soit d'une véritable lobite avec infiltration de pneumonie caséeuse ou broncho-pneumonie caséeuse.

Ils insistent sur l'importance de ce diagnostic pour établir un traitement précoce faisant remarquer qu'on ne peut pas par la radiographie savoir s'il s'agit de condensation simple, dite épituberculose ou de tuberculose caséeuse. Ils considèrent que si l'on treuve des bacilles, on doit établir un pneumothorax.

M. BARBIER estime que dans la tuberculose de l'enfant, il existe des formes généralisées de primo-infection comme chez l'adulte. Chez le nourrisson, cette infection se caractérise quelquefois uniquement par la température et les phénomènes méningés.

A l'autopsie, on trouve chez ces enfants, des zones de splénisation du poumon qui, injectées au cobaye, montrent bien la présence du bacille tuberculeux; de même la méningite, à première vue, paraît simplement réaction séreuse, mais en réalité, les épreuves du laboratoire, permettent de conclure également à une localisation de tuberculose.

M. MARFAN résume son expérience en matière du contrôle radiographique de la tuberculose pulmonaire de l'enfance. Il admet que : 1° quand il existe une ombre hilaire, le parenchyme est toujours intéressé; 2° aucune méthode clinique ne permet une localisation de la lésion correspondante aux localisations anatomiques; 3° il existe normalement des arborisations dans le lobe inférieur du poumou droit qu'il ne faut pas confondre avec des lésions pathologiques.

Un cas de syndrome de Klippel Feil avec grosses anomalies vertébrales. — MM. ROEDERER et MOUCHET. Enfant de huit ans, avec brièveté et immobilité du cou; tête aplatie de haut en bas. A la radiographie, atlas et axis soudés; une vertèbre intermédiaire aplatie et un bloc sous-jacent; les apophyses épineuses sont très longues et soudées. La malade a été traitée avec succès par le port d'une minerve qui a permis au cou de s'allonger et de devenir mobile.

Quatre cas d'infection des voies urinaires du nourrisson traités par le sérum anticolibacillaire de Vincent. — MM, J. DAYRAS et R. BERNHEIM ont traité trois pyuries aiguës dont deux graves et une pyurie chronique.

Des résultats ont été très bons dans 2 cas de pyurie aigue,

satisfaisants dans 1 cas de pyurie aiguë; par contre, pour la pyurie chronique pour laquelle on avait depuis deux ans essayé tous les traitements (vaccinothérapie, alcalinisation à hautes doses, urotropine, bactériophage), aucune amélioration n'a été obtenue.

Les doses de sérum employé ont été de 5 centimètres cubes tous les jours pendant quatre jours pour les premières observations, pour les deux autres jusqu'à éclaircissement des urines, 7 dans un cas, 5 dans l'autre.

M. Armand-Delille rappelle que l'état anatomique des voies urinaires est important à étudier dans les colibacilloses; quand les voies urinaires sont normales, les pyuries de l'enfance guérissent habituellement.

M. Hallé lutte contre les accidents douloureux du pyurie à colibacilles par de grands bains chauds et des pansements humides au lombes; cette thérapeutique lui donne de bons résultats.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(Séances de décembre 1928)

Accidents secondo tertiaires au cours d'une syphilis ancienne. — MM. Buisson et Alliès.

Grossesse gémellaire univitelline avec fœtus transfuseur et fœtus transfusé. — MM. Guérin-Valmale et Verdeuil. Grossesse gémellaire interrompue à six mois de gestation. L'œuf unique contenait deux fœtus de même sexe (masculin) de taille sensiblement égale mais de volume très différents. Le premier pesant 1.410 grammes tout œdématié, gonflé, le second pesant 720 grammes, mince tout ridé. Un seul placenta, un seul chorion et deux amnios. Sur la face fœtale du placenta on distingue très nettement des anastomoses entre les deux circulations fœtales. Il n'existait pas chez cette femme enceinte de lésions cardiaques ou rénales ni de syphilis.

Un cas tardif de fièvre boutonneuse arthro-myalgique (maladie d'Olmer). Quelques considérations sur son étiologie (parasites, pathophores et réservoirs de virus). — M. A. Raybaud rapporte une observation de fièvre exanthématique observée dans la seconde quinzaine de novembre qu'il propose d'appeler fièvre boutonneuse arthro-myalgique pour éviter toute confusion avec le typhus pétéchial. La particularité du cas rapporté réside dans le fait que ce malade était infesté par des tiques qui paraissent avoir joué le rôle d'agents contaminateurs. Il termine par quelques considérations sur la transmission et la conservation de la maladie pendant les mois d'hiver durant lesquels la maladie ne s'observe pas chez l'homme.

Un nouveau cas de hernie du cæcum et de l'appendice chez l'enfant. — MM. G. Darcourt et R. Gary rapportent l'observation et les radiographies de ce cas qu'ils ont pu mettre en évidence par la clinique contrôler par l'examen radioscopique, vérifier par l'opération. A l'occasion de ce cas, ils rappellent les signes déjà exposés par l'un d'eux avec le docteur J. Poucel en 1925 et insistent à nouveau sur la nécessité de diagnostiquer les hernies cæco-apendiculaires et sur la possibilité de ce diagnostic.

Paraplégie pottique brusque et complète à évolution rapidement mortelle par compression osseuse et pachyméningite. — MM. Fiolle, Poinso et Jaur apportent une observation de paraplégie pottique apparue chez une femme

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

LABORATOIRES CARTERET

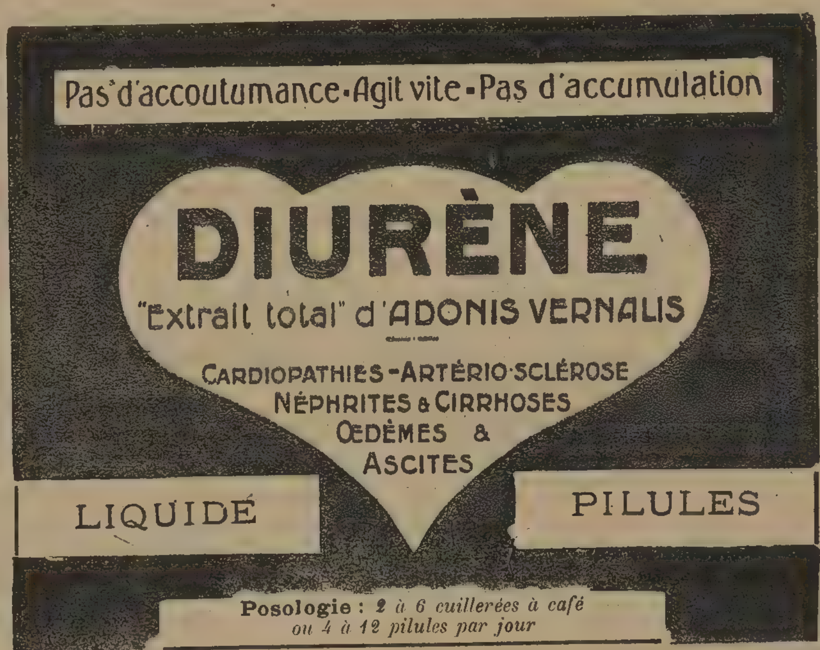
Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS

(ASTHME — EMPHYSÈME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des vaccins adaptés, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcectage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal Minet est employé à titre préventif de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs modifiant le terrain.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traitements des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée de vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin anti-asthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

Laboratoires STÉNÉ, 4, Place des Vosges, à PARIS (4e)

de trente ans ayant évolué brutalement en deux mois avec un début subit. La radio montre une lésion très marquée de D6 avec arrêt total du lipiodol atloïdo-occipital en dent de peigne. L'autopsie révèle en même temps qu'une pachyméningite une luxation de D6 comprimant et applatissant la moelle. La ponction lombaire avait montré une réaction de Froin intense. Les paraplégies précoces et subites ne sont donc pas toujours comme le pense Sorrel-Déjerine, liées à la présence d'abcès intrarachidien. D'autre part la compression osseuse si elle est rare peut exister dans la pathogénie des paraplégies pottiques.

Quatre nouveaux cas d'empoisonnements par les champignons secs. — M. P. Silvain rapporte ces quatre nouveaux cas analogues à ceux rapportés par lui l'an dernier. Il insiste à nouveau sur la fréquence des accidents survenus à la suite de l'ingestion de champignons secs et attire l'attention sur le danger qu'ils présentent réclamant une fois de plus la réglementation de l'approvisionnement et de la vente de ces produits.

Aortite postérieure (segment thoracique). — MM. Rous-Lacroix et Emperaire rapportent ce cas qui a donné lieu du vivant de la malade à des considérations cliniques et radiologiques intéressantes et dont la clé véritable n'a été révélée que par l'autopsie.

Le Renouvellement de l'organisme, par le docteur L. Dartigues. Un volume de 452 pages, 61 planches, dont 20 en couleurs. — Prix ; 60 fr. — Paris, Doin.

L'Impuissance virile, par le docteur E. Monin. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie chirurgicale (1), par MM. Bégouin, F. Papin, H. Bourgeois, Pierre Duval, J. Gatellier, Gosset, D. Petit-Dutaillis, E. Jeanbrau, P. Lecène, Lenormant, R. Proust, R. Soupault, L. Tixier et M. Patel. Cinquième édition entièrement refondue.

Le *Précis de pathologie chirurgicale* a déjà été réédité plusieurs fois, et à chaque étape a connu des remaniements.

L'édition qui vient de paraître est plus qu'un tirage revisé c'est un ouvrage entièrement refondu, et même, pour une part importante, un ouvrage nouveau.

Deux indications suffisent à montrer dans quel esprit a été conçue et réalisée cette refonte :

La première est l'étendue nouvelle du *Précis*, qui est de 5.542 pages contre 4.145 à l'édition précédente ; si l'on ajoute que de nombreuses suppressions ont été faites dans le texte ancien, c'est immédiatement mettre en lumière que l'ouvrage a été complété dans une mesure importante.

La seconde indication, c'est que tous les auteurs de la première heure ont travaillé, et travaillé de leur personne, à mettre sur pied cette cinquième édition ; ils se sont, en outre, adjoint cinq collaborateurs nouveaux pris parmi ceux de leurs élèves que leurs travaux recommandaient à ce choix.

L'on peut dire, dans ces conditions, que l'équipe qui a écrit ce *Précis* est parmi les plus brillantes qui se put consti-

(1) Chacun des six volumes du *Précis de pathologie chirurgicale* est vendu broché : 45 fr.; cartonné toile : 55 fr. — L'ensemble des six volumes : broché, 270 fr.; cartonné, 330 fr. — Paris, Masson et Cie.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT
est NEUROTROPE
Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.
Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.
R. C., 88.031, Seine.
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS

IODONE ROBIN
Gouttes - Comprimés - Injectable
ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

tuer : les auteurs de ce livre classique sont en effet devenus, depuis l'époque où ils l'ont publié pour la première fois, des maîtres de la jeune chirurgie française, et c'est forts de la pratique de vingt années d'enseignement qu'ils ont repris et amélioré leur œuvre.

Le succès avait prouvé que le plan, la méthode et les conceptions générales du livre étaient bonnes; il ne s'agissait ni de les modifier ni de passer la main : le livre était vivant; il s'agissait seulement de le remettre au point.

Petit à petit, certaines descriptions de pure technique opératoire avaient envahi ce *Précis de pathologie*. Résolument on les a fait disparaître. Elles n'ont été maintenues que dans les cas où la technique éclaire la pathologie elle-même. Pour le reste, les auteurs renvoient au *Précis de technique opératoire des prosecteurs de la Faculté de Paris*, ouvrage également classique qui a fait ces dernières années l'objet d'une revision d'ensemble.

Sans prétendre réaliser toujours et pour toutes choses, entre eux, un accord absolu, les auteurs se sont efforcés d'unifier les méthodes d'exposition, d'équilibrer la répartition des matières, de renvoyer d'un chapitre à l'autre pour éviter les redites, enfin de concilier les doctrines. Ce n'est d'ailleurs qu'après une revision d'ensemble, longue et minutieuse, faite par l'un d'eux, que cette réédition a été entreprise.

Si certaines parties de cet ouvrage sont publiées à peu près sans changements — ils n'eussent pas été désirables —, d'autres chapitres ont été, non pas revisés, mais complètement réécrits. Des figures anciennes ont été condamnées, de nombreuses ont été ajoutées. En un mot la formule classique d'édition « entièrement refondue » a ici son sens le plus plein et rien de ce qui pouvait être fait d'utile n'a été négligé. Il n'est pas jusqu'à la nouvelle division du livre en six tomes qui n'ait permis de mieux équilibrer les chapitres et de les grouper plus logiquement. L. G.

L'Accoucheur moderne. Précis d'obstétrique (1), par le docteur Marcel METZGER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon. — In-8 relié toile. — Prix : 60 fr. — Paris, F. Alcan.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 25 février. — Jury : MM. Couvelaire, président; Loeper, Sergent et Harvier. — M. AUCLAIR. Etude des gros enfants nés en 1928 à l'hôpital Boucicaut. — M. ROSENBERG. Etude sur le chlorhydrate de papavérine. — M. CARILLON. Importance du décubitus latéral gauche dans l'examen de la pointe du cœur.

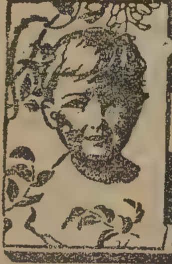
Jeudi 28 février. — Jury : MM. Bernard, président; Claude, Gougerot et Debré. — Mlle HÉBERT. Etude médico sociale sur la mortalité du premier âge. — M. DIÉ. Etude sur la tension veineuse. — M. DAVID. Erythrocyanose sus-malléolaire. — M. DEWING. La radiothérapie sympathique du lichen plan. — M. GREMEAU. Essai sur le métabolisme.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président; Henry et Moussu. — M. PERRIER. Traitement de la piroplasmose bovine en Normandie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76
R. C., 133, Aubenas.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MARRITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano PARIS

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).


Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

FLORENCE A UNE NUIT DE NICE. — Depuis le 1er février, un service de wagons-lits fonctionne entre Nice et Florence avec wagon-restaurant à l'aller de Vintimille à Gênes.

Départ de Nice à 15 h. 15. Arrivée à Florence à 6 h. 45.

En sens inverse, départ de Florence à 0 h. 10. Arrivée à Nice à 13 h. 49.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 157.143, Seine.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons : Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours. INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05. Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour. } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg 0,015). } Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Établts MOUNEYRAT, 12 Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques ; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C. 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème ; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.928

COMMANDES. 10, RUE PARENT DE ROSAN. PARIS 16e

TRAITEMENT NOUVEAU DES STAPHYLOCOCCIES

Staphylothanol

A BASE D'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
AMPOULES DE 2 CC

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

REMINÉRALISATION RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR
AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS, DU PHOSPHATE TRICALCIQUE NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES — Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS — 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ — 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

N° 17. — MERCREDI 27 FÉVRIER 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 27 FÉVRIER 1929. — N° 17.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le jeudi 2 mai 1929, à 16 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du lundi 8 au mercredi 17 avril 1929 inclusivement.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le 18 avril 1929 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation des candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 15 mai 1929 au 15 mai 1930 à des places d'interne provisoire.

Le nombre de places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à deux.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (service du personnel). Il sera clos le 15 mars 1929, à 16 h.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR TERRIER. — On a inauguré dimanche dane la salle des Pas-Perdus de la Faculté de médecine de Paris, un monument à la mémoire du professeur Terrier.

Parmi les amis, les anciens élèves et les nombreuses personnalités présentes, on remarquait : le professeur Roux, directeur de l'Institut Pasteur; les professeurs Quénu et Hartmann; les membres du Comité d'organisation; les professeurs Gosset, Cunéo, Lecène, et M. Bertot, neveu du professeur Terrier. Des discours ont été prononcés par les professeurs Gosset, Quénu, Hartmann, le docteur Delagenière (du Mans), le professeur Forgue (de Montpellier), le professeur Julliard (de Genève) et le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Nancy. — M. le professeur Bruntz est nommé professeur honoraire.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier*. — M. Kling, directeur du Laboratoire municipal de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de Choudens, à Saint-Jean-de-Gonville (Ain), Maignot, au Pouzin (Ardèche), Julian, à Beaucaire (Gard).

Éducation physique. — *Au grade d'officier*. — M. le docteur Barbarin (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bellin du Coteau (de Paris).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée, à titre posthume, à M. Tissot, interne des hôpitaux de Rouen, décédé des suites d'une maladie contractée en service.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance. (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — Cours de perfectionnement (Pâques 1929), du 21 au 29 mars, sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, médecin des hôpitaux, et des chefs de clinique et assistants du service.

« Les notions actuelles en hygiène et pathologie du premier âge. »

Chaque jour, de 9 h. 30 à 10 h. 45 : Visite des salles par M. le professeur Lereboullet.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

A 10 h. 45, 16 h. et 16 h. 45 : Leçons avec présentation de malades et exercices pratiques.

N. B. — Les leçons porteront surtout sur les progrès récents réalisés dans les divers sujets traités; elles seront complétées par l'exposé quotidien fait au cours des visites par le professeur Lereboullet et par l'examen direct des malades.

S'inscrire à la Faculté. — Le droit à verser est de 250 fr.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le docteur SOLOMON.) — Du 8 au 21 avril 1929, M. le docteur Solomon, assisté de MM. Aimé et Gibert, radiologistes des hôpitaux; de MM. Proust et Gottfried, assistants du service; fera une série de conférences accompagnées de travaux pratiques sur la technique de la radiothérapie profonde et sur les principales indications cliniques de la radiothérapie profonde.

Les élèves seront exercés individuellement.

Les conférences et les travaux pratiques auront lieu tous les matins, de 9 à 12 h.

Les droits de travaux pratiques sont fixés à 250 fr.

On peut s'inscrire dès à présent dans le service de M. le docteur Solomon.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 11 mars 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Ce cours sera fait en liaison avec un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale urinaire sous la direction de M. le professeur agrégé Marion, cours qui sera fait en mars et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NATALITÉ. — *L'Animateur des Temps nouveaux* consacre son numéro du 15 février à l'angoissante question de la natalité. Notre confrère réclame une fois de plus pour notre pays une politique de la natalité : « si nous voulons empêcher le suicide de la France, il nous la faut *immédiatement* ».

L'Animateur reproduit et commente un article de Mussolini, intitulé *nombre et force*, qu'il faut lire et méditer, car les aspirations qu'il traduit montrent le danger de la dénatalité en France (1).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une bien vive tristesse la mort de M. H. Truc, professeur honoraire de Clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 72 ans.

M. le professeur Truc a été créateur de l'enseignement de l'ophtalmologie à la Faculté de Montpellier; on lui doit des travaux considérables.

Nous adressons à Mme Truc, à ses enfants, dont l'un suit dignement la tradition paternelle, à ses gendres, le professeur Jeanbrau et le docteur Dejean, l'expression de nos très profondes condoléances.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Bouveret, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté, décédé à l'âge de 79 ans; Dantin (de Bordeaux), Louis Ducerf (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Orgeas (d'Aramon); M. Djegayadassou, interne des hôpitaux de Nîmes; M. le docteur Charles Trepsat, médecin du sanatorium de la Malmaison.

(1) *L'Animateur des Temps nouveaux*, fondateur Louis Forest, 16, rue Vézelay, Paris.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Georges DEHELLY (du Havre)

Georges Dehelly vient d'être enlevé à 47 ans par une courte maladie.

Peu d'existences ont été aussi utilement remplies que la sienne. Dès la fin de son internat, après avoir eu pour maître en chirurgie, Campenon, Nélaton, Rochard et Ricard, Georges Dehelly vient, en 1910, s'installer au Havre. Là il retrouve un autre élève de Ricard, notre ami Maurice Guillot. Ils s'associent pour créer un centre chirurgical dont la réputation ne tarde pas à s'étendre non seulement en France mais jusqu'au delà de l'Atlantique. Dehelly va, en effet visiter les centres chirurgicaux d'Amérique, il en rapporte une belle documentation. Il y gagne aussi de précieuses amitiés qui lui ont permis plus tard de prendre une part importante à la création de l'*Association pour le développement des relations médicales*. A son retour d'Amérique, il publie avec Guillot dans *Lyon chirurgical*, un travail sur la technique de Murphy pour les arthroplasties.

Pendant la guerre, il retrouve Carrel à Compiègne, à la Fondation Rockfeller. Il travaille à la mise au point de la méthode de fermeture secondaire des plaies (méthode de Carrel) après stérilisation chimique par l'irrigation avec le liquide de Dakin. Il est envoyé alors en Roumanie pour appliquer cette méthode.

Après la guerre, malgré une vie professionnelle particulièrement active, il continue à publier de nombreux travaux à la Société de chirurgie dont il est membre correspondant. Avec Guillot, il apporte une importante contribution au *traitement des fractures*, à la question des *greffes en chirurgie osseuse*, *à l'ostéosynthèse* dans les fractures et dans le mal de Pott, au *traitement de la sacralisation douloureuse* de la Ve vertèbre lombaire par la fixation de cette vertèbre au sacrum par une greffe ostéopériostique.

La vie de Dehelly est un bel exemple de travail, d'activité et d'heureuses initiatives.

Son association avec Guillot, si franche et si fraternelle, montre tout le bien que l'on peut attendre de cette collaboration entre chirurgiens, que Gosset, dans son discours du dernier Congrès de chirurgie, souhaitait si vivement voir se généraliser en France.

La mort de Dehelly est une grande perte pour la chirurgie française qu'il honorait grandement, elle est aussi une chose affreuse car il laisse derrière lui de très jeunes enfants.

Nous prions notre ami Guillot de trouver ici l'expression de notre bien douloureuse sympathie et d'en faire part à la famille en deuil de Georges Dehelly.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN, HOMME OU FEMME, moins de 40 ans, ayant diplôme Etat, est demandé pour poste médecin adjoint dans sanatorium (tuberculose osseuse).

Résidence obligatoire. Non nourri. Pas de clientèle privée. Début : 25.000 fr.

Ecrire : M. Henri Valin, Office postal express, 19, rue Jean-Jacques Rousseau, Paris (1er).

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour Pharmacie SCHMIT, 71. Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

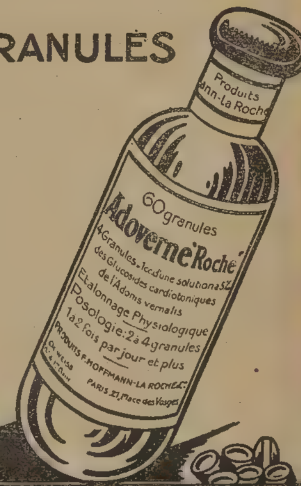
ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

AIX-LES-BAINS

LA VILLE D'EAUX DES RHUMATISANTS

au bord du lac au Bourget
centre unique d'excursions dans les Alpes de Savoie



Le bain de vapeur naturelle Bertholet

Messieurs les membres
du Corps Médical
français et étranger
sont invités à honorer
Aix-les-Bains
de leur visite.



La douche massage ou douche d'Aix

EAUX SULFUREUSES
CHAUDES-46°

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Brochures illustrées et renseignements sur les avantages spéciaux réservés au Corps Médical envoyés gratuitement sur demande adressée au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : **« à doses réfractées »**, chez les adultes.

La méthode des **« doses réfractées »** est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE :
Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE, FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS, ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

Contre les **MALADIES DE LA PEAU** et les **ENGELURES**

LIPOL

liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES** :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES** :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

SAIGNÉE ET DIURÈSE

Par le docteur STILLMUNKÈS (de Toulouse).

On sait, à l'heure actuelle, que les phénomènes physiologiques engendrés par la saignée dépendent en grande partie de l'action mécanique qu'elle exerce sur l'appareil circulatoire.

« C'est dans le traitement de l'asystolie, écrivent MM. Lemierre et Bernard, que la saignée manifeste son efficacité la plus réelle, et c'est en pareil cas que le mécanisme de son action apparaît avec le plus de clarté. Nous pouvons même ajouter que là où elle réussit peut-être le mieux au cours des affections rénales, c'est lorsque ces affections retentissent de telle façon sur l'appareil circulatoire qu'elles entraînent le fléchissement du myocarde. »

Toute saignée produit un vide dans le courant sanguin et détermine un bouleversement profond dans le régime de la circulation veineuse dont la pression s'abaisse. Elle atténue la stase, tant au niveau du rein et des tissus qu'au niveau de la petite circulation, et par la dilution sanguine qu'elle provoque elle met en jeu le mécanisme de la régulation plasmo-interstitielle et favorise les échanges entre la circulation sanguine et les espaces lacunaires. A la faveur de ces courants interstitiels, les liquides d'infiltration retournent au torrent circulatoire, le barrage des résistances périphériques contre lequel risque de s'épuiser l'énergie de la contraction myocardique disparaît, et les toni-cardiaques trouvent un terrain propice au développement de leurs propriétés thérapeutiques.

Cette mobilisation générale des œdèmes dans la circulation aboutit à leur élimination rénale. C'est alors qu'apparaît la diurèse sous forme de polyurie libératrice, dont l'importance dépend à la fois de la quantité de liquide accumulée dans l'organisme et de la résorption plus ou moins rapide des hydropisies.

Il en est presque toujours ainsi chaque fois que chez un cardio-rénal la localisation des œdèmes comporte un grave danger pour le cœur. A ce point de vue, l'observation qui suit mérite de figurer à l'actif des bienfaits de la saignée. Toutefois, son véritable intérêt réside, d'une part, dans l'importance énorme de la diurèse obtenue par les moyens classiques : saignée, digitaline, théobromine. Une polyurie de 45 litres en quatre jours n'est pas un fait d'observation habituel. Il peut soutenir avantageusement la comparaison avec les débâcles urinaires déclanchées par l'emploi des diurétiques mercuriels au cours des cardiopathies.

D'autre part, n'est-il pas intéressant de signaler qu'une décharge aussi intense et aussi rapide ne s'est accompagnée d'aucun accident grave?

Voici tout d'abord l'observation :

Mme Ger..., soixante-deux ans, me fait appeler le 30 septembre 1928, vers quatre heures du soir pour des troubles dyspnéiques rapidement croissants. Dans son passé je note trois grossesses sans caractère anormal et une crise d'asthme cardiaque il y a six mois environ. Depuis longtemps, elle a de la dyspnée d'effort; mais ce symptôme est négligé par les quelques médecins qui l'ont vue, de même que l'œdème des membres inférieurs et les longues nuits d'insomnie au cours desquelles le passage de la position verticale à l'horizontale, constituait un problème de plus en plus pénible et angoissant.

Au moment de l'examen, la malade présente un masque cyanotique tout à fait impressionnant. Anasarque généralisé avec bouffissure du visage et légère exophtalmie. Lèvres noirâtres, cyanose des extrémités. Dyspnée et polypnée : 42 respirations à la minute, battement des ailes du nez. Agitation incessante sans déplacement des membres, phénomènes d'excitation cérébrale. Pouls petit, rapide : 110 pulsations sans arythmie. Distension abdominale énorme par gaz et ascite, sensibilité très vive de la région hépatique. Œdème des membres supérieurs et surtout des membres inférieurs; circonférence des mollets : 53 centimètres (38 centimètres et demi en temps normal). A ce niveau, la peau est très distendue, dure et douloureuse au toucher, luisante et d'aspect érysipélateux. Plaie suintante à la jambe gauche par où s'échappe une certaine quantité de sérosité.

Le cœur est considérablement distendu, avec rejet de la pointe en bas et à gauche du mamelon; la matité cardiaque dépasse largement le bord droit du sternum. Gros battement des jugulaires. A l'auscultation, souffle systolique dans la région moyenne.

Grosse matité des champs pulmonaires en arrière avec silence respiratoire sur une assez grande étendue de la base droite et présence de râles d'œdème remontant de chaque côté au niveau de l'épine de l'omoplate.

Tel est, rapidement brossé, le bilan d'un examen dont la prolongation n'eut pas été sans péril pour la malade. Il s'agissait d'une cardio-rénale infiltrée à l'excès par des œdèmes à la fois séreux et interstitiels, et dont l'état alarmant tenait à une asphyxie progressive et menaçante du fait d'un œdème pulmonaire très étendu.

Je pratique immédiatement une saignée qui donne issue à un sang noir, visqueux et aussitôt coagulé, et que je termine au bout d'une demi-heure après une soustraction de 1.200 gr. environ.

A la suite de cette intervention, le visage retrouve sa coloration normale, le pouls prend plus d'ampleur, tout en conservant sa rapidité. La dyspnée n'est plus aussi pénible : la malade éprouve une sensation de bien-être immédiat. Un lavement purgatif du Codex, administré peu de temps après la saignée, amène une débâcle intestinale intense et je donne x gouttes de digitaline.

A vingt et une heures, état stationnaire, huile camphrée et spartéine. Dans la nuit, v gouttes de digitaline, et la malade qui n'a pas soif absorbe un demi-verre d'eau sucrée.

Quantité d'urines des vingt-quatre heures : 400 centimètres cubes.

Le 1er octobre, huile camphrée, x gouttes de digitaline et 1g50 de théobromine, en trois fois.

Dans la soirée, tentative infructueuse de ponction de l'épanchement pleural droit : 10 centimètres cubes seulement de liquide d'hydrothorax ont pu être retirés. J'envoie chercher du Neptal dont je diffère momentanément l'application.

A vingt et une heures, mise en place de quatre tubes de Southey qui laissent immédiatement sourdre du liquide presque goutte à goutte.

La malade a pris environ 300 centimètres cubes de liquide, y compris un peu de vin de Champagne.

Quantité des urines des vingt-quatre heures : 500 centimètres cubes.

Le 2 octobre, neuf heures du matin. Le tableau a complètement changé. Tandis que la veille je laissais une malade apathique et un entourage profondément touché d'une situation aussi grave sinon désespérée, je fus reçu par une famille littéralement affolée, et ma malade était à bout de forces uniquement préoccupée par ses besoins fréquents et impérieux d'uriner. La débâcle urinaire avait commencé vers deux heures du matin, et je me trouvais en face d'un seau à toilette

presque complètement rempli d'urine. La diurèse avait été de 7 litres en sept heures, et ma malade exténuée me suppliait d'arrêter ce flot tant la souffrance était intense. De plus, les tubes de Southey, que je retirais aussitôt, avaient facilité la sortie d'un litre et demi de liquide dans la nuit.

Je ne me repentais pas de n'avoir pas utilisé le Neptal : une saignée de 1.200 grammes, un lavement purgatif, xxv gouttes de digitaline et 3 grammes de théobromine avaient suffi à lever les premiers barrages et à donner naissance à ce début de débâcle dont la suite devait être impressionnante.

Respiration calme : 32 mouvements à la minute. Pouls, 96, bruit de galop à l'auscultation du cœur. Souffle systolique persistant.

Dans la journée, 500 centimètres cubes de liquide, eau sucrée, lait, café, vin de Champagne, 1g50 de théobromine et x gouttes de digitaline :

A quinze heures, 5 litres d'urine;

A vingt et une heures, 6 litres d'urine;

ce qui fait au total, pour dix-neuf heures, 18 litres d'urine et 1 litre et demi de liquide d'œdème.

Le 3 octobre, 1g50 de théobromine, x gouttes de digitaline, x gouttes d'ouabaïne. Liquides absorbés, 750 centimètres cubes. Diurèse, 12 litres.

Le 4 octobre, température, 37°2-37°6. Pouls, 100. Gros battement des jugulaires. Prostration entrecoupée de périodes d'agitation. Respiration périodique de Cheyne-Stokes avec apnée de quinze secondes. Disparition du bruit de galop. Quelques râles d'œdème pulmonaire, sans un seul crachat et sans une seule secousse de toux. Petite bande de matité à la base droite, persistance du souffle systolique.

Liquide absorbé, 750 centimètres cubes, 0g50 de théobromine, v gouttes de digitaline et xx gouttes d'ouabaïne. Diurèse, 10 litres.

Le 5 octobre, persistance de la diurèse sans théobromine, 5 litres. Pouls, 90. Température, 37°-37°2. Légère sensibilité hépatique. L'abdomen s'étale : la peau des jambes et des cuisses se plisse tout en présentant encore des traces d'œdème; le suintement séreux de la jambe gauche s'arrête et la plaie, d'une étendue d'une paume de main, présente des placards d'épidermisation.

Respiration de Cheyne-Stokes. Quelques reliquats légers d'œdème pulmonaire. Agitation marquée. Mobilisation possible des membres inférieurs. Tension artérielle, 10-19.

Le 6 octobre, l'amélioration s'accentue notablement. Pouls, 84. Température, 36°6-36°9. L'ascite est évacuée en presque totalité. L'appareil pleuro-pulmonaire est indemne à l'auscultation.

La diurèse continue, mais dans de moindres proportions. Les jours suivants le battement des jugulaires disparaît, de même que les anomalies respiratoires. L'auscultation du cœur ne permet plus de distinguer le souffle systolique des premiers jours. Le sommeil reparaît et le 10 octobre la tension artérielle est de 9-14.

La malade entre par la suite en convalescence, et le 13 octobre, c'est-à-dire moins de quinze jours après la saignée, elle commence à se lever, ne pesant plus que 68kg250, tandis que dans les derniers jours de septembre le poids était de 113kg500.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, montre tout d'abord qu'en présence d'une situation quasi-désespérée la saignée est capable de produire une véritable résurrection. Il n'est pas douteux que dans le cas particulier elle s'est comportée comme une médication d'une exceptionnelle activité, et que son abondance, combinée à l'action plus tardive de l'association digitaline-théobromine, a permis à un organisme profondément touché de se ressaisir presque « in extremis » et d'assurer le flot d'une déplétion aussi débordante que salutaire. En opérant une levée brusquée des barrages périphériques, elle a donné aux liquides d'œdème leur orientation naturelle et a facilité leur passage à travers l'émonctoire rénal. A ce point de vue, la saignée doit être considérée comme un diurétique de tout premier ordre.

L'action diurétique de la saignée au cours des grands œdèmes avec asystolie ne représente pas une acquisition récente en clinique humaine; mais à s'en rapporter aux publications de ces dernières années sur les nouveaux diurétiques mercuriels : Novasurol, Salyrgan, Neptal, elle ne manque pas d'un certain intérêt d'actualité. On sait, en effet, que ces divers produits sont susceptibles de provoquer des diurèses impressionnantes, et que les grands œdèmes cardiaques sont généralement considérés comme l'indication de choix. C'est dans ces conditions qu'après une injection intramusculaire de Neptal, Lian a pu enregistrer une diurèse de 9 litres en vingt-quatre heures chez une cardiaque œdémateuse dont le poids diminua de 22kg700 en dix jours.

Un résultat de cette importance est loin d'être négligeable, mais il est permis de se demander si dans le nombre des cures merveilleuses rapportées au Neptal, certaines diurèses n'auraient pas pu être obtenues par des médications plus anodines. Chez la malade qui fait l'objet de ces remarques, et dont l'état alarmant ne saurait être discuté, la diurèse est d'un ordre de grandeur bien différent : pendant près de vingt-quatre heures le rein débite 1 litre d'urine par heure et la diurèse totale est de 45 litres en quatre jours. Sans aucun doute, l'injection de Neptal eût bénéficié d'un succès facile, tandis qu'il apparaît nettement que les œdèmes ont disparu sous la seule influence de la saignée combinée à l'action de la digitaline, de la théobromine et de la réduction des liquides.

Discuter les indications d'une médication quelconque n'implique pas nécessairement la négation de son efficacité. Certes le Neptal compte à son actif des résorptions d'œdèmes jusqu'alors inaccessibles aux moyens classiques : mais si la puissance de ses effets n'est plus à démontrer, une question se pose relative à l'opportunité de son utilisation. Dans tous les cas d'asystolie avec gros œdèmes, peut-on s'en servir à l'égal de la méthode habituelle pour lever les barrages périphériques? Il est bien démontré que l'un et l'autre peuvent amener des débâcles urinaires : mais tandis que la saignée agit d'une façon purement mécanique pour débloquer un rein dont la barrière se laissera franchir, l'intervention du Neptal, indépendamment de sa toxicité réduite laisse encore beaucoup d'incertitudes quant au déterminisme de ses propriétés pharmacodynamiques. Chacune de ces médications possède des avantages et des inconvénients, mais le plus gros reproche qu'on puisse adresser à la saignée est de rester parfois inopérante vis-à-vis d'œdèmes d'emblée irréductibles ou rapidement récidivants. C'est alors que se posent les véritables indications du Neptal tirées de l'échec des médications habituelles dans le syndrome asystolie.

Dans un autre ordre d'idées, l'intérêt de cette observation réside dans la rétention énorme des

liquides et dans les répercussions de la débâcle urinaire. L'abondance de la diurèse témoigne de l'importance des œdèmes qui représentent neuf fois la masse totale du sang. L'expérimentation a fait connaître des situations semblables à la suite d'injections d'eau salée dans les veines. On peut ainsi introduire des quantités de liquide égales aux deux tiers du poids du corps. Mais dans ces expériences, qui rappellent celle de la grenouille salée, l'eau ne séjourne pas dans l'organisme, l'émonctoire rénal intervient, et l'animal, suivant l'expression de Dastre, devient comparable à un vase percé. Ces faits expérimentaux ne trouvent que rarement leur écho en clinique humaine, car jamais, dit Lejars, on n'a injecté des doses semblables de sérum artificiel, ce qui représenterait plus de 42 litres pour un homme de 65 kilogrammes. Il a fallu le hasard d'une rétention rénale pour réaliser des conditions d'expérience qui s'écartent sensiblement des limites d'innocuité physiologique et accumuler chez une malade de 68 kilogrammes une quantité de liquide d'œdème au moins égale à 45 litres. On peut ainsi juger de la grande tolérance de l'organisme pour des quantités considérables de liquides de rétention.

La fonte rapide des œdèmes a entraîné corrélativement une diminution du poids du corps. Celle-ci fut particulièrement importante puisque de 113^{kg}500 la malade tombe à 68^{kg}250, ce qui équivaut à une déperdition de 39,9 p. 100. Chez un adulte normal, elle eût gravement compromis l'existence. On sait depuis Chossat que toute perte équivalente aux 4/10 du poids du corps est incompatible avec la vie, et ces proportions n'ont jamais été retrouvées chez les jeûneurs célèbres.

Mais la situation diffère chez les asystoliques avec œdèmes par le caractère pathologique du poids initial. Tandis que le jeûneur s'allège du poids de ses réserves par un processus d'autophagie, l'œdémateux jette du lest par-dessus bord, récupérant ainsi l'équilibre nécessaire à l'accomplissement des principales fonctions. Loin d'être une circonstance défavorable, la perte de poids est au contraire l'événement heureux qui libère l'organisme d'une surcharge nuisible. Elle n'entraîne en dernière analyse que le simple retour à l'état normal.

Dans la plupart des cas, ce rétablissement s'opère sans incident notable : avec le retour de la diurèse s'esquisse une étape vers la guérison. Mais on sait aussi que les crises urinaires qui terminent la rétention des liquides interstitiels peuvent s'accompagner d'accidents curieux et quelquefois mortels, consécutifs à la résorption brusque des œdèmes. Ce sont principalement des phénomènes cérébraux : délire, convulsion, coma, respiration de Cheyne-Stokes, parfois hémiplégie, dont l'interprétation pathogénique n'est pas encore nettement élucidée. Il n'est pas douteux qu'une diurèse de 45 litres en quatre jours réalise des conditions de résorption brusque, et cependant la malade n'a présenté pour tout accident qu'une respiration de Cheyne-Stokes et de la torpeur cérébrale entrecoupée de périodes d'agitation. Ces manifestations se sont installées après l'émission de 30 litres d'urine, elles ont persisté durant l'élimination des 15 autres litres marquant la fin de la polyurie, et leur disparition a coïncidé avec le retour à la diurèse normale. Peut-on, ainsi que les auteurs modernes l'ont fait pour la respiration de Cheyne-Stokes, leur attribuer la valeur d'un trouble circulatoire avec retentissement sur la nutrition cérébrale ?

A défaut d'examens de laboratoire, cette observation mérite d'être signalée en raison du chiffre extraordinaire de la diurèse. Elle démontre une fois de plus les bons effets de la saignée chez une malade arrivée à la limite de l'infiltration œdémateuse. Elle rappelle, enfin, que les accidents de résorption brusque des œdèmes ne sont pas toujours en rapport avec l'abondance de la polyurie libératrice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1929)

Intoxication grave par le bichromate de potasse. Néphrite aiguë. Guérison. — MM. Etienne Bernard et Lichtwitz rapportent l'observation d'une jeune femme qui, après avoir avalé volontairement quatre cristaux de bichromate de potasse, fut prise d'accidents graves. Douleurs abdominales très violentes, vomissements répétés et diarrhée en rapport avec l'action particulièrement irritante du toxique sur la muqueuse gastro-intestinale, puis, au bout de huit jours, signes d'une néphrite aiguë ; oligurie à 200 grammes, azotémie à 3^{g}67 avec signes d'intoxication profonde, vomissements incessants, diarrhée, asthénie, hypothermie. La diurèse se rétablit rapidement sous l'effet d'injections intraveineuses et sous-cutanées de solutions glucosées. Mais l'azotémie se maintint au-dessus de 3 grammes pendant quinze jours. Même une saignée singulièrement abondante due à des métrorragies ne fit pas baisser le taux de l'urée sanguine.

Les auteurs insistent sur la ressemblance entre cette néphrite et la néphrite mercurielle.

Sécrétion gastrique par excitation de la muqueuse nasale. Olfaction d'épreuve. — MM. Garin, Roger Froment, Amic et Delorme (de Lyon) rapportent le résultat d'expériences effectuées sur trente sujets tuberculeux. Ils montrent, à l'aide du tubage d'Einhorn, que l'excitation de la seule muqueuse pituitaire, par olfaction de sels anglais, déclanche une sécrétion gastrique active. Toute une série d'odeurs, n'appartenant pas à la gamme olfactive alimentaire (essence de lavande, de menthe, de fenouil, voire eau de Cologne) provoquent de même une sécrétion gastrique nette. Ces recherches qui apportent des données physiologiques nouvelles ont une sanction pratique : l'olfaction d'épreuve.

Manifestations pluriglandulaires au cours d'une colique de plomb. — MM. Laederich et Poumeau-Delille rapportent l'histoire d'un saturnin qui, au cours d'une colique de plomb, présenta une parotidite aiguë bilatérale, une orchite aiguë et des phénomènes de dysurie avec hyperalgésie prostatique très vive. Ces manifestations glandulaires congestives furent de courte durée. Au dire du malade, le gonflement parotidien s'était reproduit à chacune des crises antérieures de colique de plomb.

Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine. — MM. Laederich et Poumeau-Delille rapportent un cas d'abcès volumineux du lobe supérieur du poumon droit guéri en quelques jours par des injections intraveineuses d'émétine.

Cet abcès était survenu chez un sujet ayant séjourné en Algérie.

M. E. BERNARD insiste sur le fait que le malade n'avait pas présenté l'expectoration hémorragique qu'on observe habituellement dans les abcès du poumon d'origine amibienne.

M. BEZANÇON signale que le traitement par l'émétine doit être conduit prudemment. Il n'est pas sans danger chez certains malades particulièrement susceptibles à cette médication, même à la dose de 0g04.

M. ARMAND-DELILLE considère que l'émétine n'est pas toxique, même à la dose de 0g08 par injection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1929)

Activation des propriétés curatives du bismuth dans la syphilis sous l'influence de tissus riches en gluthation. — MM. C. LEVADITI et A. HOWARD montrent que, sous l'influence d'extraits d'organes très riches en soufre et en gluthation (capsules surrénales), le bismuth agit curativement à doses infinitésimales, dans la syphilis et la spirochétose spontanée du lapin. Il suffit de 3 à 400 microgrammes de métal par kilogramme pour obtenir l'immobilisation des spirochètes, leur destruction et la cicatrisation des lésions, suivie ou non de récidive ultérieure. Si l'on songe que de telles traces de bismuth sont répandues dans tout l'organisme d'un lapin pesant un kilogramme, qu'une partie du métal est fixée sur place (muscle), qu'une autre partie est rapidement éliminée par l'urine et les fèces, qu'il n'y a pas accumulation de Bi dans le syphilome (Levaditi et Girard), on est étonné de la petite quantité d'élément actif nécessaire pour déclencher la spirochétolyse. Celle-ci nous apparaît donc de plus en plus comme un processus catalytique où le métal joue le rôle catalyseur vis-à-vis des moyens défensifs cellulaires ou humoraux dont dispose l'organisme.

Le bismoxyl surrénal dans la syphilis humaine. — MM. L. FOURNIER, L. GUENOT, A. SCHWARTZ et YOVANOWITCH. Le bismoxyl surrénal présente un remarquable pouvoir antisyphilitique, analogue à celui des autres complexes protéobismuthiques, et se manifestant, chez l'homme, par la guérison rapide des lésions spécifiques et, dans un grand nombre de cas, par la négativation totale des réactions sanguines.

Ces résultats sont d'autant plus remarquables que la quantité totale de bismuth-métal utilisé est extrêmement faible (de 180 à 252 milligrammes pour un traitement). Ils sont donc tout à fait superposables aux faits obtenus expérimentalement par M. Levaditi et ses collaborateurs et confirment pleinement les conceptions de cet auteur quant au mode d'action du bismuth sur le tréponème.

Variations de la répartition de l'azote total non protéique dans les globules et le plasma en fonction du taux de l'urée du sang. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER. 1° A l'état normal et pour des azotémies inférieures à 0g45, le rapport $\frac{\text{N. T. T. globules}}{\text{N. T. T. plasma}}$ est supérieur à 2, 2g25 en moyenne; 2° pour des azotémies entre 0g45 et 1 gramme, il diminue progressivement de 2 grammes à 1g50; 3° il s'abaisse encore de 1g50 à 1 gramme entre 1 gramme et 2g50 d'azotémie; 4° au-dessus de ce chiffre d'azotémie, le taux de l'azote total non protéique est plus élevé dans le plasma que dans les globules. Le rapport est inférieur à 1.

Ces constatations indiquent l'existence d'une véritable imperméabilité globulaire aux divers constituants de l'azote total en cas de rétention azotée.

De la vaccination par voie buccale contre le « bacillus typhi murium ». — MM. K. KUMAGAI et A. MOTOMURA. Les souris se prêtent à la vaccination contre le virus *typhi murium* introduit *per os*, aussi bien par la voie sous-cutanée que par la voie buccale. Vaccinées par la voie buccale, elles acquièrent une immunité dix à vingt fois plus solide que celles vaccinées par la voie sous-cutanée. Ces expériences confirment de la sorte les recherches de BESREDKA et de ses élèves en ce qui concerne la vaccination par la voie buccale; elles démontrent en plus, en conformité avec sa théorie de l'immunité locale, que la voie d'immunisation la meilleure est celle que, dans l'organisme, suit le virus lui-même. (Hôpital des maladies infectieuses à Osaka).

Essai sur l'immunité antitoxique de l'aptitude des animaux à la production des antitoxines. — M. G. RAMON. Des observations faites sur plusieurs milliers de chevaux permettent de conclure que les facteurs de race, d'origine, de sexe, de tempérament, de genre de vie, etc., n'ont pas d'influence sur la production des antitoxines. Des essais d'hyperimmunisation effectués au moyen de l'anatoxine diphtérique sur cent chevaux à réaction de Schick soit négative, soit positive, et des dosages réguliers d'antitoxine par la méthode de floculation, montrent que la possession par les chevaux d'une immunité d'origine occulte a une influence favorable sur la rapidité avec laquelle les sérums atteignent le maximum de leur pouvoir antitoxique, mais n'a pas d'action sur le maximum lui-même. Quelque importance que puissent avoir pour l'élaboration de l'antitoxine les divers facteurs appartenant en propre à l'animal producteur, ils s'effacent devant un facteur extrinsèque : l'antigène spécifique et sa valeur.

Essais sur l'immunité antitoxique sur le rôle des antigènes spécifiques et non spécifiques et des réflexes conditionnels dans la production des antitoxines. — M. RAMON. Un organisme comme celui du cheval peut produire en même temps, ou successivement, des antitoxines aussi différentes spécifiquement que les antitoxines diphtérique et tétanique mais ni l'emploi d'un antigène non spécifique, ni la mise en œuvre « d'excitations conditionnelles » ne peuvent être substitués pour la production d'une antitoxine, à l'injection d'antigène spécifique. Cet antigène spécifique ne joue pas seulement le rôle d'excitant de la fonction grâce à laquelle l'organisme élabore l'antitoxine, il en est l'aliment absolument indispensable. En y adjoignant certaines de ses propres ressources, l'organisme utilise pour la préparation de l'antitoxine cet aliment, il en extrait l'élément fondamental, celui-là même qui confèrera à l'antitoxine sa rigoureuse spécificité.

Contribution à l'étude des toxines streptococciques. — MM. L. KANDIBA et E. SADOWSKI. On peut facilement mettre en évidence des substances leucotoxiques dans les cultures de streptocoque par la méthode bactériotrope. Ces substances, comme les hémolysines, se trouvent seulement dans les cultures très jeunes; la filtration, la centrifugation, le chauffage, la conservation à la température du laboratoire, affaiblissent leur action; les streptocoques virulents ne produisent pas *tous* de leucotoxine; dans les filtrats de culture de streptocoques, on met en évidence, *in vivo*, des propriétés toxiques; la toxine streptococcique se comporte comme une aggressine pour l'infection streptococcique.

Rétention chlorée cérébrale dans divers états mentaux. — MM. M. DELAVILLE et P. TCRERNIAKOFSKY. Comme suite à une note précédente dans laquelle ces auteurs avaient insisté sur la rétention chlorée dans le sang de malades atteints de troubles neuro-psychiatriques, ils mettent, aujourd'hui, en évidence la rétention du chlore dans le cerveau des mêmes malades. Cette rétention (pouvant aller jusqu'à 160 p. 100 du taux normal) est particulièrement marquée dans la substance grise, fait important la substance grise étant considérée comme la partie la plus active du cerveau.

Existence d'une lysine produite par le bactériophage. — M. Sertié a démontré qu'une certaine race de bactériophage anti coli donne naissance à des plages entourées de deux zones concentriques. La plus centrale contient du bactériophage la plus périphérique contient seulement une lysine qu'on peut extraire par la glycérine ou en bouillon de culture par des filtres à structure très serrée.

M. Sertié donne la démonstration que l'origine de cette lysine est bien le bactériophage et non pas la cellule bactérienne lysée par lui.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1929)

Eloge d'Alphonse Huguier, par M. Jean Anos.

A propos de l'administration du sérum hyperchloruré par voie rectale. — M. R. Bonneau, après avoir communiqué un nouveau cas de guérison des grands vomissements post-opératoires par les injections intra-veineuses de sérum hyperchloruré et rappelé la théorie de Blum de l'hyperazotémie venant composer l'hyperchlorurémie consécutives aux grands vomissements, montre par 3 observations que le sérum est mal toléré par le rectum.

Parasites intestinaux et colibacillurie. — M. Léo rappelle ses travaux antérieurs sur ce sujet et expose le traitement à appliquer en cas de lamblias.

Volumineux diverticule vésical infecté. Ablation. Guérison. — M. Iselin fait un rapport sur une observation de M. Nora (de Paris) dans laquelle on retrouve les signes cardinaux de cette affection d'origine congénitale : latence jusqu'à l'apparition d'un accident (dysurie ou infection) à un âge avancé; miction en deux temps; aspect cystoscopique particulier; cystographies démonstratives. Dans son cas, l'auteur trouva un diverticule droit et postérieur qu'il extirpa par cystostomie et voie extra-vésicale. Guérison en un mois.

Forme latente fébrile du cancer du gros intestin. — M. H. Blanc en communique 2 observations et insiste sur l'intérêt qu'il y a à signaler cette forme pour éviter des erreurs de diagnostic et permettre d'opérer en temps utile.

Sur un cas de duplicité du bassinet et de l'uretère. — M. Le Fur communique l'observation d'une malade atteinte de cette malformation; seul le bassinet supérieur présentait de l'infection colibacillaire; le bassinet inférieur donnait, au contraire, des urines absolument aseptiques. La malade guérit par la vaccination locale (bouillons-vaccins déposés directement au niveau du bassinet de la vessie malade).

Ablation d'un fibrome de 3kg200 sur un utérus gravide de trois mois et demi. Continuation de la grossesse. — MM. Devraigne et Arviset communiquent cette observation. Le fibrome, largement sessile, remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde. Guérison opératoire. La grossesse continue normalement.

Prix de la Société. — 1° Le prix Dartigues (prix de chirurgie générale) a été attribué à M. Antoine Damon pour son travail intitulé : « Etude d'un cas de rupture spontanée de l'artère fémorale après sympalhectomie péri-artérielle ».

2° Le prix Paul Delbet (prix de chirurgie gynécologique) a été attribué à M. Fritz Busser pour son travail intitulé : « Sur un procédé simplifié d'hystérectomie abdominale ».

Elections. — Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1929 :

MM. Blanc, président; Lavenant, vice-président; Buizard, secrétaire général; Halier, secrétaire général adjoint; Gresset et Le Gac, secrétaires des séances; Planson, trésorier; Burty, trésorier adjoint; Dufourmentel, archiviste.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1929)

Installation du Bureau pour 1929. — Allocutions de M. Duclaux, président sortant, et de M. R. Gaultier, président pour 1929; vice-présidents, MM. Lavenant, Lobligeois, Pauchet; secrétaire général, M. Blondin; secrétaire général adjoint, M. Perpère; secrétaires des séances, MM. Bécart, Debidour, R. Glénard, Prost.

La sensibilisation physique des tissus néoplasiques. — — M. A. Tilmant apporte le résultat succinct de ses travaux sur l'action du plomb, soit en injections intraveineuses de colloïdes de plomb, soit par ionisation, seules ou associées avec la radiothérapie. Il montre que le plomb métal pur ne présente pas la toxicité des sels de plomb, et surtout des oxydes ou hydrates de plomb et qu'on peut utiliser des doses importantes sans accident.

Les résultats obtenus dans le traitement des néoplasies épithéliales sont des plus intéressants, et permettent de considérer cette méthode de traitement comme un nouvel engin de l'arsenal thérapeutique de cette affection. Toutefois, de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour la mise au point de la technique et des doses qui doivent être réglées pour chaque cas particulier.

Asthme et éphédrine. — M. Perpere a obtenu de ce médicament des résultats favorables dans un grand nombre de crises moyennes et légères, rarement dans des crises fortes. Bons résultats aussi à titre préventif. La posologie est difficile au début en raison des réactions imprévisibles de chaque malade. Contrairement à ce qui est généralement admis, l'auteur a observé souvent des phénomènes d'accoutumance dont ne triomphe pas l'élévation des doses, inconvénient compensé par l'improbabilité de l'éphédrinomanie dans ces conditions. Pour cette raison et d'autres, l'action, non seulement frénatrice des crises, mais curative de la maladie, acceptée par quelques auteurs étrangers, est plus que douteuse.

A propos de l'hémospermie. — M. Georges Luys est d'avis que l'hémospermie dérive toujours non pas d'une cause générale, mais d'une cause locale et presque constamment d'une spermatocystite chronique. Les causes générales qui ont été invoquées ne servent que de causes occasionnelles. L'auteur insiste aussi de nouveau sur la nécessité absolue de pratiquer l'urétroscopie postérieure au cours des hémospermies, car c'est le seul procédé qui permette de préciser l'origine certaine de l'hémorragie qui peut procéder aussi bien de la muqueuse urétrale et du verumontanum que des vésicules séminales proprement dites.

Un cas d'ossification partielle des corps caverneux. — M. Ch. David en relate une observation à propos de laquelle il étudie l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de cette curieuse affection qui, quoique sans gravité, plonge les malades qui en sont atteints dans un véritable état de neurasthénie. Comme traitement médical, l'auteur recommande l'usage interne de l'iode à hautes doses et la diathermie locale. Mais le véritable traitement est l'intervention chirurgicale qui ne doit être pratiqué que lorsque l'affection a terminé son évolution.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1929)

Le réflexe glossique chez les pronogrades et les orthogrades. — M. Pierre Robin constate que le réflexe glossique labio-pharyngien chez les pronogrades est devenu, au cours de l'apparition du langage parlé, pharyngo-labial chez

l'homme. Ce réflexe, un des plus récents dans l'évolution phylogénique, devient facilement déficient, déterminant ainsi la glossoptose dès le début de la fatigue ordinaire ou pathologique, asthénie, intoxication, asphyxie.

La séro-réaction de Bothelo dans le cancer. — M. Jean Gagy signale que la séro-réaction de Bothelo donne, tout particulièrement dans les cancers internes, des renseignements intéressants. Il a constaté qu'après le traitement, l'état clinique a toujours coïncidé avec l'état sérologique chez un certain nombre de malades qu'il a suivis. Mais la réaction est fort délicate, et il y a quelques causes d'erreur.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes. — M. Laquerrière, dans une deuxième note, montre que les ondes alternatives à longues périodes qu'il a créées, excitent électivement les muscles les plus malades sans augmenter la tonicité des muscles sains; qu'elles ne donnent que des excitations espacées, ce qui évite la fatigue; enfin, qu'elles occupent le temps de repos par le passage d'un courant continu ayant une action puissante sur la respiration élémentaire du muscle et sur sa nutrition. Elles forment donc une gymnastique électrique du muscle très malade présentant des qualités tout à fait particulières.

Extraction de calculs de l'uretère par les voies naturelles. — M. G. Luys montre par des projections les différents procédés d'extraction des calculs de l'uretère par les voies naturelles. Grâce à la sonde uretérale « à ailettes » qui, introduite fermée au-dessus du calcul, peut alors s'ouvrir par un mécanisme spécial, il a pu, en retirant cette sonde, dégager de l'uretère un volumineux calcul et l'attirer dans la vessie d'un malade dont il rapporte l'observation.

REVUE DES THÈSES

Les Dysmorphies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques (1), par le docteur Henri-Fischer. Préface du professeur H.-L. Rocher.

Notre collaborateur le docteur Henri-Fischer, assistant à la Faculté de médecine de Bordeaux, lauréat de l'Académie de médecine, vient de terminer un travail très remarquable qui paraît chez Vigot en un beau volume abondamment illustré, sous le titre : *Les Dysmorphies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques.*

Voici un aperçu des conclusions de cette importante étude :

L'auteur a voulu, au cours de ce travail, démontrer surtout l'intérêt clinique qui s'attache à la connaissance des dysmorphies rachidiennes. C'est de ce point de vue, en effet, qu'il lui paraît très justement le plus utile d'envisager toutes ces malformations congénitales qui, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes, donnent lieu, suivant leur gravité, à des syndromes anatomo-cliniques plus ou moins apparents.

Leur méconnaissance rendrait difficiles sinon impossibles certains diagnostics précis; elles obligent en outre le praticien, sous peine d'insuccès, à apporter des changements à un traitement ou à un procédé opératoire classique, s'il veut s'éviter de graves mécomptes.

C'est l'exposé de ces syndromes qu'Henri-Fischer a entrepris dans cet ouvrage, et il a essayé, en abordant ces divers problèmes, d'y apporter sa collaboration personnelle, fruit de plusieurs années de patientes et méticuleuses recherches.

Il décrit quelques syndromes cliniques passés inaperçus jusqu'ici, notamment ceux liés à un processus paracondylien, à la fusion de l'axis et de la IIIe vertèbre, à la présence de huit éléments cervicaux, etc.

N'importe-t-il pas, en effet, comme dit l'auteur dans cette étude, à un praticien de savoir qu'en dehors du torticolis musculaire il en est un autre d'origine vertébrale? Qu'il existe un syndrome lié à la réduction des premiers éléments vertébraux qui peut en imposer pour un mal de Pott cervical. Ne lui est-il pas absolument nécessaire de ne pas ignorer que la scoliose congénitale, niée pendant si longtemps, existe et est la conséquence de variations multiples du rachis. Ne lui est-il pas fort utile d'avoir des données précises sur le mode de développement de la spina bifida? Au cours de troubles circulatoires, nerveux, au cours même d'une simple ligature, ne convient-il pas que le chirurgien ait, au préalable, bien présente à l'esprit l'existence possible d'une VIIe côte cervicale? Ne faut-il pas qu'il soit fixé sur les changements de configuration qu'impriment au bassin la sacralisation, la lombalisation, la réduction du sacrum, le spondyloschisis? L'étude du coccyx ne lui révèle-t-elle pas certains troubles dont la genèse est généralement insoupçonnée?

M. Henri-Fischer a insisté d'une façon approfondie sur ces malformations congénitales du rachis, car elles s'imposent aussi impérieusement au chirurgien et au médecin qu'au physiologiste, à l'ethnologue ou à l'anthropologiste.

Aussi bien, comme on le voit, l'étude de la variation qui, jusqu'alors, était réservée à quelques savants, a pris une place considérable dans les préoccupations de la clinique moderne.

Ces curiosités anatomiques, qualifiées jadis d'un terme : anomalies, qui masquait notre ignorance, sont devenues aujourd'hui de singulières lumières qui éclairent toute la voie par où est passée l'humanité et où elle continue à s'engager.

Ces variations, soit qu'elles rappellent un état atavique ou un état embryonnaire ayant cessé d'être adaptés à nos besoins actuels, soit qu'elles indiquent une progression encore mal assurée, sont, dans tous les cas, des points faibles de l'organisme, des lieux de moindre résistance physique, facilement attteints par les processus pathologiques.

A ce seul titre, elles sont un facteur pathogénique dont la valeur doit nous être bien connue pour détourner de l'humanité les coups d'un sort aveugle et brutal.

C'est cette tradition de ne pas séparer la morphologie de la clinique que M. Henri-Fischer s'est efforcé, pour sa part, de maintenir dans toutes ses recherches.

Les descriptions du travail de M. Henri-Fischer reposent sur des observations anatomiques et cliniques. Les premières ont été prises dans ses collections personnelles du laboratoire de médecine opératoire de la Faculté de Bordeaux; dans celles de son maître, le professeur L. Dubreuil-Chambardel, à l'Ecole de médecine de Tours; dans les galeries d'anthropologie de différents musées français et étrangers, notamment de Porto, de Lisbonne, de Sienne et de Varsovie.

Au point de vue clinique, l'auteur a utilisé de nombreux documents qui lui ont été communiqués par divers auteurs parisiens ou provinciaux, en particulier par son éminent maître, M. le professeur H.-L. Rocher.

Le service de radiographie à l'hôpital des Enfants, que dirige avec une rare compétence M. le docteur Roques, fut souvent mis très aimablement à sa disposition.

Dans certains cas que M. Henri-Fischer s'est efforcé d'ailleurs de rendre aussi peu nombreux que possible, les observations lui ayant manqué en raison même de la rareté inhérente à la malformation osseuse, l'auteur a suppléé par des recherches bibliographiques à son insuffisance bien involontaire.

L'étude des dysmorphies que le docteur Henri-Fischer continue à poursuivre, avec la puissance de travail, la pénétration et le talent de classificateur qu'on se plaît à lui reconnaître, sera étendue par lui à la face et au crâne.

Nous sommes certain que les œuvres futures de notre distingué collaborateur seront appréciées à leur juste valeur par ceux qui s'intéressent à ces questions de morphologie qui ont une grande importance théorique et pratique.

Pr J. Sabrazès.

(1) In-8 raisin de 325 pages et 180 figures. — Paris, Vigot.

Le traitement de la fièvre puerpérale à l'Ecole départementale d'accouchement de Strasbourg (1), par le docteur Henri Burckle.

La fièvre puerpérale, si elle a considérablement diminuée depuis l'ère pasteurienne, est loin d'être disparu complètement. Cette question revient donc périodiquement dans les Congrès (Congrès de la fièvre puerpérale, Strasbourg, 1923) et les Sociétés savantes.

Le très intéressant travail du docteur Burckle débute par une importante statistique des infections puerpérales traitées à l'Ecole des sages-femmes de Strasbourg. Sur 7.195 accouchements de 1922 à 1927, il y eut 841 cas d'infection dont 3 décès, soit 0,025 p. 1,000.

Sur 156 applications de forceps dans 55 cas, la température dépassa 38 degrés. L'auteur fait remarquer que souvent il y avait fièvre avant l'application de forceps, 57 cas de version furent suivis vingt fois d'une élévation de température. Sur 53 cas de décollement manuel, il y eut 23 cas de suites fébriles sans gravité. Si on examine les cas dans le *post-abortum* sur 426 avortements, 356 furent admis sans fièvre, et 70 en état fébrile. Il y eut 7 décès. Nous pouvons donc conclure que la morbidité du *post-abortum* qui est de 18,30 p. 100, et la mortalité qui est de 1,64 p. 100 sont superieures à celles du *post-partum*.

Etudiant ensuite le *traitement* de l'infection puerpérale, M. Burckle passe en revue les différents traitements locaux, injection intra-utérine, irrigation continue, écouvillonnage, curettage, pansements au filtrat, etc...

Le traitement général est pour Burckle plus important que le traitement local. La sérothérapie, dit-il, la vaccinothérapie avec les auto-vaccins, les stockvaccins, les lipovaccins, et le vaccin sensibilisé de streptocoques hémolytiques n'ont pas donné jusqu'aujourd'hui de bons résultats dans le traitement de la fièvre puerpérale. L'abcès de fixation a de chauds partisans. Il donne sa préférence à la septicémine. Ce dernier médicament nous a donné, dit-il, d'excellents résultats dans le traitement de la fièvre puerpérale, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue prophylactique dans les cas d'intervention tels que le forceps, version ou décollement manuel du placenta. Il recommande également la septicémine dans les infections caractérisées. A l'École des sages-femmes de Strasbourg, la pratique consiste à désinfecter toute parturiente entrant à la salle de travail. Après l'accouchement, si la délivrance est incomplète, on fait un curage digital. Dans les placentas suspects, en l'absence de toute hémorragie, on pratique l'abstention. S'il y a infection, on met la femme au repos, une vessie de glace sur l'abdomen, et on donne de la septicémine à hautes doses et de l'ergotine. Contre la fétidité lochiale, on fait des irrigations vaginales. « Toutes les fois, dit Burckle, que la température dépasse 39 degrés ou que la feuille de température nous montre une fièvre moins élevée, mais qui a tendance à s'élever progressivement, nous donnons de la septicémie par voie intra-veineuse à raison de deux fois deux ampoules par jour.

Dans les septicémies puerpérales, l'auteur a renoncé aux traitements locaux, à la sérothérapie, aux colloïdes, à la protéinothérapie. C'est la septicémine à hautes doses qui nous a donné les meilleurs résultats. C'est également à cette thérapeutique qu'il donne sa préférence dans les infections *post-abortum*. Ce très important travail se termine par un chapitre sur les phlébites puerpérales où l'hirudine, à titre préventif, lui a donné d'intéressants résultats.

L. G.

---

(1) *Thèse Strasbourg*, 1928.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDES DENTAIRES

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient d'approuver des projets intéressant les études dentaires, projets qui soulignent à la fois la faiblesse des garanties qui sont exigées des futurs chirurgiens-dentistes et l'incohérence de l'administration.

Pour être admis dans une école dentaire, il est nécessaire de posséder, soit le diplôme du brevet primaire supérieur, soit le baccalauréat. Ce dernier ne figure guère que pour la forme, car il est bien évident qu'un bachelier sérieux n'entrera pas volontiers dans une école occupée pour la plus grande partie par les autres postulants : il fera plutôt sa médecine, quitte à se spécialiser ensuite. En fait, le nombre des élèves bacheliers est infime.

Le brevet primaire supérieur est subdivisé, lui, en une infinité de sections spéciales répondant à des besoins variés : c'est ainsi qu'il existe des branches agricole, fromagère, etc. Pour la question qui nous occupe, celle qui avait le plus de succès auprès des candidats était sans conteste la branche agricole et ce succès était certainement dû à ce que, vraisemblablement, elle n'était pas la plus difficile.

On se demande, en vérité, quel rapport peut bien avoir ce diplôme avec l'exercice d'une spécialité médicale. On se demande également comment les écoles intéressées, qui auraient dû être soucieuses plutôt de la qualité de leurs élèves que de la quantité, ont pu admettre si longtemps ce mode de recrutement. Il a fallu, en effet, attendre l'an dernier pour qu'on se décidât à supprimer ces certificats spéciaux des diplômes ouvrant les portes des écoles dentaires.

Mais alors se posa une grave question : certains candidats auxdits certificats agricoles ou autres, peut-être une demi-douzaine, admissibles en 1928, avaient été refusés à l'oral. Ils se trouvèrent ainsi empêchés de poursuivre leurs brillantes études et ne manquèrent pas d'élever des protestations qui furent, comme toujours en pareil cas, solidement appuyées. Le Conseil, saisi de la question, leur a donné la possibilité de prendre, jusqu'au 1er octobre 1929, « leurs inscriptions avec ce diplôme désormais non valable ». Espérons qu'un nouveau délai ne leur sera pas nécessaire et que les écoles dentaires ne seront pas plus longtemps privées de leurs lumières.

Par ailleurs, il y avait, dit-on, ce qui tout de même paraît singulier, des docteurs en droit, ès sciences, ès lettres, des agrégés de l'enseignement secondaire qui ambitionnaient d'entrer dans les écoles dentaires, comme ceux dont nous venons de parler, et qui s'en trouvaient exclus, comme eux, par les règlements en vigueur. Grâce certainement à des appuis, leur cas fut soumis au Conseil.

On peut tout d'abord conclure de cette exclusion que ces docteurs et agrégés ne sont pas bacheliers ; on ne peut ensuite s'empêcher de penser qu'ils ont suivi une voie bien détournée pour arriver à être chirurgiens-dentistes.

Cependant, si on les avait admis à poursuivre des études supérieures en droit, lettres ou sciences, il était bien paradoxal de leur refuser l'entrée d'écoles ouvertes aux titulaires d'un brevet primaire. C'est ce qu'a pensé le Conseil qui fut probablement bien surpris d'avoir à résoudre de tels problèmes.

Il est tout de même permis de se demander quels peuvent bien être ces gens qui se sont placés dans une situation aussi bizarre. Gageons qu'il s'agit en l'occurrence de donner des facilités nouvelles à des étrangers. Si c'est le cas, il est certain que le moment est particulièrement mal choisi pour prendre ces dispositions.

Il n'en reste pas moins, d'autre part, que le brevet primaire supérieur, avec ou sans les sections spéciales, agricole, fro-

magère et autres, est une préparation tout à fait insuffisante à des études médicales et on se rend compte aisément des résultats qui peuvent être obtenus.

Jusques à quand l'art dentaire s'obstinera-t-il à demeurer ainsi devant la porte de la Faculté ? Toutes ces questions ridicules ne se poseraient point, s'il s'était carrément décidé à y entrer, suivant l'exemple de toutes les autres spécialités médicales. Il y aurait gagné un statut net et précis, tandis qu'il végète dans une incohérence qui favorise toutes les complaisances et tous les abus.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments d'histologie (1), par P. Bouin, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ces « Eléments d'histologie » comprendront deux volumes dont le premier paraît actuellement. Il renferme dans une première série de chapitres consacrés aux questions de cytologie générale, l'étude de la cellule envisagée au point de vue morphologique et physico-chimique, celle de la différenciation et de la spécificité cellulaire, celle de la division mitosique et de la physiologie cellulaire, enfin un examen sommaire des éléments différenciés, avec leur classification par catégories fonctionnelles. On passe ensuite en revue dans une deuxième série de chapitres l'histologie élémentaire des éléments de soutien, musculaires et nutritifs, avec le sang, les organes hématopoiétiques, les conduits vasculaires lymphatiques et sanguins. L'auteur a écrit ce livre pour les étudiants en médecine et a voulu limiter ses descriptions aux seules données indispensables, en laissant de côté toutes les particularités structurales dont la signification fonctionnelle n'est pas encore clairement connue. Des notions plus étendues sont imprimées en petit texte : tels la physico-chimie des colloïdes histoplanniques, le problème de la différenciation et de la spécificité cellulaire, la caryocinèse envisagée au point de vue de son déterminisme et de son arrêt à la fin de la croissance, la physiologie cellulaire, les propriétés fonctionnelles des globules blancs et des globules rouges, le système réticulo-endothélial, l'histophysiologie des capillaires...

L'étude un peu détaillée de ces grandes questions a eu pour objet de montrer aux jeunes lecteurs la véritable signification de l'histologie et son caractère de discipline biologique générale. L'auteur a placé à la fin des chapitres un court index bibliographique et un résumé qui aidera sans doute l'étudiant à retenir les idées directrices et les faits essentiels.

L. G.

(1) In-4 sur papier couché, relié toile bleue. — Prix : 120 fr. — Paris, F. Alcan.

TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE
TRICALCINE
OPOTHÉRAPIQUE

Dragées inaltérables. Sans odeur d'une conservation parfaite
LA RECALCIFICATION associée à L'OPOTHÉRAPIE par la TRICALCINE OPOTHÉRAPIQUE
A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES ET D'EXTRAITS TOTAUX PLURIGLANDULAIRES
Parathyroïdes, Moelle osseuse, Surrénales, Thymus, Foie, Rate
FIXANTS du CALCIUM
TUBERCULOSE PULMONAIRE OSSEUSE PERITONITE TUBERCULEUSE
RACHITISME. SCROFULOSE. CROISSANCE. ANÉMIE
CARIES DENTAIRES, FRACTURES, ASTHÉNIE, CONVALESCENCES
et en particulier Tous les Etats de Déminéralisation avec Déficience des Glandes Endocrines
Littérature et Echantillons à MM. les Docteurs
Laboratoire des Produits SCIENTIA — Dr E. PERRAUDIN Pharmacien de 1re classe
21, Rue Chaptal, PARIS (IXe Arr.)
DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE
CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE
CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin et 10 Juillet 1928)
DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU
DELBIASE
STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
DÉPÔT : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS
— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

L'Impuissance virile, par le docteur E. Monin. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE, HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon
R. C., 27.894, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE
G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.
PAS D'ACIDE LIBRE

Lactolaxine FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.
R. C., 221.839, Se.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0 gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

Il faut entendre sous le nom de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus celles qui siègent au-dessus d'une ligne fictive passant au-dessous de l'insertion du grand pectoral.

Ce sont des fractures que l'on voit souvent chez le sujet âgé qui y est prédisposé par l'ostéoporose sénile. L'adulte dans les mêmes conditions étiologiques réalise plus souvent une luxation de l'épaule; les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont cependant loin d'être rares chez lui, elles peuvent d'ailleurs coexister avec une luxation. Ces fractures enfin ne sont pas exceptionnelles chez l'enfant.

Mécanisme. — *Cause directe :* choc sur le moignon de l'épaule, en avant ou en arrière.

Cause indirecte : chute sur la main ou le coude le bras en abduction. Exceptionnellement fracture par contraction musculaire.

Classification et Anatomie pathologique. — Il existe de nombreux types anatomiques de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il faut en distinguer :

Deux variétés principales : Fractures du col anatomique;
Fractures du col chirurgical.
Et *des variétés accessoires* : Fractures de la tête;
Fractures des tubérosités;
Fractures complexes.

a. **Fractures du col anatomique.** — *Le trait* suit plus ou moins exactement le col anatomique.

Il est oblique en bas et en dedans.

Sa partie supéro-externe est sus-tubérositaire.

Sa partie inférieure rejoint l'union imprécise du col anatomique et du col chirurgical.

Mais toujours le *trait est intraarticulaire* dans sa partie inféro-interne; il peut être quelque fois extraarticulaire dans sa partie externe.

Les fragments. — 1. Très fréquemment *il y a engrènement*, la tête pénètre dans le fragment inférieur, plus rarement c'est le fragment inférieur qui fait éclater la tête.

2. Si la pénétration n'existe pas les fragments se *déplacent*:

Le fragment inférieur en haut et en dehors (sous l'action du deltoïde et du biceps).

Le fragment supérieur c'est-à-dire la tête est déplacée en bas et en dedans, parfois véritablement *luxée* (que cette luxation soit le fait primitif ou secondaire).

Ces fractures sont très souvent des fractures du sujet âgé et sont dues le plus souvent à un traumatisme direct.

b. **Fractures du col chirurgical.** — *Le trait* siège sous les tubérosités (fractures sous-tubérositaires).

Oblique en bas et en dedans ou transversal.

Toujours extraarticulaire.

Les fragments. — Dans les *fractures obliques* il n'y a pour ainsi dire jamais de pénétration.

Déplacement : Fragment inférieur en haut et en dedans en « position de luxation sous ou intracoracoïdienne ».

Fragment supérieur en abduction et rotation externe. Il peut embrocher le deltoïde par sa pointe.

Souvent le déplacement est *inverse*. (C'est alors le fragment inférieur qui menace le deltoïde).

Dans les *fractures à trait transversal* il peut y avoir pénétration et engrènement. Le fragment inférieur pénètre dans le fragment supérieur, surtout en dedans et en arrière, déterminant une rotation de la tête en arrière (Poirier et Mauclaire).

Ces fractures sont surtout des fractures de l'adulte, dues à un choc indirect.

c. **Variétés accessoires.** — 1. FRACTURES DE LA TÊTE, rares. Accompagnant d'autres lésions, ce sont des fractures parcellaires ou des fissures.

2. FRACTURES DES TUBÉROSITÉS. — *Soit fracture de la grosse tubérosité.* — Elle accompagne souvent une luxation de l'épaule. Il peut s'agir d'un arrachement total ou d'une fracture parcellaire.

Soit fracture transtubérositaire. — A trait transversal ou oblique en bas et en dedans. Cette fracture se rapproche de la sous-tubérositaire mais le trait est intraarticulaire dans sa partie interne.

3. FRACTURES COMPLEXES. — Soit à trois fragments fracture en γ de Kocher, soit véritable éclatement de l'épiphyse.

4. FRACTURES ASSOCIÉES. — A une luxation, à des lésions des parties molles :

Artère : déchirée ou comprimée.
Nerfs : contus.

Etude clinique. — De nombreux types cliniques se superposent aux types anatomiques. Nous décrirons tout d'abord la forme classique :

Fracture du col chirurgical de l'adulte. — Après une chute sur la main ou le coude, le bras en abduction le blessé se présente avec :

SIGNES FONCTIONNELS : Impotence fonctionnelle absolue
Douleur vive.

SIGNES PHYSIQUES. — *Inspection : Attitude* classique de tous les traumatisés de l'épaule : avant-bras soutenu par la main saine, épaule abaissée, tête inclinée du côté malade.

L'axe du bras est déporté en dedans et on peut noter parfois un véritable coup de hache deltoïdien.

Ces premiers signes peuvent faire penser à une luxation de l'épaule mais :

On remarque encore dès l'inspection *une tuméfaction* considérable de la région et surtout l'apparition d'*ecchymoses*. Elles ont une grosse valeur. Le premier jour simple ecchymose transversale. Mais au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures c'est l'ecchymose tpyique décrite *par Hennequin brachio-thoracique.* Elle descend à la face interne du bras jusqu'au voisinage du coude d'une part, sur le thorax et parfois jusqu'à la région lombaire et à la crête iliaque d'autre part.

Palpation (avec précautions et douceur).

1. Le fragment inférieur est saillant en avant dans le sillon deltopectoral. Parfois même il est saillant sous les téguments.

2. On peut sentir la saillie que fait sous l'acromion la tête humérale restée en place et la tête ne suit pas les mouvements imprimés au bras. Cette recherche est plus théorique que pratique si le gonflement est important.

3. On provoque une *douleur vive* et irradiant vers la coracoïde en palpant à quelques centimètres sous l'acromion, au niveau du foyer de fracture.

La mensuration (de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle) montre un raccourcissement de 1 à 4 centimètres.

Les mouvements. — On peut rapprocher le coude du corps et ceci a une grosse valeur pour éliminer la luxation.

La mobilité anormale d'ailleurs est nette et permet d'entendre la *crépitation.*

La radiographie est indispensable cependant pour préciser le siège exact et la direction du trait et le déplacement des fragments.

Evolution. — Si la fracture est bien traitée, la consolidation survient en trente à quarante jours. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

Le plus puissant des Hémostatiques utérins - Inhibiteur du sympathique

AMPOULES 1/2 à 1 — **COMPRIMÉS** 1 à 2, trois fois par jour. — **GOUTTES** XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e

M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

---

citrofluyl CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ **& citrocarbine** CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ

LABORATOIRES **WARIN**

4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

---

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL

GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES

CARBONATE, BENZOATE. BROMHYDRATE, SALICYLATE, GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.

SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.

SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.

LE PERDRIEL · PARIS 11, Rue Milton (9e)

R. C., 44.342, Seine.

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE

ELIXIR ET PILULES GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert

Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique

Dialyl

Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES

Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Dragée ADRIAN

au Chlorure de Magnésium

préventive des néoplasmes

Dragées dosées à 0 gr. 121

de Chlorure de Magnésium anhydre

correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé

ADRIAN et Cie

9, Rue de la Perle,
PARIS - 3e

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuves d'admissibilité.* — *Série A.* — Composition du jury : MM. Lesné, Léon Bernard, Sainton, Grenet, Faure-Beaulieu, Stévenin.

Censeurs : MM. Cain, Léchelle, Janet, Jacquet.

Hôpitaux consignés : Hôtel-Dieu, Laennec, Saint-Antoine.

Ordre des séances : Les séances auront lieu les lundis, vendredis et dimanches, à 9 h.

Série B. — Composition du jury : MM. Caussade, Loeper, Lortat-Jacob, Sézary, Brodin, Rouillard.

Censeurs : MM. Bénard (H.), Marchal, Hutinel, Binet.

Hôpitaux consignés : Pitié, Beaujon.

Ordre des séances : La première semaine, les séances auront lieu le mercredi, le jeudi et le samedi, à 9 h.; les autres semaines, les séances se tiendront probablement les mercredis, vendredis et samedis, à 9 h., et quelquefois le dimanche matin.

Lecteurs : MM. Fleury, Bernal, Uhry, Joseph.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 25 février. — MM. Gérard-Marchand, 6; Welti et Raiga, 7.

Séance du 27 février. — MM. Chevallier, 7; Gueullette, 5; Chabrut, 8.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Concours de l'internat. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. de Ginestet, Brisard, Hurez, Demirleau, Goidin et Blanchard. Service d'oto-rhino-laryngologie : M. Hémon.

Internes provisoires : MM. Dessirier, Patry, Marie et Garnier. Service d'oto-rhino-laryngologie : M. Lefranc.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 13 mai 1929, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1929.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 14 mai 1929, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1929.

Le registre d'inscription de ces concours est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 4 mai inclusivement.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Association professionnelle des journalistes médicaux français, qui vient de tenir son assemblée générale, a renouvelé comme suit son bureau pour 1929 :

Président : docteur Henri Bouquet; vice-présidents : docteurs Bizard (de Paris) et Monteux (de Marseille); secrétaire général : docteur A. Garrigues; secrétaire général adjoint : docteur Molinéry; trésorier : docteur Mathé.

La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a tenu le même jour son assemblée générale. Les rapports annuels ont permis de constater l'état florissant et les progrès constants de la Caisse, grâce au nombre des cotisants et au concours des généreux donateurs.

FONDATION DE L'AMICALE DES ANCIENS INTERNES PROVISOIRES DES HÔPITAUX DE PARIS. — Adresser les adhésions au docteur R. Weill, 9 *bis*, rue Demours, Paris (XVIIe).

LE BANQUET DU JEUNE MÉDECIN. — Le banquet annuel de la Revue mensuelle *Le Jeune médecin* aura lieu le mercredi 20 mars, à 19 h. 45, dans les salons de la Sorbonne, sous la présidence de M. Marraud, ministre de l'Instruction publique. Il sera suivi d'un bal.

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

Prix de la souscription au banquet (donnant droit au bal) : médecins, 50 fr. ; étudiants, 25 fr.

Bal (22 h. à minuit, tenue de soirée de rigueur). Prix de la carte : 20 fr. (carte de cavalière gratuite). Etudiants, membres de l'Association corporative ou de la section de médecine de l'A. : 10 fr.

Pour toutes inscriptions, s'adresser au docteur Crouzat, 1, rue Pierre Curie, Paris (Ve). Tél. : Gob. 73-09.

Libeller chèque ou mandat au nom de M. Pouzergues, trésorier du *Jeune médecin.*

CARTE DE PRIORITÉ POUR LES MÉDECINS. — Nous rappelons, comme nous l'avons annoncé dans le numéro du 20 février, que sur la généreuse et très heureuse initiative de M. J.-L. Faure, M. le préfet de police a décidé que des cartes permettant de monter en surcharge dans les autobus et tramways seront délivrées aux médecins habitant Paris.

Adresser les demandes à la Préfecture de police, 3e direction, en y joignant deux photographies.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. Hovelacque, agrégé, commencera ces conférences le samedi 2 mars 1929, à 16 h., grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « Système nerveux central et bassin. »

— COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE (conférences complémentaires). — M. Dognon, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 1er mars 1929, à 17 h., à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : « Physico-chimie biologique. Mécanique et chaleur animales. »

— CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. NOBÉCOURT.) — M. Nobécourt commencera le cours de Clinique médicale des Enfants le lundi 4 mars, à 9 h.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 h. : Policlinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections des glandes endocrines, à l'amphithéâtre, par M. Jean Hutinel, agrégé.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Samedi, à 10 h. : Cours de clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 3 au 13 avril et du 10 au 31 juillet.

— COURS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. le professeur H. Rouvière commencera son cours le lundi 4 mars 1929, à 16 h., grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Anatomie de l'abdomen. »

— COURS DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — Le docteur Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale le lundi 4 mars, à 17 h., grand amphithéâtre de la Faculté. Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines avec le concours des docteurs Lévi-Valensi, Heuyer et Ceillier.

— CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. Verne, agrégé, commencera ces conférences le lundi 4 mars 1929, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mercredis, vendredis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « Histologie des organes. »

— PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. N...) — M. Abrami commencera ses leçons le lundi 4 mars 1929, à 18 h., et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

M. Baudouin commencera ses leçons le mardi 5 mars, à 18 h., et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

— COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. (Professeur : M. BRUMPT.) — M. le professeur Brumpt commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le mardi 5 mars 1929, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Jean Quénu, agrégé, commencera son cours le mardi 5 mars 1929, à 16 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : « Affections chirurgicales de l'abdomen. Parois, péritoine, tube digestif, foie, rate, pancréas. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 4 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Ménétrier, président ; Sergent, Lemierre, Maignon, Moussu, Robin et Panisset. — M. HOLSTEIN. Recherches des bacilles de Koch dans les excrétions de chiens tuberculeux. — M. MOTREFF. Claude Bernard et Pasteur devant le vétérinaire. — M. MÉNAGER. Etude du traitement des affections respiratoires du chien.

Mercredi 6 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président ; Gosset, Tanon, Dechambre, Moussu, Coquot, Robin et Henry. — M. GRASSER. L'ascaridiase du cheval et ses complications. — M. JULIENNE. Les strongyloses chez le poulain de pur sang. — M. DELANNE. Etude sur la race laitière de l'Est (Haute-Marne). — M. DUTOT. Affections du testicule chez les animaux domestiques.

Samedi 9 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président ; Rathery, Gougerot, Moussu, Robin et Panisset. — M. DAVESNE. De la non-délivrance chez la vache. — M. KATZIOLOS. L'echtyma contagieux du mouton. — M. DECAUSSE. Intoxications par les pommes chez les bovins du pays d'Auge.

Jury : MM. Ménétrier, président ; Carnot, Nobécourt et Olivier. — M. VAURS. Du rôle de la phagocytose sur les trypanosomiases. — Mme MALPART. Brillat-Savarin et la médecine. — M. BÉDOUREL. Etude sur la néphrite.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6 r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULÉ

Pour vos Grippés

Deux médicaments spécifiques :

ASCÉINE

Période de début

Frissons
Courbature
Céphalalgie
Hyperthermie

Soulagement immédiat

2 à 4 comprimés
par 24 heures

RÉSYL

Période d'état et de déclin

Bronchite
Laryngite
Rhinite
Séquelles pulmonaires

Restitutio ad integrum

Comprimés : 3 à 5 par 24 heures
Sirop : 3 à 5 cuillerées à café par 24 heures

LABORATOIRES O. ROLLAND, 1, Rue Morand, LYON

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).



R. C. 133.142, Seine

Vaccins Clin

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE
ANTISTREPTOCOCCIQUE
ANTIGONOCOCCIQUE
I. monomicrobien et II. polymicrobien

Concentration élevée en microbes

Tolérance parfaite **Conservation illimitée**

Ampoules de 1 c.c. à concentrations croissantes

Injections sous-cutanees ou intra-musculaires toutes les 48 heures.

(IL FAUT TOUJOURS INJECTER UN CENTIMÈTRE CUBE)

BOITES DE 10 AMPOULES

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS sur DEMANDE

Laboratoires CLIN, COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris-5e

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES – GRIPPE – RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

harmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

LES DONNÉES ACTUELLES DU PROBLÈME DE L'IMMUNITÉ [1]

Par Jean ALBERT-WEIL
Interne des hôpitaux de Strasbourg.

Plusieurs points de vue s'offrent aux chercheurs qui veulent étudier les phénomènes de l'immunité :

1° *Un point de vue morphologique et anatomo-pathologique* qui s'applique surtout à chercher les migrations et les modifications cellulaires entraînées par les réactions de l'organisme.

2° *Un point de vue humoral* qui recherche dans les humeurs et essentiellement dans le plasma et le sérum sanguin des modifications d'ordre physique ou chimique, facteurs ou non de l'immunité, modifications qui, ne pouvant être mises en évidence par les méthodes habituelles de la chimie ou de la physique, sont recherchées par des procédés spéciaux, c'est-à-dire le plus souvent par des artifices biologiques.

3° *Un point de vue chimique ou plutôt physico-chimique* enfin, qui cherche à faire rentrer les phénomènes cellulaires et humoraux observés dans le cadre des lois chimiques et physiques actuellement connues. C'est là le point de vue de l'avenir.

Nous nous contenterons de rappeler succinctement d'abord les principales données classiques des points de vue morphologique et humoral de l'immunité, qui sont connues du lecteur, nous réservant de nous étendre davantage sur le point de vue chimique et physico-chimique, et d'étudier ensuite avec plus de détails les conceptions modernes, morphologiques et humorales de l'immunité.

1° Le point de vue morphologique. — L'étude morphologique des phénomènes de l'immunité a été abordée pour la première fois, on le sait, par Metchnikoff qui, à la suite de ses recherches de pathologie comparée sur des organismes inférieurs tels que la daphnie, est parvenu à l'admirable découverte de la phagocytose.

Définir la phagocytose serait ici superflu. On sait que Metchnikoff montra que la cause essentielle de l'inflammation ne réside pas dans une lésion primitive des vaisseaux, suivie d'une diapédèse passive, comme le voulait la théorie de Cohnheim, mais que l'inflammation consiste dans la réaction active de l'organisme contre l'agent morbide, et qu'elle s'effectue tantôt au moyen des phagocytes mobiles, tantôt avec le concours des phagocytes de l'endothélium vasculaire. Non seulement la phagocytose se retrouve chez tous les êtres, mais encore *il existe une concordance remarquable entre l'intensité de ce processus et la résistance des animaux à l'infection.*

Toutes les expériences nombreuses et variées qui ont été pratiquées montrent à l'évidence que le sort de l'organisme infecté dépend essentiellement de l'activité de sa défense phagocytaire.

Il nous faut analyser le mécanisme de celle-ci, et tout d'abord prendre connaissance de l'appareil phagocytaire.

On peut distinguer les cellules qui composent l'appareil phagocytaire, d'une part en *cellules mobiles*, d'autre part, en *cellules non mobiles*, le passage de l'une à l'autre variété pouvant se faire selon des modalités qui seront à étudier.

Les *cellules mobiles* sont constituées surtout par les phagocytes du sang circulant et de la lymphe, c'est-à-dire, à l'exception des lymphocytes, par les éléments de la série blanche. Ces phagocytes ne se rencontrent pas d'ailleurs seulement dans le sang circulant et dans la lymphe : ce sont des cellules répandues dans tout l'organisme, et on les retrouve normalement dans le tissu conjonctif.

Grâce à leur faculté de traverser les parois des vaisseaux, elles peuvent émigrer et former dans le tissu conjonctif ce qu'on appelle des *cellules migratrices.*

Les *cellules fixes* peuvent être constituées, d'une part, par des cellules anciennement mobiles, et qui ont émigré dans le tissu conjonctif; mais elles peuvent être constituées aussi par certaines cellules conjonctives elles-mêmes, et certaines cellules endothéliales. De plus, et en dehors de ces cellules qui font partie de l'élément conjonctif ou réticulaire, et endothélial, des différents vaisseaux et organes, dont elles forment en quelque sorte la charpente et dont nous verrons un peu plus loin la *grande importance*, il existe au niveau des organes hématopoïétiques : rate, moelle osseuse, ganglions, des cellules spéciales, formes leucocytaires jeunes, qui donneront dans le cours de leur développement les cellules blanches de la série myéloïde, issues surtout de la moelle osseuse, lymphoïde, issues surtout de la rate et des des ganglions.

Ceci étant posé, nous ne nous attarderons pas à décrire les divers éléments blancs du sang circulant : série lymphoïde, série myéloïde et monocytes qui, selon la doctrine du trialisme leucocytaire, semblent dériver surtout, nous le verrons, du système réticulo-endothélial.

Il faut cependant insister sur un point, c'est qu'il existe une spécialisation physiologique des différents phagocytes.

D'une part, les *microphages*, constitués par les polynucléaires qu'on trouve assez abondamment dans le sang circulant, et qui interviennent les premiers dans les phénomènes de défense contre l'infection microbienne, puisqu'ils se retrouvent « à pied d'œuvre », si l'on peut dire, et se trouvent tout prêts dans le sang, dont ils n'ont qu'à émigrer. D'autre part, les *macrophages* constituées essentiellement par les monocytes beaucoup moins abondants dans le sang circulant, mais se formant rapidement par prolifération aux dépens des cellules dont ils dérivent : ces monocytes sont plus aptes que les polynucléaires à englober les particules inertes, et surtout ce sont de grands mangeurs de cellules. Ce rôle n'est pourtant pas exclusif, et n'empêche pas les macrophages d'être très aptes aussi à englober les microbes. Leur

(1) Conférence faite à la Société de médecine du Bas-Rhin.

rôle dans ce cas est surtout important lorsqu'il s'agit de microbes qui résistent à la phagocytose, les bacilles acido-résistants par exemple, en particulier le bacille de Koch. Dans cette occurence, lorsque la lutte est particulièrement pénible, les monocytes sont capables de se fusionner pour entourer les germes résistants : ils forment alors de grandes cellules multinuclées connues sous le nom de *cellules géantes*.

Telles sont en gros et schématiquement les données, la plupart classiques du point de vue morphologique, c'est-à-dire de la théorie phagocytaire, des phénomènes de l'immunité. Ce point de vue morphologique, qui avait été laissé un peu de côté, dans les années qui précédèrent la guerre, vient de connaître ces derniers temps un renouveau de succès et d'actualité. Il a été, en effet, magnifiquement développé par les recherches de Besredka et, d'autre part, les progrès de la technique histologique ont permis de lui donner une ampleur qu'il n'avait pas jusqu'alors. Mais avant d'entrer dans l'analyse détaillée de ces acquisitions récentes de l'immunologie, et afin d'en faire saisir toute la portée nouvelle, il est nécessaire après avoir exposé rapidement les conceptions humorales, d'étudier les conceptions chimiques des phénomènes de l'immunité.

2° Le point de vue humoral. — Le point de vue humoral en matière d'immunité a pris corps surtout par l'étude des phénomènes de l'immunité acquise. Il est vrai qu'avant Metchnikoff, à propos de l'immunité naturelle, on a pensé tout d'abord que les humeurs des animaux réfractaires constituaient de véritables antiseptiques à l'égard des microbes inaptes à s'y développer. Mais on s'est aperçu bien vite qu'il n'existait aucun rapport entre les propriétés bactéricides *in vitro* de ces humeurs et la résistance actuelle des organismes aux infections. C'est ainsi que la bactéridie charbonneuse, tuée *in vitro* par le sang défibriné du lapin, animal réceptif, se développe au contraire parfaitement dans le sérum de la poule et du chien, animaux réfractaires. Nous pourrions multiplier les exemples.

Les réactions humorales furent décelées par l'étude du sérum des animaux vaccinés, où elles sont les plus apparentes. Nous devons à Richet et Héricourt (1888) cette notion fondamentale que le sérum des chiens vaccinés contre le staphylocoque pyogène confère aux lapins auxquels il est injecté l'immunité contre ces mêmes microbes.

Ces « Immuns-sérums », comme on appelle le sérum des animaux immunisés, ou ayant acquis l'immunité à la suite d'une maladie infectieuse immunisante, possèdent des « qualités » (c'est ainsi qu'il convient provisoirement de les nommer) capables d'apparaître, ou de s'accroître considérablement sous l'influence de la vaccination, ou de l'introduction dans l'organisme de certaines protéines, ou d'éléments cellulaires étrangers. Ces « qualités » sont désignées sous le nom générique d'*anticorps*. Les produits microbiens, ainsi que les substances d'origine animale ou végétale, dont l'introduction dans l'organisme détermine la production d'anticorps, prennent le nom générique d'*antigènes*. Les anticorps ne sont pas, remarquons-le, des substances nettement définies et bien nettement isolées. Nous ne les connaissons que par les réactions auxquelles ils donnent lieu lorsqu'on les mélange à l'antigène correspondant. On distingue ces substances hypothétiques en « *agglutinines* », « *précipitines* », « *antitoxines* », etc... La fonction des anticorps, dans le cas par exemple des antitoxines, présente *quelquefois* un caractère défensif. *Mais très souvent, ils n'exercent aucune action protectrice. Ils n'apparaissent que comme les témoins de certains processus de digestion cellulaire, et il semble qu'il en soit ainsi dans l'infection tuberculeuse* (Calmette).

Nous n'avons pas le droit, jusqu'à nouvel ordre, d'élever ces propriétés des immuns-sérums à la hauteur d'entités chimiques nettement caractérisées et bien distinctes entre elles.

Nous n'avons pas à nous étendre ici sur ces diverses réactions humorales, qui sont connues de tous, par exemple, l'aptitude de l'immun-sérum spécifique à neutraliser la toxine homologue, telle celle du sérum antidiphtérique à neutraliser la toxine diphtérique, sur le pouvoir agglutinant, précipitant, voire même parfois bactériolytique, etc... On sait, d'autre part, que Bordet tira de ses expériences bien connues sous le nom d'expériences de réactivation, la conclusion que le pouvoir de l'immun-sérum est lié à la présence simultanée de deux substances. L'une résulte de l'immunisation, n'apparaît qu'avec elle, n'existe par conséquent pas à l'état normal, et est étroitement spécifique. Cette substance n'agit que sur les antigènes, germes, éléments cellulaires ou toxines, vis-à-vis desquels l'organisme a été immunisé et résiste à l'action de la chaleur. Elle a été appelée par Bordet *sensibilisatrice. C'est un anticorps.* Cette sensibilisatrice, qui apparaît au cours de l'immunisation ne peut à elle seule exercer son action sur l'antigène qui lui a donné naissance. Le concours d'une seconde substance lui est indispensable : c'est cette dernière substance désignée sous le nom d'*alexine ou de complément*, qui est détruite par le vieillissement ou le chauffage à 55 degrés et dont la disparition entraîne l'*inactivation* des immuns-sérums. Mais cette alexine *thermolabile* n'est pas spécifique, elle ne correspond pas à un antigène déterminé. Bien plus, elle n'apparaît pas avec l'immunisation vis-à-vis d'un germe, mais se trouve dans les sérums normaux de diverses espèces animales. Ainsi s'explique la réactivation d'un immun-sérum préalablement chauffé par l'adjonction en faible proportion de sérum frais, appartenant à un animal normal.

D'autre part, si on met en présence certains germes avec l'immun-sérum correspondant, ceux-ci le plus souvent trop résistants pour subir la transformation en granules, comme c'est le cas, exceptionnel d'ailleurs, pour les vibrions cholériques dans le phénomène de Pfeiffer n'en subissent pas moins des modifications profondes : ils deviennent plus aisément phagocytables; on dit qu'ils subissent ce qu'on appelle l'action opsonique du sérum (de ὀψονεω, je prépare). Cette action opsonique des sérums vis-à-vis des germes s'observe aussi, mais à un moindre

degré, lorsqu'il s'agit de sérums normaux. Nous verrons que ce fait a son importance.

L'action opsonique des immuns-sérums résulte du concours de la sensibilisatrice et de l'alexine. La sensibilisatrice fixée d'après la théorie sur l'antigène qui est en l'espèce le germe microbien ne peut agir que si le sérum contient son alexine, alexine qui serait détruite si le sérum avait été chauffé à 55 degrés par exemple. L'alexine doit être fixée à la sensibilisatrice, pour que le tout, sensibilisatrice-alexine puisse se fixer sur l'antigène. On sait que la découverte des sérums hémolytiques par Bordet lui a permis d'édifier sa méthode de déviation du complément d'où dérive la réaction de Wassermann. A vrai dire, les théories les plus récentes font de cette dernière réaction un phénomène d'ordre physico-chimique, dans lequel l'antigène peut ne pas être une protéine spécifique et qui est, par conséquent, différent de la réaction de fixation du complément de Bordet et Gengou.

*
* *

Il nous faut maintenant nous étendre quelque peu sur « les aspects chimiques de l'immunité ».

3° **Le point de vue chimique.** — L'étude chimique de l'immunité tend à démembrer les phénomènes observés et à entrer dans leurs détails. S'appuyant sur les notions déjà connues, elle s'est demandé quelle était la constitution, les affinités chimiques des différents antigènes, elle a essayé d'isoler et de définir chimiquement le ou les anticorps, elle a voulu préciser les conditions physico-chimiques humorales et cellulaires qui conditionnent, favorisent ou défavorisent l'action phagocytaire.

En ce qui concerne l'antigène, les recherches chimiques récentes ont montré que pour qu'une substance agisse comme antigène, elle doit exister à l'état de solution colloïdale, *être étrangère* à l'animal producteur d'anticorps et, fait de la plus haute importance, *pénétrer au delà des surfaces épithéliales*, qui protègent l'organisme contre les colloïdes étrangers. Il semble que toute molécule protéique étrangère, pouvant exister l'état colloïdal dans les liquides d'un organisme animal, soit douée de pouvoir antigène.

La coagulation prive les protéines de leur pouvoir antigénique, dans la mesure où elle s'oppose à leur solubilité dans les liquides de l'organisme. L'albumine d'œuf coagulée n'est plus un antigène. Mais d'autre part le clivage de la molécule protéique détruit pratiquement la fonction antigénique, même lorsque l'immunisation est pratiquée avec la totalité des fragments. On ne sait pas exactement à quel degré de clivage de la molécule protéique disparaît le pouvoir antigénique. Il est probable que le résidu protéique est antigénique aussi longtemps qu'il reste trop volumineux pour diffuser rapidement dans les cellules; il sollicite de ce fait le développement des activités extracellulaires en vue d'assurer sa destruction par la production d'anticorps. La réussite du clivage, de la démolition partielle d'un antigène protéique ou tout au moins de sa modification structurale, peut avoir un grand intérêt pratique et avoir même des conséquences thérapeutiques. Une substance très toxique à l'état soluble, peut devenir peu soluble, et partant peu toxique, si elle est coagulée *quelque peu*. Il se produit un microscopique grossissement de molécule. C'est peut-être ce qui s'est passé dans le cas de l'*anatoxine diphtérique* découverte par Ramon. L'anatoxine provient d'une toxine diphtérique, modifiée par l'action de la chaleur et du formol. Elle est obtenue par l'addition à une toxine d'aldéhyde formique dans la proportion de 3 à 4 p. 1.000, et le séjour à l'étuve à 40-42 degrés pendant un mois à six semaines.

Sous cette double influence, physique et chimique la toxine perd ses propriétés agressives. *Elle garde sa valeur immunisante.* Inoculée à un cobaye, elle se montre complètement inoffensive, même à la dose de 6 centimètres cubes et plus. L'animal inoculé ne présente aucun symptôme précoce ou tardif d'intoxication locale ou générale. D'autre part, un cobaye, qui a reçu en injection sous-cutanée 1 centimètre cube d'anatoxine, supporte après un délai de dix à quinze jours plusieurs doses mortelles de toxine : il est immunisé. Il y a, en quelque sorte, fait capital, *disjonction entre la toxicité et la valeur antigène*, c'est-a-dire la valeur vaccinante de la toxine. C'est là un progrès du même ordre que celui qui fut réalisé pour les vaccins microbiens, lorsqu'en 1887, les recherches de Chamberland et Roux, de Salmon et Smith établirent que des microbes *tués* peuvent constituer un vaccin aussi efficace que des microbes simplement atténués.

Il n'est pas encore prouvé qu'une substance non protéique soit capable de fonctionner comme antigène. Il est possible cependant que certains glucosides ou des suspensions de lipoïdes puissent avoir une action antigénique.

Les recherches chimiques ont fait moins progresser les investigations sur la nature des anticorps.

On sait qu'on peut être fondé à distinguer deux catégories d'anticorps : les uns appelés antitoxines possèdent le pouvoir de neutraliser les antigènes toxiques, les autres ont la propriété d'agir sur les protéines étrangères et de modifier leur état colloïdal par coagulation (agglutination, précipitation), ou par dispersion (lyse). Dans ce dernier cas, l'anticorps sensibilise simplement la plupart du temps, nous l'avons vu, l'antigène à l'action subséquente de l'agent lytique.

Comment isoler l'anticorps? La nature chimique des anticorps agglutinants et protecteurs du sérum antipneumococcique a été spécialement étudiée par Huntoon et ses collaborateurs. Ces observateurs ont concentré les anticorps de volume considérable de sérum en les adsorbant au moyen d'émulsion de pneumonocoques. L'excès de sérum était éliminé par lavage, et le complexe antigène-anticorps dissocié par des solutions alcalines faibles. Les éléments microbiens étaient éliminés par filtration sur bougie de porcelaine. Cette méthode permettait d'obtenir des solutions aussi riches en anticorps que les meilleurs sérums, solutions qui conservaient très peu des protéines du sérum. Le résultat de ces expériences a paru montrer que les anticorps étaient de nature colloïdale, ou accompagnaient tout

au moins les colloïdes. Etant insolubles dans l'éther, ils ne sont pas de nature lipoïdique. Ils ne semblent pas constitués par les protéines ordinaires du sérum, car ils ne donnent pas les réactions colorées usuelles des protéines.

Il faut noter toutefois qu'aucune expérience n'a pu faire exclure absolument la possibilité de la nature protéique des anticorps.

Il convient de faire une remarque curieuse : à savoir *qu'il existe une analogie frappante entre les anticorps, les toxines, les diastases et l'insuline.* Ces agents agissent à l'état de traces si faibles qu'il est impossible de dire si les protéines habituellement présentes dans leurs solutions représentent la substance active, ou de simples impuretés.

L'analogie entre les anticorps et l'insuline est particulièrement étroite : ces agents ne semblent pas actifs par eux-mêmes. Ils n'interviennent que pour accélérer ou permettre l'action d'autres catalyseurs de second ordre : de même que la sensibilisatrice active le complément, l'insuline permet la combustion du sucre dans les tissus. Aucun de ces agents n'effectue les réactions finales. L'insuline comme les toxines est active à doses infinitésimales [Gideon Wells (1)].

La chimie et la physico-chimie se sont aussi préoccupées d'expliquer le mode d'action des anticorps. Divers auteurs, Erlich, Arrhenius et Madsen, Bordet, ont édifié des théories pour expliquer l'action de l'anticorps sur l'antigène, de l'antitoxine sur la toxine dont nous ne pouvons rendre compte ici. Notons seulement que la théorie de l'adsorption de Bordet semble être celle qui se rapproche le plus de la réalité. Elle explique l'union de l'anticorps sur l'antigène par des phénomènes d'adhésion moléculaire analogues à ceux qui interviennent dans la fixation des colloïdes sur un support, dans les phénomènes de teinture en particulier.

L'union ne se fait pas dans des proportions définies, mais variables au contraire suivant la quantité des deux substances mises en présence : dans un mélange, contenant une faible proportion d'antitoxine, celle-ci loin de saturer une partie de la toxine pour laisser intacte une portion du poison se répartirait au contraire sur la totalité de la toxine présente et l'atténuerait légèrement.

Les phénomènes de la phagocytose enfin ont été étudiés du point de vue chimique et physico-chimique, et c'est ici que les points de vue chimiques et morphologiques convergent l'un vers l'autre.

La phagocytose suppose de la part des cellules qui l'exercent un certain nombre de qualités : chimiotaxisme, sensibilité au contact, faculté d'englobement.

L'accumulation de phagocytes en un point donné de l'organisme semble dépendre de changements dans la composition chimique ou les conditions physiques des tissus.

Comme en dernière analyse, ces modifications relèvent toujours d'agents chimiques, on désigne ce phénomène d'attraction des leucocytes sous le nom de *chimiotaxisme.*

L'arrivée au point infecté des cellules migratrices du sang et des tissus résulte de l'action des substances chimiques produites par les agents infectieux, ou par les cellules des tissus lésés.

La plupart des propriétés caractéristiques de l'activité des leucocytes et des amibes, le chimiotaxisme, le mouvement amiboïde, et la phagocytose peuvent être imités expérimentalement en modifiant la tension superficielle de gouttelettes huileuses, ou de suspensions analogues. Il a même été possible de reproduire au moyen de ces amibes artificielles des processus aussi compliqués que l'édification d'une carapace, et la division cellulaire.

Ces expériences indiquent très nettement que les amibes et vraisemblablement les leucocytes réagissent à des stimulants de divers ordres, qui interviennent surtout en modifiant la tension superficielle. Ces stimulants peuvent être d'*origine intracellulaire*, et dus à des changements de composition consécutifs à un processus métabolique; ces produits chimiques modifient la tension superficielle dans le voisinage de leur lieu d'origine, et provoquent un mouvement d'apparence spontanée.

Quelle que soit la nature des stimulants, chimiques, thermiques, électriques, ou mécaniques ils produisent dans tous les cas un mouvement consécutif au changement de tension superficielle. S'ils diminuent la tension superficielle, ils attirent la cellule. Ils la repoussent, s'ils l'augmentent.

La phagocytose, l'ingestion de bactéries, ou de particules étrangères par les cellules, semble se rattacher simplement aux processus de chimiotaxie, la cellule s'écoulant autour de la particule vers laquelle elle a été attirée.

La *phagocytose n'est possible qu'en présence de colloïdes et d'électrolytes.*

D'autre part, nous l'avons vu, la phagocytose des bactéries est considérablement activée par la présence de substances spécifiques, dont la quantité est accrue par immunisation. Ces substances activantes, ou opsonines sont très sensibles à l'action des acides et des alcalis. ELLES DÉVELOPPENT LEUR EFFET MAXIMUM AU POINT NEUTRE. Elles paraissent être de vrais anticorps. Mais on n'a pas encore reconnu si ces opsonines diffèrent des autres anticorps. Nous savons que le sérum contient deux éléments opsonisants : un thermolabile, et un thermostabile, qui augmente au cours de l'immunisation. L'élément thermostabile se fixe énergiquement sur l'objet à opsoniser, tandis que la fraction thermolabile semble demeurer libre dans le liquide : elle est vraisemblablement identique au complément.

Le phénomène de Pfeiffer, la transformation granulaire des bactéries qu'on y observe n'est en somme qu'un phénomène opsonique exceptionnellement intense, et par conséquent visible à notre œil. On sait en quoi consiste ce phénomène : introduits dans le péritoine d'un cobaye immunisé, les vibrions cholériques sont rapidement transformés en granules difficilement colorables; les phagocytes s'en emparent ensuite et achèvent de les détruire.

Et ainsi par la voie de la chimie, les théories

(1) Gideon WELLS. *Les Aspects chimiques de l'immunité.* Traduit et annoté par le docteur Boez, Paris 1928, G. Doin.

humorales de l'immunité rejoignent quelque peu la théorie cellulaire. En effet fondamentalement l'action bactériolytique du sérum et la phagocytose *semblent de même nature*. Dans tous les cas, la sensibilisation par l'anticorps spécifique prépare la bactérie à la lyse par les diastases, *à l'intérieur comme à l'extérieur des cellules*, qui fournissent la diastase lytique. Toutes ces considérations nous amènent à étudier maintenant, à la lueur des notions chimiques et physico-chimiques qui ont été acquises, *l'immunité cellulaire dans ses rapports avec l'immunité humorale, et la question si importante des localisations des processus immunitaires.*

*
* *

Il est classique de distinguer nettement l'immunité naturelle et l'immunité acquise, les phénomènes de défense cellulaire prédominant dans l'immunité naturelle, les phénomènes humoraux dans l'immunité acquise [théoriquement du moins] (1). Mais nous savons maintenant que les propriétés des immuns-sérums, parmi lesquelles il faut citer l'influence opsonique, se retrouvent en général, beaucoup plus faibles, il est vrai, dans les sérums normaux. On constate d'ailleurs que les principes actifs des sérums neufs sont, comme ceux des immuns-sérums, absorbables par les antigènes qu'ils impressionnent. On peut trouver dans des sérums normaux des anticorps les plus variés, des agglutinines, des sensibilisatrices, et d'autre part on y trouve de l'alexine; *le pouvoir opsonique semble variable selon les espèces vis-à-vis des différents germes* (2).

Ce qui distingue essentiellement l'immunité naturelle de l'immunité acquise, c'est qu'elle est moins spécifique que cette dernière.

L'organisme neuf attaqué par le germe pathogène réagit au début par une réaction leucocytaire qui, selon la nature du ou des microbes en cause, ne prend *qu'au bout d'un certain temps des caractères particuliers*. Par ailleurs la formation d'anticorps extracellulaires en réponse à l'introduction d'antigène dans l'organisme peut d'une part, nous l'avons vu, *ne pas avoir de caractère strictement défensif*. D'autre part, si elle en a un, elle ne se fait pas, tout au moins au début, en quantité suffisamment grande pour dominer l'infection et en rendre immédiatement les conséquences inopérantes.

En matière d'immunité naturelle, on conçoit donc l'importance capitale des barrières cellulaires, et l'intérêt qu'a l'organisme à *localiser* le plus possible le conflit.

Au contraire, l'organisme vacciné répond dès le début par une intense production d'anticorps *spécifiques*, jouant selon les cas un rôle plus ou moins grand dans la défense, mais surtout l'action opsonique spécifique de son sérum est infiniment plus grande, et *par conséquent la phagocytose beaucoup plus intense*, ainsi que nous l'avons vu. Bien mieux : un individu vacciné contre une toxine, par exemple un sujet vacciné par l'anatoxine de Ramon, d'une part répond au moment, et dans les jours qui suivent sa vaccination par la production d'un certain taux d'antitoxine, mais encore il apparaît chez lui une aptitude spécifique relativement durable *à fabriquer* rapidement et intensément de l'antitoxine à l'occasion du moindre stimulus. C'est à cette « mémoire humorale », à cette amplification remarquable de la réactivité naturelle que Ramon et Zœller ont donné le nom de *réactivité antitoxique acquise*.

En matière d'immunité naturelle, *et les recherches si originales de Besredka l'ont bien montré*, l'élément relativement spécifique n'est pas dans la réaction générale de l'organisme à l'infection, *il est surtout dans le siège de cette infection, dans la localisation du microbe.*

Et ici nous rentrons dans la pathologie :

A bien les considérer, on s'aperçoit vite que les

---

(1) Cette distinction n'a rien d'absolu, et nous pouvons citer à son encontre deux observations d'un très grand intérêt et *d'une portée doctrinale qui pourrait être considérable*, communiquées à l'Académie des sciences par Mme PHISALIX.

Dans une première note, présentée à la séance du 11 janvier 1926, Mme Phisalix traita « *de l'immunité naturelle de l'anguille vis-à-vis du virus rabique et de l'action rabicide de son sérum* ». Ayant constaté naguère que le sang de l'anguille est antivenimeux lorsqu'il a été privé de sa toxicité par le chauffage et *qu'il peut être alors utilisé comme vaccin contre le venin de vipère*, elle a eu l'idée de rechercher si les anguilles, comme les vipères et les couleuvres, ne seraient pas réfractaires à l'action de virus rabique introduit par toutes les voies.

Ces recherches ont donné les résultats suivants :

1° L'anguille est naturellement réfractaire à la rage provoquée par l'inoculation du virus fixe;

2° Son sérum est antirabique *in vitro*;

3° Il est aussi antirabique dans l'organisme même de l'anguille qu'il protège contre l'inoculation expérimentale du virus rabique.

Dans une deuxième note (la plus intéressante), présentée à la séance du 25 janvier 1926, Mme Phisalix traita *du pouvoir rabicide du sang du hérisson et du pouvoir vaccinant contre l'inoculation intracérébrale de virus rabique du mélange neutre virus-sérum inoculé dans l'encéphale.*

L'auteur, partant de ce fait que le hérisson présente une résistance relative au virus fixe de la rage inoculé dans ses muscles, a poursuivi des recherches expérimentales qui lui ont donné les résultats suivants :

1° Le sérum de hérisson adulte neutralise *in vitro* le virus rabique dans les proportions de 2cm3 5 pour 1 centimètre cube d'émulsion centésimale de virus fixe. *In vivo*, il s'oppose chez le hérisson à l'évolution régulière du virus inoculé.

2° Le mélange neutre virus fixe-sérum de hérisson, introduit dans l'encéphale du lapin, le *vaccine fortement* contre l'épreuve intracérébrale de virus fixe, contrairement aux autres mélanges neutres jusqu'ici essayés de virus et de sérums antirabiques.

Ces constatations de Mme Phisalix montrent, à l'évidence, *qu'il est des cas* où le sérum d'un animal neuf peut être le vecteur de son immunité naturelle et même jouir de propriétés vaccinantes. C'est là un fait gros de conséquences théoriques *et même éventuellement thérapeutiques*, auquel on n'a pas prêté jusqu'à présent une attention suffisante.

(1) Nous avons cherché à déterminer le « *pouvoir opsonique* » de différents sérums par rapport aux leucocytes humains, en numérant la moyenne des microbes qui, sensibilisés par ces différents sérums, sont englobés par des leucocytes humains.

Pour ce faire, nous avons mis en présence et mélangé quelques gouttes d'un sérum animal (mouton, porc, rat, bœuf, lapin, cobaye, poule, etc.), d'une émulsion de staphylocoques dorés et des leucocytes humains. Puis nous avons porté le mélange pendant un quart d'heure à l'étuve à 37 degrés.

Faisant ensuite étalement et coloration au bleu de méthylène du mélange, nous avons constaté, suivant l'espèce du sérum employé, des différences notables dans l'intensité de la phagocytose.

Ces expériences, quelque critiquables qu'elles puissent être, sont cependant assez démonstratives.

maladies infectieuses ont chacune un siège d'élection, où elles localisent d'abord et parfois uniquement leurs lésions. Il y a des maladies intestinales, d'autres sont surtout cutanées (furoncle, charbon, érysipèle), d'autres sont surtout nerveuses (poliomyélite, rage). On pourrait dire qu' « elles ont un tropisme positif » pour tel ou tel organe. Besredka conservera le mérite d'avoir précisé que l'*organe qui est le siège parfois unique de l'infection est ordinairement aussi le lieu d'élaboration de l'immunité.*

Il a soumis à une méthode et a développé et généralisé les recherches que de nombreux prédécesseurs avaient faites sur les seules infections intestinales.

Si l'on concevait l'homme comme un organisme colonial, formé par la réunion so idaire de divers animaux vivants en symbiose, à savoir nos différents organes, on pourrait concevoir que ces différents organes aient chacun leur pathologie particulière, de même que chaque espèce animale a sa pathologie spéciale. Cette doctrine du *polyzoïsme* n'est à la vérité pas si paradoxale qu'il y paraît.

*
* *

Or, il découle des recherches de Besredka et aussi des faits observés couramment en clinique :

1° Que chaque maladie infectieuse est conditionnée avant tout par l'atteinte d'un organe, variable suivant la maladie, *foyer d'appel constant* pour le même virus, *quel que soit le mode d'introduction de celui-ci.*

2° Qu'un animal réfractaire peut être rendu réceptif si on sensibilise l'organe qui, chez les autres animaux, est le siège de la maladie, tant est grand le rôle joué par cet organe dans cette affection et que, par conséquent, *l'immunité naturelle est la conséquence d'un état réfractaire local.*

3° Que, de même, l'immunité acquise est conditionnée par l'atteinte de cet organe; que la pratique de la vaccination antimicrobienne consiste à employer un virus tué et à y sensibiliser *l'organe réceptif:* que l'immunité acquise par tout l'organisme dans certaines maladies, se réduit à l'acquisition d'une immunité locale et qu'ainsi chez les êtres hautement différenciés, dans le conflit entre le virus et l'organisme intervient un facteur autre que virus, phagocytes du sang, à savoir les cellules réceptives qui, logées dans les organes, participent non seulement à l'infection mais encore à la défense.

Besredka tire encore cette conclusion, un peu trop absolue peut-être, à savoir que l'acquisition de l'immunité est indépendante des réactions humorales qui accompagnent l'introduction du virus (pouvoir agglutinant, pouvoir préventif, etc...), et que l'ont considérait récemment encore comme proportionnelles à l'immunité. Il conclut : que l'immunité locale est donc la seule efficiente et que les anticorps humoraux de réaction générale n'en sont que les témoins infidèles.

A cela, on pourrait peut-être objecter, que si dans bien des maladies cette affirmation semble renfermer une part de vérité, dans d'autres, au contraire, dans celles en particulier produites par des microbes diffusant des exotoxines, la réaction humorale semble être de grande importance.

Besredka appuie sa doctrine de nombreuses preuves expérimentales qui semblent convaincantes.

Chez les lapins, par exemple, quel que soit le mode d'introduction du virus dysentérique, que ce soit par le tube digestif, ou par voie intraveineuse, toute l'agression bactérienne se porte sur le seul intestin.

L'administration par voie buccale d'une dose non mortelle de bacilles dysentériques produit des lésions intestinales discrètes à la suite desquelles il se crée une immunité vraie, solide et durable qui ne s'accompagne que passagèrement de la formation d'anticorps humoraux. On est en droit de penser que cette immunité est localisée à l'organe sensible, l'intestin, que c'est cette immunité locale acquise, très solide, qui empêche les ingestions successives de retentir sur les réactions sérologiques générales.

Dans ces conditions, puisque la voie sous-cutanée cause des accidents locaux et retient une partie de l'antigène, puisque les voies intra-péritonéales et veineuses ne sont pas utilisables dans la pratique à cause des accidents auxquels elles exposent, la vaccination buccale devient le procédé de choix : le vaccin va directement au but et la voie choisie comporte le maximum de sécurité.

Il faut bien noter que d'après Besredka, la maladie ne devient vraiment générale que lorsque le germe causal a réussi à vaincre les barrières cellulaires de l'organe, où du fait du mode de pénétration ou de par son tropisme électif, il a été amené. Il est évident aussi, que si la virulence du virus est trop forte, ou si le *nombre* de microbes en cause est trop grand, la maladie ne reste pas locale. D'autre part, il est bien des cas où les germes se localisent souvent avec prédilection sur certains organes, mais peuvent dans d'autres cas tout aussi bien se localiser sur d'autres.

Nous ne pouvons ici que citer les affections où la doctrine de la localisation élective du germe, et de l'immunité locale semble patente, car il nous est impossible d'énumérer tous les arguments tant cliniques qu'expérimentaux apportés par l'auteur à l'appui de sa thèse :

Dans le charbon, la peau est le seul organe réceptif. — Si on injecte à un cobaye, animal sensible au charbon, des quantités formidables de bactéries charbonneuses vivantes, sans permettre le moindre contact avec la peau, on ne provoque aucune maladie ; les bactéries sont immédiatement phagocytées. Il suffit pour cela d'inciser la peau en un premier temps, puis d'injecter directement le virus dans la peau ou dans le péritoine. La peau est aussi le seul organe qui confère l'immunité. Le charbon est avant tout une maladie de la peau, et il n'y a d'immunité que par la peau sans réaction générale.

Dans la vaccine jennerienne, la peau est le seul organe réceptif, la peau est le seul organe qui fasse l'immunité, sans réaction générale.

Dans la dysentérie, les infections typhiques, le choléra, l'intestin est le seul organe réceptif, lui seul crée l'immunité, l'immunité conférée par l'intestin

est indépendante des réactions générales de l'organisme, etc... (1).

Nous ne nous étendrons pas sur la pratique des vaccinations locales qui sont actuellement bien connues. Elles découlent des recherches de Besredka et elles donnent souvent, on le sait, d'excellents résultats.

Le grand mérite de Besredka est d'avoir montré le rôle important des immunités locales comme facteurs de l'immunité générale, qu'elles commandent d'après lui.

Ce sont donc des cellules spéciales de la peau, de l'intestin, du foie, du poumon ou d'autres organes encore, douées d'une affinité élective pour les virus qui créent cette immunité, et pour que celle-ci puisse s'établir, il faut que les cellules en question soient en contact immédiat avec les virus.

*
* *

Et nous voici ramenés maintenant à l'étude morphologique des phénomènes de l'immunité, et à cet appareil phagocytaire fixe, dont nous avons parlé sans nous y arrêter beaucoup au début de cette étude. Si les phénomènes d'immunité locale et de localisation élective des germes ont une telle valeur en pathologie, il est évident, *à priori*, que le rôle de l'appareil phagocytaire fixe sera des plus importants.

LE SYSTÈME RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL. — Dans cet appareil phagocytaire fixe ou pour dire plus exactement relativement fixe (car, d'une part, certaines cellules qui le composent peuvent migrer et d'autres, donner naissance à certaines catégories de globules blancs) nous devons individualiser un système particulier, un ensemble de cellules ayant des propriétés communes et qu'on trouve dans différents organes, à savoir le *système réticulo-endothélial* auquel on attribue une importance de premier plan dans les phénomènes de l'immunité et dans d'autres phénomènes encore.

Quand on injecte du carmin lithiné à un animal, par voie intraveineuse, intrapéritonéale ou sous-cutanée, le colorant n'est pas entièrement éliminé par les reins, une certaine partie est retenue dans l'organisme, et plus précisément à un système cellulaire bien défini. On trouve le carmin, en dehors des épithéliums rénal et hépatique, dans les cellules de Kuppfer du foie, dans les cellules endothéliales et réticulaires de la rate et des ganglions lymphatiques, dans les cellules endothéliales de la moelle osseuse, dans les cellules endothéliales vasculaires de la médullo-surrénale, enfin dans certaines cellules rameuses du tissu conjonctif, etc...

Le professeur Borrel a le premier étudié chez des animaux inférieurs des systèmes de cellules comparables et il a le premier conçu l'unité de ces systèmes auxquels il a donné le nom de « *réseau tropho-pigmentaire* ou tropho-mélanique ». Par ailleurs, Goldmann et Aschoff ont montré dans toute son ampleur l'importance fonctionnelle et l'unité biologique du système cellulaire décelé chez les animaux supérieurs par les *colorations* « *vitales* » et auquel Aschoff a donné le nom de *système réticulo-endothélial*. Depuis les premiers travaux parus sur le système réticulo-endothélial, on s'en est fait une conception élargie et l'on y fait entrer, en plus des cellules énumérées plus haut, certaines cellules de la peau, certaines ou la plupart des cellules du revêtement des alvéoles pulmonaires, etc...

En outre, dans sa conception du système réticulo-endothélial élargi, Aschoff y fait rentrer les éléments mobiles qui en dérivent selon la théorie trialiste, c'est-à-dire *les monocytes*.

Nous ne pouvons aborder ici l'étude détaillée morphologique et physiologique de ce système qui semble être autre chose qu'une vue de l'esprit et être constitué vraiment par un ensemble de cellules diverses, mais ayant entre elles d'*importantes et indéniables synergies fonctionnelles*.

Il faut toutefois comprendre la haute portée physio-pathologique de la notion de système réticulo-endothélial : il s'agit d'un ensemble de cellules multiples et variées, *parties intégrantes spécialisées du tissu conjonctif*, ayant des fonctions multiples, mais qui leur sont communes, dont un rôle antixénique, un rôle d'immunité. Mais ce rôle antixénique n'est *nullement différent dans son essence des autres fonctions qu'elles exercent*. Toutes ces fonctions se ressemblent, sont du même ordre, et cela fait bien comprendre comment à côté des réactions dites d'immunité, il existe dans l'organisme des réactions qui leur sont absolument comparables, sinon dans leur but, tout au moins dans leurs moyens. Par exemple, si l'on réfléchit quelque peu, on s'apercevra qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre certaines réactions d'immunité et certains phénomènes de la digestion, entre des phénomènes d'immunité et des phénomènes physiologiques se produisant au cours de certains processus métaboliques. Cette constatation mériterait d'amples développements qui ne peuvent prendre place ici.

Les réactions d'immunité ne sont qu'une applica-

---

(1) A l'appui des recherches de Besredka on a maintenant des preuves indiscutables que les cellules peuvent acquérir une immunité propre et individuelle. On doit citer les travaux de Petterson et de Salimbeni qui ont réussi à démontrer que les phagocytes des animaux immunisés, bien lavés et débarrassés des humeurs, transmettent leur immunité à un animal neuf. Plusieurs travaux qui ont paru ces dernières années donnent de nouveaux arguments en faveur de cette hypothèse :

Fiscornia a démontré que les extraits de leucocytes bien lavés d'un cobaye immunisé contre le bacille typhique protègent un animal neuf contre ces bacilles, alors que les extraits de leucocytes lavés d'un cobaye normal ne le font pas.

A. Bachman a également montré la présence de substances spécifiques dans les leucocytes des animaux immunisés. Il dit même avoir isolé la substance grâce à laquelle les leucocytes des animaux immunisés (cobayes) acquièrent leurs nouvelles propriétés, et avoir démontré qu'elle ne se trouve pas dans les leucocytes des animaux non immunisés (*C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1919, t. LXXXII, p. 1031-1033).

De même l'existence d'anticorps *proprement tissulaires* semble n'être pas niable. S. Nicolau et N. Stroïan ont mis récemment en évidence, par la réaction de fixation du complément, des anticorps dans les extraits aqueux d'organes provenant de lapins immunisés contre le virus de la maladie de Borna administré par voie sous-dure-mérienne. La sensibilisatrice contenue dans ces extraits paraîtrait être de *nature tissulaire*. Les auteurs signalent que les saignées répétées appauvrissent complètement le sérum en anticorps, tandis que les organes en *conservent le même taux* (*C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 12 janv. 1929).

tion particulière des processus généraux de la physiologie cellulaire et humorale.

A côté de son rôle antixénique, qui est en somme un rôle diastasique, le système réticulo-endothélial en exercé d'autres également diastasiques; rôle nutritif, exerçant une action sur le métabolisme des lipoïdes et de la cholestérine, rôle biligénique controversé, qui pose toute la question des ictères d'origine intra et extrahépatique, rôle hémolytique, etc.

Le rôle antixénique comprend deux étapes : la fixation ou pexie et la phagocytose. La coloration élective par le carmin et d'autres colorants encore montre à l'évidence que le système réticulo-endothélial possède vis-à-vis de plusieurs corps un pouvoir de fixation que n'ont pas d'autres cellules, pouvoir qui peut s'exercer sur des substances nombreuses et diverses, *en particulier sur les toxines.*

La phagocytose succède à la fixation. Lorsque le système réticulo-endothélial fonctionne normalement, il détruit ce qu'il a englobé. Notons que les cellules du système réticulo-endothélial *donnent naissance, semble-t-il, aux macrophages.* D'autre part certaines expériences ont montré que certains microbes, les bacilles tuberculeux en particulier ne sont pas seulement phagocytés par les cellules chromophiles *mais transportés par elles comme les colorants.* Ainsi le système est un facteur important pour la propagation des microbes, et intervient pour beaucoup dans la localisation spéciale de certaines maladies.

Le système réticulo-endothélial n'est pas seulement antimicrobien, il est, comme semblent le prouver certaines expériences, également antitoxique. Déjà, nous avons fait allusion à la destruction intracellulaire des poisons. Il y a de plus action à distance par élaboration des anticorps : immunisines, agglutines, hémolysines, etc. Les doctrines actuelles situent dans les cellules réticulo-endothéliales la formation des anticorps. Mais il n'est pas moins vrai, qu'en harmonie parfaite avec la théorie de Besredka, l'immunité ne semble pas être essentiellement liée à la formation d'anticorps *humoraux.*

La connaissance du système réticulo-endothélial, et de l'immunité locale a, en effet, fait de l'immunité non plus une question humorale, ou génériquement cellulaire, mais une question *tissulaire.*

* * *

De tout ce qui précède il ressort que l'immunité en somme se résout, tantôt en réactions des cellules mobiles et en phénomènes humoraux qui semblent avoir, à LEUR ORIGINE *la réaction locale* des cellules des tissus d'un ou plusieurs organes primitivement attaqués, ou attaqués avec prédilection par l'agent morbifique en cause, tantôt en une réaction tissulaire qui reste localisée et demeure la seule signature de la maladie et éventuellement le seul facteur de l'immunité.

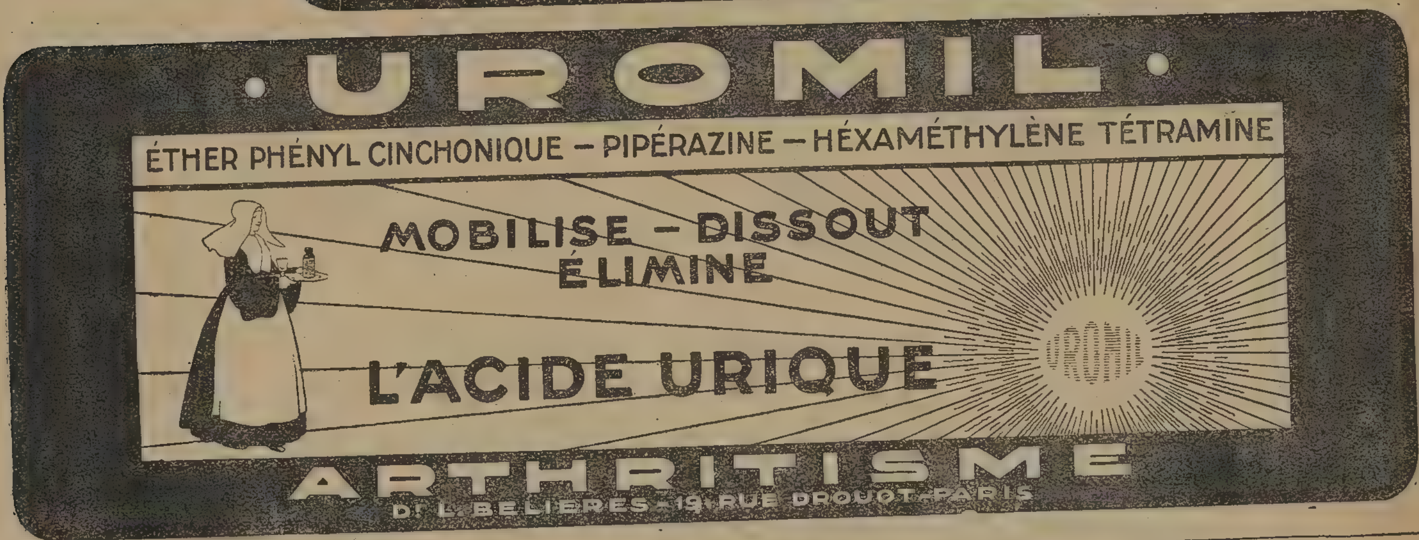
TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

LE SULFARSÉNOL
Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires
Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE
LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.
Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,
Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.
Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).
Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA
Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.
DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 108 239

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale
VIOXYL
MOUNEYRAT
Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique
Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES
FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ
DOSES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures par jour ; Enfants : 1/2 dose
Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète
Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)



LA MÉNOPAUSE ET SES TROUBLES

III. — Phénomènes congestifs et hemorragies.

Les bouffées de chaleur constituent le mode le plus habituel de dilatation vasculaire et de déséquilibre circulatoire qu'on observe si fréquemment dans la ménopause.

On constate, en outre, de nombreux phénomènes congestifs localisés dans différents organes. C'est ainsi que les accès brusques de vaso-dilatation cutanée de la face amènent souvent de la couperose permanente. Au niveau de la tête, on observe encore des conjonctivites rebelles, comme le montre l'observation suivante :

Mme P..., âgée de 52 ans, se plaint depuis plusieurs mois de troubles variés attribuables à la ménopause, car ils ont apparu peu après la cessation de la fonction menstruelle. Ce sont des bouffées de chaleurs, des palpitations, des troubles dyspeptiques, des vertiges, de la dyspnée. En outre, la malade présente de l'injection des conjonctives, véritable conjonctivite double, avec sensation de grains de sable dans les yeux et fatigue rapide de la vue, traitée en vain par des lotions et des collyres. Nous donnons à Mme P... un comprimé de *lachésine* le matin et un autre le soir. Après trois jours de traitement, cessation complète des symptômes pénibles : disparition des bouffées congestives et des troubles de la digestion. Enfin, les conjonctives ont repris leur aspect normal : toute gêne visuelle a disparu.

*
* *

Voici une observation caractéristique de cette congestion localisée aux cordes vocales :

Mme H..., âgée de 51 ans, vient nous consulter pour un enrouement datant de plusieurs mois, qui cède un peu de temps en temps pour récidiver bientôt. Les cordes vocales sont légèrement rosées. Comme la malade se plaint aussi de troubles variés dus à la ménopause, nous lui conseillons de prendre chaque jour deux comprimés de *lachésine*. Les troubles généraux disparaissent rapidement, la voix retrouve sa pureté et les cordes vocales leur blancheur normale.

Les phénomènes congestifs sont également responsables de maux de tête, de dyspnée sans cause, de gonflement hépatique avec ictère et, lorsqu'ils intéressent les reins de polyurie ou d'oligurie ou encore d'albuminurie transitoire.

Un degré de plus, et la congestion donne lieu à de véritables hémorragies. C'est ainsi qu'on observe des métrorragies paraissant après une longue période d'aménorrhée. On sait, d'ailleurs, que ces hémorragies sont toujours suspectes et peuvent faire soupçonner une transformation néoplasique.

*
* *

On a observé les hémorragies les plus variées, telles que les hémoptysies, les épistaxis, les hématémèses et même l'éruption de sang par les points lacrymaux.

Tous ces symptômes se rapportent évidemment à une même cause pathogénique qu'il importe de traiter : l'hypertension spéciale de la ménopause qui fera l'objet de notre prochain article.

Un traitement spécial s'impose contre ces symptômes pénibles et quelquefois redoutables par leur répétition.

L'observation suivante montrera que la *lachésine*, en s'adressant à la cause de ces états morbides, donne un résultat thérapeutique tout à fait satisfaisant.

Mme P..., âgée de 45 ans, a subi il y a un an l'ablation des deux ovaires. Rapidement après l'opération, elle a été prise des troubles variés habituels : bouffées de chaleur très fréquentes suivies de crises de sueur, dyspepsie, asthénie, etc. Elle a été sujette de plus à des hémoptysies assez abondantes qui survenaient principalement à l'époque des règles disparues et bien souvent dans l'intervalle de ces époques. L'administration de la *lachésine* (deux comprimés par jour) a considérablement réduit tous les troubles ci-dessus et, ce qui est particulièrement intéressant, a fait complètement cesser les hémoptysies en un mois.

Dr MENDEL,
Ancien int. des hôp. de Paris.

*
* *

Il semble donc que chez les animaux à organisation élevée, ce soient les réactions des cellules qui prennent le dessus dans les processus de l'immunité, qu'elle soit acquise, ou qu'elle soit naturelle.

Métalnikoff par de nombreuses expériences a comparé les processus d'immunité chez les vertébrés et les invertébrés, et ses remarquables recherches ont permis de préciser encore les différents mécanismes, pouvant être mis en jeu chez les uns comme chez les autres, et de soupçonner ce qui en est l'élément régulateur et en quelque sorte aussi le « primum movens ». *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1929)

La réaction de fixation dans les tumeurs greffées de la souris. — MM. E. WOLLMAN et Ach. URBAIN.

Différenciation des sérums normaux et pathologiques (oxydabilité des sérums). — MM. R. DOURIS, Ch. MONDAIN et Mlle M. PLESSIS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1929)

M. le professeur Ehlers (de Copenhague) assiste à la séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur H. Truc (de Montpellier), membre correspondant.

Notice. — M. RADAIS lit une notice sur M. Carracido, professeur à la Faculté de pharmacie de Madrid, membre correspondant étranger, récemment décédé.

Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. — MM. Emile SERGENT, A. BAUMGARTNER et R. KOURILSKY. Les suppurations pulmonaires sont une des éventualités pathologiques devant lesquelles se brisent les efforts de la thérapeutique médicale. Les médecins assistent, trop souvent impuissants, à un dénouement fatal qu'ils prévoient et qui est d'autant plus pénible que cette maladie frappe des sujets en pleine santé et que la médecine devrait pouvoir guérir.

S'il est des abcès du poumon qui souvent guérissent spontanément, au prix de quelques vomiques libératrices, tels les abcès aigus des pneumonies et broncho-pneumonies, il en est d'autres qui, d'emblée, s'installent avec des caractères de malignité progressive, tels les abcès putrides à tendance évolutive chronique. Contre ces derniers, il n'est aucune médication, ni spécifique, ni chimiothérapique, qui puisse se vanter d'être efficace. Au processus de suppuration s'ajoute un processus de sphacèle et de sclérose nécrotique qui s'étend progressivement et provoque dans le poumon des délabrements profonds et irrémédiables.

Si, parfois, la bronchoscopie avec aspiration assure un drainage qui spontanément est insuffisant, il est rare qu'elle suffise à donner la guérison définitive. La seule ressource est l'intervention chirurgicale. Trop souvent le médecin hésite à y recourir parce que la mortalité opératoire est réputée considérable. Cependant, grâce aux progrès déjà réalisés depuis ces dernières années par la chirurgie thoracique, on peut dire que le risque opératoire est moins à redouter que les dangers, presque toujours mortels, que fait courir au malade un abcès putride chronique livré aux seules ressources de la thérapeutique médicale. Les auteurs, se basant sur une expérience de trois années, insistent sur la nécessité de ne pas hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale dès que la suppuration s'installe dans l'état de chronicité. Ils indiquent les principes essentiels qui doivent régler la technique opératoire. Ils montrent que les progrès déjà accomplis dans cette voie deviendront plus rapides et plus sûrs si une collaboration étroite et constante du médecin et du chirurgien est assurée par l'organisation de services mixtes, médico-chirurgicaux, dans lesquels seront observés et traités les malades atteints de suppurations pulmonaires, ainsi que cela a été déjà réalisé dans plusieurs pays étrangers.

M. BEZANÇON déclare qu'il est absolument d'accord avec M. Sergent sur la nécessité de recourir à l'intervention chirurgicale dans les conditions indiquées plus haut.

Le secret médical. — M. BALTHAZARD lit un rapport présenté au nom de la Commission du secret médical. Ce rapport se termine par le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, après avoir étudié à nouveau la question du secret médical au regard des lois sociales, émet le vœu :

Que le secret médical soit respecté dans les lois sociales et en particulier dans les Assurances sociales. Le contrôle technique médical bien organisé convenant mieux pour prévenir et réprimer les abus que l'inutile communication du diagnostic des maladies à un personnel administratif. »

— Après une vigoureuse intervention de MM. Marfan, Bezançon et Bard, l'Académie décide le vote immédiat du vœu.

Il est adopté à l'*unanimité*.

Le contrôle officiel des instruments radiologiques. — M. LAPICQUE lit un rapport au sujet du contrôle réclamé dans une précédente séance par M. Béclère.

Election. — M. Tiffeneau est proposé pour le poste de directeur général des laboratoires du contrôle des médicaments antisyphilitiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS PROPHARMACIENS

M. Emile Borel demande à M. le ministre des Finances si un médecin, ayant installé un dépôt de médicaments (loi du 21 germinal, an XI, art. 27), peut vendre, sans sortir des cadres de la cédule des professions libérales, des médicaments à des malades de sa clientèle habituelle, sans que cette vente soit précédée d'une consultation payante, mais seulement à la suite de conseils gratuits. (*Question du 11 novembre 1928.*)

Réponse. — Le médecin qui, dans une localité dépourvue de pharmacien, se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir officine et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce. Par suite, il reste soumis, pour l'ensemble des profits qu'il retire de l'exercice de sa profession, à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. (*J. O.*, 9 fév. 1929.)

Les Abcès du poumon, par Michel-Léon KINDBERG, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. de 134 pages avec 21 figures. Collection médecine et chirurgie pratiques. — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

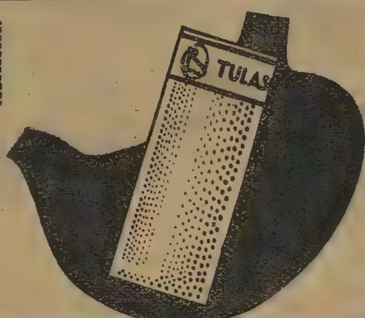
JÉCOL

COMBRETUM · BOLDO · EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

BISMUTH TULASNE



DRÉVILL

Pansement gastrique
AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH PUR

LABORATOIRES BAUDRY. 68 Bd MALESHERBES, PARIS

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIETE DU LYSOL
IVRY (Seine)

CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE

Laboratoires WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

PUB. PICARD

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuves d'admissibilité.* — *Epreuve écrite.* — Séance du 25 février. — Questions données :

Section A : « Abcès du poumon. »

Section B : « Syphilis de l'aorte thoracique (anévrismes exceptés). »

Questions restées dans l'urne :

Section A : « Asthme. — Coma diabétique. »

Section B : « Zona. — Etude clinique et thérapeutique des myxœdèmes de l'adulte. »

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mars. — MM. Brouet, 8; Leibovici, 6; Fèvre, 7.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 22 avril 1929, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du jeudi 21 mars au samedi 6 avril 1929 inclusivement.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est composé de MM. Cousin, André, Delépine, Valette, Guillaumin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Pichat, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie.

M. Michel Denarié a été nommé préparateur de médecine légale à l'Ecole de médecine de Nantes.

CONDITIONS D'INSCRIPTION AUX ÉTUDES DENTAIRES. — Le *Journal officiel* du 3 mars publie un décret ainsi conçu :

« Article premier. — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

Le stage est constaté au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a seize ans accomplis au 1er novembre de l'année d'inscription et s'il ne produit l'un des titres ou grades suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ès sciences ou ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier, diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire, certificat d'études primaires supérieures (ancien régime), brevet d'enseignement primaire supérieur (nouveau régime), section générale.

Art. 2. — Les candidats déclarés admissibles aux épreuves orales ou pratiques du brevet d'enseignement primaire supérieur (sections spéciales) à l'une des deux sessions de 1928 et qui seront définitivement admis en 1929, pourront toutefois se faire inscrire comme stagiaires jusqu'au 31 octobre 1929 sous réserve de la condition d'âge énoncée ci-dessus.

Art. 3. — Les titulaires d'un titre ou diplôme visé à l'article 1er du présent décret, titre ou diplôme non prévu par l'article 1er du 6 août 1927, pourront exceptionnellement et par dérogation à l'article 5 du décret du 11 janvier 1909 prendre la première inscription de stage dentaire jusqu'au 1er mars 1929. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Instruction publique. — MM. les docteurs Adda (de Vittel), Bonnet (de Sidi-bel-Abbès), Bouchard (de Lyon), Bourrée (de Châtillon-sur-Seine), Bridant (de Bourbonne-les-Bains), Briens (de Bricquebec), Colin (de Quimper), Cousin (de Saint-Denis), Dauthulle (de Lille), Dudouyt (de Coutances), Dunegier (de Bordeaux), Durand (du Puy), Etienney (de Besançon), Fabre de Parrel, Mercier, Odenet (de Paris), Fort (de Cerisiers), Garrigues (de Rodez), Jacot (de Bayon), James (de Fauville), Janicaud (de Guéret), Jullien

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

(d'Amiens), Julia de Roig (de Nice), Loustau (du Vésinet), Machuel (de Samoens), Melian (de Montpellier), Metayer (de Bu), Pluvinage (de Marcoing), Sinaud (de Guéret); Trautmann, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales; Uleza (de Blois), Vendeville (de Villers-Bretonneux), Virlogeux (de Moulins).

CERCLE DE LA LIBRAIRIE. — M. le docteur Georges Baillière, éditeur du *Paris médical*, trésorier de l'Association de la Presse médicale française et l'un des dirigeants de la plus ancienne librairie médicale de Paris vient d'être élu président du Cercle de la librairie et du Syndicat des éditeurs.

Nous sommes heureux d'adresser nos très cordiales félicitations à notre éminent et très sympathique collègue.

AVIS DE VACANCE D'EMPLOI DE DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Cherbourg.

Le traitement de début alloué est fixé à 15.672 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau) 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 25 fév. 1929.)

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. (Chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme.) — Ces conférences seront faites par M. le professeur agrégé Marion, à l'hôpital Lariboisière (Pavillon Civiale). Elles ont commencé le mardi 5 mars 1929, à 10 h. et continueront les vendredis, samedis et mardis suivants.

Elles seront faites en liaison avec le cours de technique opératoire qui commencera le 11 mars à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

CHRONIQUE

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

L'Assemblée générale statutaire de l'A. P. M. F. s'est tenue le 21 février, sous la présidence du professeur Maurice LOEPER.

Soixante revues et journaux médicaux étaient représentés. Un grand nombre d'adhérents avaient envoyé leurs excuses et leurs pouvoirs, parmi lesquels : les professeurs ACHARD, MAYER, PERROT, ROGER, ROUX et SERGENT, le professeur agrégé FIESSINGER, MM. BABONNEIX, DESCOMPS, GARDETTE, NOIR (de Paris), etc.; les professeurs CRUCHET et MOURE (de Bordeaux), COLLET (de Lyon), FORGUE (de Montpellier), ETIENNE et LUCIEN (de Nancy), LERICHE (de Strasbourg), CASSOUTE (de Marseille), etc.

Le professeur LOEPER, président de l'A. P. M. F., a souhaité la bienvenue aux nouveaux adhérents, et retracé rapidement l'histoire de l'Association en 1928. Après lui, les docteurs PIERRA, secrétaire général, et BAILLIÈRE, trésorier, ont donné lecture de leurs rapports statutaires, qui ont été approuvés à l'unanimité.

Huit nouvelles publications ont été définitivement admises à prendre place parmi les membres titulaires de l'A. P. M. F. : *Annales de l'Institut d'actinologie* (docteurs SAIDMAN et DUFESTEL); *Annales de physiologie* (professeur André MAYER); *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire* (professeur SERGENT et docteur PRUVOST); *Bulletin de l'Académie de médecine* (professeur ACHARD); *Journal des sciences médicales de Lille* (professeurs BESSON et DAVID); *Le Nourrisson* (professeur LEREBOULLET); *Revue française de pédiatrie* (docteur WORINGER [de Strasbourg]); *Le Sang* (docteur Paul CHEVALLIER).

L'ordre du jour appelait la nomination de trois membres du Conseil d'administration, en remplacement des professeurs COMBEMALE (de Lille) et CRUCHET (de Bordeaux) et du docteur GARDETTE, les deux premiers non immédiatement rééligibles. Ont été élus à l'unanimité des suffrages : les professeurs ETIENNE [de Nancy] (*Revue médicale de l'Est*) et FORGUE (*Montpellier médical*) et le docteur GARDETTE (*La Presse thermale et climatique*).

Ont été choisis ensuite : pour constituer le Conseil de famille, trois membres honoraires, MM. DOLÉRIS, ROGER et BLONDEL, ce dernier secrétaire; pour composer la Commission d'admission, MM. DUCHESNE (*Le Concours médical*), DE PARREL (*L'Evolution thérapeutique*) et ROULLAND (*La Gynécologie*), ce dernier secrétaire. Le docteur BÉRILLON (*Revue de psychothérapie*) a été réélu commissaire des comptes par acclamations.

Sur la proposition du président, l'assemblée a décidé de fêter le quarantième anniversaire de sa fondation (avril 1889) par un banquet qui aura lieu dans le courant de mai prochain.

La séance s'est terminée par le vote unanime de deux adresses de sympathie : la première, au Comité scientifique de *La Presse médicale*, si cruellement éprouvé dans les dernières semaines par la perte successive de quatre de ses membres, les professeurs LETULLE, WIDAL et SICARD et le docteur LERMOYEZ; la seconde, au professeur C. M. CORTEZO (de Madrid), président d'honneur de la Fédération de la Presse médicale latine, qui vient de célébrer les noces de diamant de sa belle revue *El Siglo médico*.

A la suite des changements survenus dans sa composition, le Conseil d'administration de l'A. P. M. F. est constitué comme suit, pour l'année 1929 : MM. F. LE SOURD (*Gazette des hôpitaux*), président honoraire; professeur LOEPER (*Le Progrès médical*), président; professeur agrégé FIESSINGER (*Journal des praticiens*) et professeur LERICHE (*Lyon chirurgical*), vice-président; PIERRA (*Revue française de gynécologie*), secrétaire général; BAILLIÈRE (*Paris médical*), trésorier; professeur ETIENNE (*Revue médicale de l'Est*), professeur FORGUE (*Montpellier médical*), GARDETTE (*La Presse thermale et climatique*). PIERRET (*Journal de physiologie et de pathologie générale*).

Nous rappelons que les adhésions, demandes de renseignements, etc., doivent être adressées au docteur L. M. PIERRA, secrétaire général de l'A. P. M. F., 12, rue de Babylone, Paris (VIIe); les cotisations et dons, au docteur Georges BAILLIÈRE, trésorier, 33, rue Saint-Guillaume, Paris (VIIe).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — FOIRE INTERNATIONALE DE LYON. — La Foire de Lyon ouvre ses portes jusqu'au 17 mars. A cette occasion, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés pour Lyon, par les gares des grands réseaux français à partir du 3 mars, sont valables jusqu'au 18 mars inclus.

Pour les exposants et leur personnel, il est prévu une durée de validité plus étendue. Les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 4 février au 17 mars sont valables jusqu'au 18 avril. Avant leur départ de Lyon, les intéressés sont tenus de faire timbrer, par la gare, leur certificat d'exposant ou d'employé d'exposant.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LABORATOIRE NATIVELLE

49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

DIURÉTIQUE PUISSANT

DOSAGE RIGOUREUX

L'emploi de

L'OUABAÏNE ARNAUD

est indiqué dans tous les cas d'insuffisance du myocarde :

Insuffisance du cœur gauche;
Insuffisance ventriculaire droite;
Arythmies et Tachycardies.

La Solubaïne ou solution au millième d'Ouabaïne Arnaud permet d'administrer l'Ouabaïne Arnaud par voie buccale; elle est aussi maniable que la solution de Digitaline Nativelle.

L'Ouabaïne n'est pas un succédané de la Digitaline. Elle a ses indications propres; presque la totalité des insuffisances cardiaques peuvent en bénéficier : 1° celles consécutives à des lésions organiques du cœur; 2° celles qui sont dues à la répercussion qu'exercent, sur ce dernier, les lésions ou troubles des organes voisins (poumons, par exemple); et les différentes maladies infectieuses.

« L'association de l'Ouabaïne Arnaud et de la digitaline Nativelle forme une symbiose médicamenteuse qui produit les plus heureux effets, là où chacune d'elles séparément administrée semble être inefficace. »

THÈSE DU Dr DIMITRACOFF, PARIS 1922.

DOSES :

Petites doses prolongées	X à XX gouttes.
Doses moyennes	XXV à L gouttes.
Doses massives	L à CL gouttes.

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

ACTION CONSTANTE ET SURE

LABORATOIRE Prof. Arnaud NATIVELLE

DRAEGER

EN INJECTIONS SOUS CUTANÉES VÉRITABLEMENT INDOLORES

l'acétylarsan

RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS

LE LABORATOIRE DES PRODUITS "USINES DU RHÔNE" 21, RUE JEAN GOUJON. PARIS 8e tient à la disposition du Corps médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation convaincante.

renéjean

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX quelle qu'en soit l'origine.

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
de toutes les Affections aiguës ou chroniques
des Voies Respiratoires
Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes



BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 bis, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Corps étrangers articulaires.

Étude anatomo-pathologique de la chondromatose articulaire. (E. Brenckmann. *Ann. d'anat. path.*, nov. 1927, vol. IV, n° 8, p. 829-839.)

La signification pathologique des corps étrangers articulaires. (P. Moulonguet. *Id.*, avril 1928, vol. V, n° 4, p. 393-439.)

La pulvérisation des extrémités articulaires. Essai sur la pathogénie des arthrites déformantes. (P. Moulonguet. *Gaz. des hôpit.*, nov. 1927, vol. CI, p. 73-77.)

Recherches expérimentales sur le mécanisme de formation de la chondromatose articulaire de l'arthrite déformante. (R. Leriche et E. Brenckmann. *Presse méd.*, 14 nov. 1928, n° 91, p. 1441-1443, 6 fig.).

Sur la chondromatose articulaire de Henderson-Jones. (G. Ricciuti. *Chir. degli org. di movimento*, oct. 1928, vol. XIII, f. 1, p. 39-56, 1 fig.).

Etiologie et traitement de la chondromatose des capsules articulaires. (G. Haberler [Vienne]. *Zeitschr. f. orthopäd. chir.*, 1928, vol. XLIX, f. 4, p. 582-595.)

Sur la chondromatose de la capsule articulaire. (T. Beckman et G. Ivarsson. *Acta chir. Scandinavica*, 25 juillet 1928, vol. LXIII, n° 6, p. 551-569.)

Les corps étrangers articulaires ont été l'objet de recherches importantes qui jettent quelques rayons sur l'obscurité complète qui entourait leur pathogénie.

Pour Moulonguet ils présentent une double origine : osseuse ou synoviale. Les derniers sont produits aux dépens de franges synoviales hyperplasiées. L'auteur a pu en reproduire expérimentalement : des injections intra-articulaires répétées de sérum de cheval dans le genou du lapin, déterminent peu à peu, par réaction locale, des lésions analogues à l'arthrite sèche humaine. Dans ces cas les corps étrangers sont bien d'origine synoviale.

L'ostéochondromatose forme une variété bien définie des corps étrangers. Ces masses cartilagineuses ou ostéocartilagineuses multiples, avaient été jusqu'ici considérées comme une production du revêtement cartilagineux dans la zone d'insertion de la synoviale. Henderson et Jones qui en ont donné l'étude la plus complète les considéraient comme des néoplasmes bénins. Ricciuti adopte aussi cette origine. Moulonguet, Haberlen, Beckmann et Ivarsson s'élèvent au contraire contre cette théorie qui a conduit à une thérapeutique excessive : arthrotomie systématique, résection articulaire, voire amputation. Leriche et Brenkmann nous proposent une autre explication de leur formation. Dans un cas de chondromatose typique du coude, avec une trentaine de corps étrangers cartilagineux ou ostéo-cartilagineux les auteurs pratiquant l'examen histologique de l'os en bordure du cartilage articulaire ont trouvé dans la zone sous-chondrale, près des néoformations cartilagineuses, des foyers de nécrose osseuse et à côté des foyers de néoformation osseuse. La création des corps étrangers ne serait-elle pas la résultante de phénomènes de métaplasie conjonctive auteur de foyers de nécrose osseuse comme Nageotte l'a produit expérimentalement. Une série d'expériences chez le chien leur montre que l'inclusion immédiate, au contact d'une synoviale soit sur sa face externe soit sur sa face interne, d'os prélevé sur le porteur, provoque l'apparition d'une synovite hyperplasique locale et la formation de foyers cartilagineux ou ostéo-cartilagineux à quelque distance du transplant. L'existence de petits foyers de nécrose osseuse à proximité de la synoviale suffit à déterminer la production de néoformations chondro-osseuses comme celles de l'arthrite déformante et de la chondromatose.

Quelle que soit l'origine de cette dernière, il semble bien établi aujourd'hui que ces corps étrangers multiples distendant les culs-de-sac synoviaux sont le plus souvent parfaitement tolérés et ne nécessitent aucun traitement. On n'interviendra que dans le cas de phénomènes de bloquage articulaire, ou de compressions nerveuses ou vasculaires. Une exérèse partielle des corps étrangers libres et de la synoviale hypertrophiée suffit à soulager le malade.

Les corps étrangers d'origine osseuse sont de plusieurs variétés. Tout d'abord ceux d'origine traumatique. Les fragments (ostéophytes d'arthrite déformant le plus souvent) détachés par un traumatisme sont une variété rare. Mais le traumatisme agit peut-être plus souvent qu'on ne le suppose. Moulonguet a montré que soit à la suite de distorsion violente sur un os sain, soit de micro-traumas sur un os fragile, ostéoporosé, on peut voir se détacher de l'épiphyse de multiples petits éclats, il se fait une pulvérisation osseuse dans la cavité articulaire suivie de réaction des parties molles. Ces éclats, englobés rapidement dans la synoviale peuvent y être complètement enfouis ou pédonculés. Ils subissent une nécrose qui est soit temporaire, avec revascularisation des fragments, soit définitive. Ultérieurement on voit se former des corps étrangers d'un aspect très spécial : libres, non pédonculés, compacts, pesants, avec un noyau osseux central, ancien séquestre, entouré d'une coque de cartilage vivant, le plus souvent infiltré de sels calcaires.

En dehors de ces corps étrangers articulaires d'origine traumatique, une autre variété osseuse est bien définie c'est l'ostéochondrite disséquante avec son siège de prédilection à la face interne du condyle interne fémoral. Ici le corps étranger est formé d'un séquestre osseux central autour duquel se développe une couche de cartilage néoforme. Moulonguet montre que dans l'ostéochondrite disséquante classique la séquestration est en large plaque, tandis que dans les arthrites chroniques elle peut être minime et en surface rappelant la séquestration que l'on reproduit expérimentalement au moyen de traumatismes.

De ces travaux se dégagent deux notions importantes : 1° le rôle des traumatismes violents ou minimes, bien plus fréquent qu'on ne le supposait, par fragments osseux intra-articulaires mais vite englobés; 2° le rôle des lésions osseuses sous-chondrales dans la formation de corps étrangers articu-

Les plus assimilables
des médicaments phosphorés
sont :

LA PHYTINE

et ses dérivés :

LE PHYTINATE DE QUININE
LA FERROPHYTINE
LE FORTOSSAN

dont la vogue ne cesse de croître en raison de leurs résultats toujours satisfaisants.

Ces groupements organiques
éminemment aptes aux synthèses
DE L'ÊTRE VIVANT
justifient de plus en plus que ce n'est que
par leur découverte qu'a été résolu le
problème de la médication phosphorée
rationnelle

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS :	GRANULÉ :	COMPRIMÉS :	POUDRE :
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Phytinate de quinine	Fortossan

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

257

laires qui jusqu'ici paraissait d'origine synoviale. Somme toute ces notions tendent à augmenter considérablement le rôle des lésions osseuses dans l'origine des corps étrangers articulaires.

Les associations coxo-vertébrale de la tuberculose. (A. Soldi. *Chir. degli org. di movimento,* janv. 1928, vol. XII, f. 1, p. 30-40.) — Entre 1899 et 1926 on a soigné à l'Institut Rizzoli de Bologne, 2.307 cas de mal de Pott et 1.081 de coxalgie, et 53 fois les deux affections étaient associées dont quatre coxalgies doubles. Ce qui fait 1,90 p. 100 des coxalgiques et 2,29 p. 100 des pottiques. Dans 68 p. 100 des cas il s'agissait d'hommes et surtout de vingt et un à vingt-cinq ans. Dans les deux tiers des cas il s'agissait de mal de Pott bas situé (lombaire, ou dorso-lombaire).

Il est intéressant de connaître l'ordre chronologique d'apparition des lésions. Ménard pense que la coxalgie précède habituellement le mal de Pott et si l'infection a été concomitante elle se révèle la première. Broca est du même avis.

Soldi observe le contraire. Mais la contradiction nous semble plus apparente que réelle. Ménard et Broca parlent d'enfants, et d'enfants chez lesquels les lésions se sont succédé ou ont même chevauché.

La statistique de Soldi porte surtout sur des adultes, et le plus souvent il y a eu un intervalle de plusieurs années entre les deux affections. Il s'agit donc souvent d'anciens pottiques faisant une coxalgie. L'auteur se demande si en dehors de la production par métastase — on ne peut pas observer des cas de propagation de proche en proche — la hanche serait envahie par la propagation d'un abcès du psoas, la bourse séreuse du psoas communiquant souvent avec la hanche. Or ici sur les 53 malades, 23 ont eu un abcès froid, 16 d'origine pottique, 12 d'origine coxalgique, 5 abcès de double origine, donc 21 abcès pottiques. Or sur ces cas 6 seulement étaient du même côté que la hanche malade. La propagation est donc possible mais sûrement exceptionnelle. Ce qui le prouve encore c'est que chez 2.307 maux de Pott, 305 ont fait des abcès du psoas propagés à la cuisse sans coxalgie consécutive.

L'association des deux localisations est naturellement grave.

Alors que la mortalité du mal de Pott isolé a été de 16,5 p. 100 à Rizzoli, et celle de la coxalgie 13,7 p. 100, l'association des deux a donné 25 p. 100 de mortalité et sur les 4 pottiques avec coxalgie double, 2 sont morts (50 p. 100).

RACHIS

Spondylolisthésis.

Observations cliniques et radiographiques sur la spondylolisthésis et la spondylolyse. (G. Faldini. *Chir. degli org. di movimento,* sept. 1928, vol. XII, f. 6, p. 545-586, 39 fig.)

Spondylolisthesis. Attelles osseuses. Rétrospondylolisthésis. Syndrome de l'érection des apophyses épineuses. (Sicard, Haguenau et Wallich. *Soc. de neurol.,* 29 mars 1928; *Revue neurol.,* avril 1928, p. 593-596.)

Revue très étendue et complète du spondylolisthésis, objet déjà de nombreux travaux comme en fait foi le considérable index bibliographique qui suit l'article.

L'auteur en apporte quatre observations nouvelles.

Il n'admet comme rentrant dans le cadre de l'affection que ceux dans lesquels il existe une absence de réunion congénitale entre l'arc neural et le corps vertébral, la déhiscence passant toujours entre l'apophyse articulaire supérieure et l'inférieure, quand il y a spondylolyse interarticulaire congénitale.

Il a étudié expérimentalement, puis sur des pièces, l'aspect radiographique de cette spondylolyse, et montré qu'on peut retrouver cette petite fente interarticulaire sur le pédoncule vertébral dans les cas de spondylisthésis. On peut la retrouver aussi sur les clichés de face et surtout de profil stéréoscopiques, dans des cas où le glissement est très léger ou n'existe même pas encore. De très belles reproductions radiographiques de la collection de l'Institut Rizzoli mettent ce fait en évidence. Il a une grosse importance au point de vue des accidents. Les troubles qui traduisent le glissement vertébral apparaissent ou s'exagèrent le plus souvent après un traumatisme. Mais la fente existait auparavant avant tout glissement.

L'auteur rapporte aussi un cas de spondylolisthésis congénital certain sur lequel s'est greffé un mal de Pott avec abcès.

Comme traitement, il conseille dans le spondylolisthésis ou le spondylolysis le port de corsets rigides. Il ne semble pas partisan des ostéosynthèses qui cependant ont donné de bons résultats comme celui dont M. Sicard a rapporté l'observation et qui a été opéré par M. Ombrédanne.

Dans son travail, M. Sicard décrit chez deux malades un glissement en arrière du corps de la Ve vertèbre lombaire sur le sacrum. D'après l'histoire clinique de ces malades il ne s'agirait ici ni d'anomalie congénitale, ni de lésion traumatique, mais de déformations lentes dues à des lésions de rhumatisme chronique déformant.

Maladie de Kümmell.

La maladie de Kümmell, spondylopathie posttraumatique. (V. R. Stove. *Med. Journ. Australia* (supplément), 10 sept. 1928, n° 5, p. 141.)

La maladie de Kümmell. (J. Cardis, G. F. Walker et R. H. Olver. *Brit. Journ. surg.,* avril 1928, t. XV, n° 6, p. 616-625.)

Maladie posttraumatique de la colonne vertébrale. (H. Kümmell, senior [Hamburg]. *Arch. f. orthop. and unfall. Chir.,* juillet 1928, t. XXVI, f. 3, p. 471-503.)

Un cas de maladie de Kümmell-Verneuil. (Ody [Genève]. Rapporteur : M. A. Mouchet. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.,* 3 nov. 1928, t. LIV, n° 27, p. 1106-1115; discussion : Ducroquet, Lance, Robineau.)

Ces publications contiennent chacune une étude d'ensemble sur l'affection.

Stowe peut en réunir 84 observations publiées depuis 1921, et en donne 2 nouvelles. Cardis, Walker et Olver apportent 13 cas et des observations inédites.

Dans ces dernières années l'existence de la maladie de Kümmell en tant qu'affection isolée a été mise fortement en doute et l'on s'est demandé si tous les cas publiés sous ce nom n'étaient pas des fractures par tassement méconnues des corps vertébraux. Kümmell y voit tout autre chose; le traumatisme initial est souvent bien trop minime pour avoir entraîné une fracture, il s'agit d'une ostéoporose par troubles trophiques consécutifs, d'où le tassement osseux secondaire.

Stowe admet que la torsion des corps vertébraux peut amener des hémorragies capillaires dans les trabécules des corps vertébraux. C'est ce qu'il a constaté à l'autopsie d'un malade mort peu de temps après un traumatisme rachidien. Ceci expliquerait la résorption tardive et l'affaissement consécutif du tissu osseux.

M. Robineau a observé un cas qu'il pense typique de cette affection. Chez un malade entré pour un gros traumatisme des membres avec léger trauma du rachis, la radio du rachis est absolument négative à l'entrée. Trois mois après, sans avoir quitté le lit, le rachis s'affaisse, des douleurs apparaissent, et la radiographie révèle un affaissement des corps vertébraux.

Le traitement comporte le décubitus, puis le port d'un corset plâtré, au moins un an, souvent plus. Au besoin greffe rachidienne (Mixter et Wilson, Tavernier, Cardis, Walker et Olver). Ces derniers auteurs estiment que l'interruption du travail manuel dans les cas heureux doit être estimé à deux années.

Scoliose.

La traction continue dans le traitement des maladies du rachis, la scoliose en particulier. (Ch. Le Roy Lowman

ERANOL

Iode libre en Suspension aqueuse, colloïdale, isotonique.

Enfants : V gouttes par année d'âge et par jour
Adultes : XL à C gouttes par jour.

Dans les *Affections de l'Enfance* (lymphatisme, rachitisme, accidents de croissance, végétations adénoïdes, etc.) **L'ERANOL**

excite le tissu lymphoïde, détermine une hyperleucocytose persistante, active la genèse des macrophages, aide l'organisme défaillant à pourvoir aux frais d'une immunisation durable et de développement rapide.

Dans les *Tuberculoses Torpides* (ganglionnaire, pulmonaire, fibreuse, prébacillose) **L'ERANOL**

liquéfie les exsudats visqueux du poumon, facilite l'hématose, supprime la dyspnée, développe la mononucléose, relève l'état général, résout l'adénite, favorise la défense de l'organisme.

Dans l'*Hypertension Artérielle* **L'ERANOL**

détermine la transsudation de la lymphe à travers la paroi des vaisseaux, abaisse la pression sanguine, régularise la circulation, diminue le travail du cœur.

Dans le *Rhumatisme chronique* **L'ERANOL**

puissamment résolutif, fait rétrocéder les douleurs articulaires et périarticulaires, diminue le gonflement et favorise la disparition des attitudes vicieuses.

ERANOL

Échantillons sur demande

45, Rue de l'Échiquier
PARIS (Xe)

[Los Angeles]. *Journ. of bones and joint surg.*, janv. 1928, vol. X, n° 1, p. 114-123, 8 fig.; discussion : KLEINBERG et W. TRUSLOW [New-York]).

Le traitement sanglant de la scoliose. (BARCLAY W. MOFFAT. *Id.*, avril 1928, vol. X, n° 2, p. 316-321, 2 fig.)

L'étiologie et le traitement de la scoliose. (J. I. MITCHELL. *Arch. surg.*, mars 1928, t. XVI.)

La scoliose fixée. (ARMITAGE WHITMAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 24 déc. 1927, t. LXXXIX, p. 2159.)

La scoliose. (Frank OBER and Ralph GHORMLEY. *Journ. amer. med. Assoc.*, 4 fév. 1928, t. XC, p. 361.)

Traitement de la scoliose. (Prof. STEINDLER [Iowa]. *Soc. belge de chir.*, 26 mai 1928, in *Journ. de chir.*, et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1928, nos 5, 6 et 7; discussion : PARISEL, GRUNSBURG, MAFFEI)

Scoliose et paraplégie. (Ern. SACHS. *Surg., gyn. and obst.*, sept. 1928, vol. XLVII, n° 3, p. 289.)

Depuis une quinzaine d'années certains chirurgiens pratiquent aux Etats-Unis l'ostéosynthèse du rachis après redressement dans le traitement de la scoliose. Hibbs, qui a été un des premiers à employer cette méthode, a pu en apporter 59 observations en 1924.

D'après les publications récentes on peut se faire une idée de l'état de la question de l'autre côté de l'Atlantique.

La scoliose paralytique mise à part et dans laquelle l'emploi de l'ostéosynthèse constitue souvent une indication formelle, comment se fait la sélection des scolioses dites essentielles à opérer.

Tous les auteurs sont d'avis qu'il ne faut opérer que les cas graves.

Lowman n'intervient que lorsque toutes les méthodes orthopédiques et physiothérapiques ont échoué. Pour Kleinberg, Ober et Ghormley, l'indication réside dans une augmentation progressive ou rapide de la difformité malgré le traitement. Ceci a conduit Kleinberg et Arm. Whitman en dix ans à opérer à New-York 150 scolioses, soit 10 à 15 p. 100 des cas en traitement.

Ober et Ghormley, à cette principale indication, en ajoutent deux autres : un état général déficient et les scolioses douloureuses.

Par contre, pour Ober et Ghormley, il ne faut pas opérer les enfants; si on opère trop jeune l'affection continue son évolution et on s'expose à des rechutes.

Le traitement comporte trois temps : le redressement maximum, la fixation opératoire, le maintien du redressement postopératoire.

La grande majorité des chirurgiens américains (Hibbs, Kleinberg, Whitman, Lowman) s'adressent avec des variantes à la méthode de redressement suivante :

On obtient le redressement rapide, décubitus sur un cadre ou lit spécial, par traction longitudinale avec des poids (10, 20, 25 kilogrammes) sur la tête et le bassin (ceinture), et par traction latérale et dérotation par bandes latérales. En quatre à huit semaines le redressement maximum est obtenu.

Certains auteurs (Moffat, Steindler) préfèrent à cette méthode rapide le redressement progressif par modelage thoracique et osseux, par création de courbures de compensation équilibrant les courbures du rachis fixées dans des corsets rigides successifs.

L'opération pratiquée a été au début celle que Hibbs a décrite pour le mal de Pott. Mais elle a dû se montrer insuffisante dans la scoliose. (Moffat dit que sur les malades opérés ainsi qu'il a examinés dans la deuxième division de The hosp. for rupt. and crip., il a constaté chez certains, sous rayons X, que la fusion complète n'était pas obtenue.) Aussi on a jugé bon de la compléter au moyen d'un greffon. Certains (Kleinberg) préfèrent un greffon d'os de bœuf préparé à l'avance (plus solide, opération plus courte), la majorite emploient des greffes ostéopériostiques ou le greffon d'Albee.

Dans les grosses gibbosités Whitman résèque plusieurs segments costaux au niveau de la gibbosité et s'en sert comme greffons, il obtient ainsi une greffe solide, incurvée, et diminue d'autant la gibbosité. Mais ne diminue-t-il pas d'autant la capacité respiratoire? (Moffat.)

Le traitement postopératoire est simple. Soit immédiatement, soit après un repos de trois semaines (Lowman), le malade est remis en extension exactement comme avant l'opération pendant huit semaines au bout desquelles la fusion est considérée comme établie.

Les résultats? Ils semblent dans l'ensemble satisfaisants. Sur 58 opérés revus à distance, Kleinberg n'en a vu que 3 dont la difformité avait progressé. Sachs rapporte bien un cas opéré dans lequel, par tassement consécutif, des phénomènes de compression radiculaire avec paralysie se sont produits. Mais il s'agissait d'un cas très grave et il ne dit pas la technique suivie pour l'opération.

Il faut bien se représenter que dans les cas graves le but cherché n'est pas d'obtenir une guérison de la scoliose, mais de fixer, de stabiliser un équilibre obtenu, d'empêcher la progression de continuer. Il semble bien que, avec une sélection judicieuse, une technique appropriée, ces opérations ne soient appelées à rendre de grands services dans le traitement des scolioses graves.

Rapport entre les scolioses et les altérations vertébrales du tractus lombo-sacré. (A. ALBANESE. *Arch. di ortop.*, 1928, vol. XLIV, n° 2, p. 291-353.) — Dans le riche matériel orthopédique de l'Institut des rachitiques à Milan, l'auteur a pu individualiser un type de scoliose lombaire très basse avec grosse rotation, surmontée d'une courbure dorsale légère à grand rayon.

Sur 442 colonnes scoliotiques examinées au point de vue des lésions lombo-sacrées, on relève 39 sacralisations de la Ve vertèbre lombaire, 2 lombarisations de la Ire vertèbre sacrée, 27 fois un spina bifida et 30 cas de difformités complexes. Il y a donc des lésions de cette région dans 30 p. 100 des cas.

Ces lésions jouent un rôle dans la production de la scoliose en troublant l'équilibre du rachis, c'est une scoliose statique d'origine congénitale. Ces données ont leur importance pour le pronostic et le traitement.

L'échinococcose vertébrale. Son processus pathogénique et ses lésions. (F. DÉVÉ [Rouen]. *Ann. d'anat. path.*, nov. 1928, t. V, n° 8, p. 841-859.) — Dans son remarquable travail l'auteur met en lumière des points fort importants. Tout d'abord il n'y a pas de kyste hydatique des os. Il y a une infiltration primitive des os par des hydatides, infiltration diffuse qui gagne de proche en proche, sans réaction limitante du tissu osseux. On trouve une infiltration micro-vésiculaire diffuse du rachis. La forme uniloculaire n'existe pas. On a d'emblée une échinococcose multiloculaire.

L'auteur montre comment, après avoir franchi les limites du tissu osseux vertébral, l'invasion échinococcique gagne les parties molles environnantes donnant lieu à de véritables abcès ossifluents hydatiques longtemps aseptiques. De même les kystes intrarachidiens sont dans l'immense majorité des cas une propagation à point de départ osseux.

Ces conceptions, appuyées sur des examens de pièce, des recherches expérimentales, sont bien loin de la conception classique qui veut que les kystes rachidiens soient ordinairement secondaires à l'envahissement d'un kyste primitivement juxta, mais extrarachidien.

Ces données sont très importantes pour le diagnostic et le traitement. En effet, la lésion initiale, osseuse, diffuse, n'est pas décelable à la radiographie.

L'aspect de cavités arrondies révélatrices de kystes ne se perçoit que tardivement lors de formation de kystes secondaires extravertébraux.

L'ablation chirurgicale des masses extrarachidiennes cons-

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XI° (R. C. Seine 226.791 B)

titue une intervention incomplète qui laisse le foyer primitif.

Le curettage de celui-ci, la ponction avec formolage seront incomplètes, puisque la lésion osseuse est dès le début diffuse et multiloculaire.

Le pronostic est donc très sombre, et, en fait, sur 171 cas authentiques relevés par l'auteur, il n'a pu trouver que 2 cas de guérison opératoire constatée après une longue durée [cas d'Alessandri guéri seize ans après opération ; cas de Guyot (de Bordeaux), guérison dix-huit ans après opération].

Cf. — Echinococcose vertébrale. (E. Mourgue-Molines et M. Lapeyrie. *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, déc. 1928, in *Presse méd.*, 26 janv. 1929, n° 8, p. 130.)

Mal de Pott.

Mal de Pott et crochets osseux. (E. Bressot [Constantine]. Rapporteur : M. Lance. *Soc. de chir.*, 23 mai 1928; *Bull.*, t. LIV, n° 18, p. 778-782, 1 fig.)

Les ossifications ligamentaires dans le mal de Pott. (M. Lance. *Paris méd.*, 21 juillet 1928, n° 29, p. 82-84, 2 fig.)

On n'observe jamais, au cours du mal de Pott fermé, *non fistuleux*, de néoformations osseuses *dans le foyer*. Mais chez l'adulte, à partir de dix-huit ans, on observe assez souvent des ossifications ligamentaires, des ostéophytes dans les maux de Pott fermés. Ces ossifications se produisent sous deux modalités différentes. Le plus souvent au cours de l'évolution d'un foyer pottique. A une période avancée de cette évolution on voit se produire un pont osseux le plus souvent épais, unique, très opaque, réunissant les vertèbres du foyer ou celles-ci à la vertèbre voisine. Il semble un processus de consolidation à distance du foyer chez l'adulte.

Plus rarement on peut voir apparaître le long du rachis, à diverses hauteurs, à distance du foyer pottique, des crochets osseux multiples, disséminés irrégulièrement. Leur apparition est antérieure, concomitante ou postérieure à la formation du foyer pottique. Il s'agit d'un rhumatisme vertébral tuberculeux évoluant pour son propre compte chez un pottique.

La conclusion pratique est que la présence d'ossifications ligamentaires sur un rachis, loin de faire rejeter d'emblée le diagnostic de mal de Pott et poser celui de rhumatisme vertébral, devra inciter à rechercher la tuberculose et la possibilité d'un foyer pottique.

Traitement du mal de Pott par l'opération de la fusion rachidienne. (Russell A. Hibbs et Joseph C. Risser [New-York]. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1928, vol. X, n° 4, p. 805-815; discussion : Edwin W. Ryerson [Chicago].) — En juin 1928, Hibbs a rapporté les résultats de ses 210 premières opérations (1911 à 1914); il donne aujourd'hui ceux de 286 opérés (de 1911 à 1920) et suivis entre sept et treize ans.

Ce travail, purement statistique et qui comporte 11 tableaux, échappe à l'analyse.

Signalons quelques points importants qui frappent à leur lecture.

Le premier c'est que malgré la fusion vertébrale, sur les 256 malades dont on a pu avoir des nouvelles, 67, soit 26,2 p. 100 étaient décédés, 14 par la persistance de suppuration fistuleuse, 35 de lésions tuberculeuses autres. Le pottique même ankylosé reste un tuberculeux et doit continuer à se soigner. En leur inspirant l'idée de guérison les opérations de fusion ne contribuent-elles pas à leur donner une fausse sécurité.

L'ankylose n'a pas été obtenue dans tous les cas. L'auteur a eu à réopérer 10 malades de sa première série, et dans la deuxième, sur les 147 malades où le contour de la gibbosité a été suivi avec soin, chez 123 celle-ci ne s'était pas accrue, mais 44 fois elle avait augmenté, et marquée dans 15 cas (5 par manque de fusion, extension du foyer dans 8, nouveaux foyers dans 2). Une partie de cet affaissement est sans doute due, dit Hibbs, à la rétraction du tissu cicatriciel du foyer. Comme le remarque Ryerson dans la discussion, le manque de fusion est observé dans 4 p. 100 des cas, par faute de technique, dit Hibbs; or, l'intervention est dans son service exécutée mieux que nulle part ailleurs. C'est pourquoi, par prudence, Ryerson ajoute à la technique de Hibbs l'apposition dans les gouttières dénudées d'un greffon ostéopériostique.

Un autre point intéressant est le nombre considérable d'enfants opérés très jeunes : 213 avant seize ans dont 111 au-dessous de cinq ans, et sur ces opérés 174 avaient eu le début de leur affection avant cinq ans. On sait qu'après l'enthousiasme qui suivit au début les publications d'Albee et de Hibbs on opéra les pottiques à tout âge. Puis on vit que chez l'enfant, malgré l'ostéosynthèse, la difformité continuait à s'accroître. L'intervention fut abandonnée chez lui. Les Américains ont persisté et obtiennent maintenant chez l'enfant de bons résultats. Hibbs nous en donne peut-être le secret : alors que chez l'adulte le traitement postopératoire consiste au port d'un corset et absence de travail manuel pendant un an, les enfants sont maintenus à la campagne à l'hôpital, en moyenne dix-neuf mois. Il ne faut pas oublier aussi qu'il s'agit dans la plupart de ces cas de vieux maux de Pott, puisque le temps moyen de la durée de l'affection avant l'opération était de trois ans et sept mois.

Dans ses conclusions, Hibbs affirme que ses publications donnent des preuves abondantes que l'enfant est le terrain favorable à l'opération : l'ankylose y est plus rapide et leur pouvoir de récupération meilleure.

Les résultats sont d'autant meilleurs que le mal de Pott est opéré plus tôt. Il invoque la nécessité d'un diagnostic précoce suivi d'une opération immédiate.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Poignet.

Maladie de Koehler-Mouchet au niveau du semi-lunaire. (V. Combier et J. Murard [Creusot]. *Soc. nat. de chir.*, séance du 14 déc. 1927; *Bull.*, t. LIII, n° 34, p. 1411-1414, 1 fig.)

Un cas de maladie de Koehler au niveau du semi-lunaire. (Paul Masini [Marseille]. *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, avril 1928, t. XX, n° 7.)

L'atrophie osseuse de Sudeck. (G. Segre. *Ann. ital. di chir.*, 30 juin 1927, t. VI, p. 555.)

Ostéoporose traumatique des os carpiens. (Joseph Bachmann. *Ann. surg.*, juin 1928, t. LXXXVII, p. 892.)

On a décrit dans ces dernières années sous des noms variés : maladie de Kienboch, de Preiser, de Sudeck, de Koehler au poignet, etc., différentes lésions osseuses localisées aux petits os du carpe.

Il semble, en réalité, que ces affections forment deux groupes bien distincts et qu'il ne faut pas confondre.

Dans le premier, dont deux exemples typiques sont fournis par les malades de Combier et Murard et de Masini, à la suite d'un traumatisme plus ou moins net, ou de traumatismes répétés (travailleurs manuels), le malade présente une impotence légère, une gêne persistante dans le poignet. Si on pratique une radiographie l'aspect est caractéristique, le semi-lunaire, aplati, forme dans le carpe une tache noire, opaque. Cet aspect rappelle absolument celui de la maladie de Koehler au scaphoïde tarsien, et nul doute que l'affection ne soit de même origine : une ostéomyélite atténuée. Le traumatisme, quand il existe, n'intervient ici que comme cause adjuvante.

La deuxième affection, l'ostéoporose traumatique des os du carpe, est toute différente. On en trouvera une description très détaillée dans les travaux de Sègre et de Buchman. Le dernier mémoire en contient sept observations. Il s agit d'une

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses • Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique • Dysenterie amibienne

"QUINBY"

(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

R.C Seine 333.204

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

AIX-LES-BAINS

LA VILLE D'EAUX DES RHUMATISANTS

au bord du lac au Bourget
centre unique d'excursions dans les Alpes de Savoie



Le bain de vapeur naturelle Bertholet

Messieurs les membres du Corps Médical français et étranger sont invités à honorer Aix-les-Bains de leur visite.



La douche massage ou douche d'Aix

EAUX SULFUREUSES
CHAUDES-46°

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Brochures illustrées et renseignements sur les avantages spéciaux réservés au Corps Médical envoyés gratuitement sur demande adressée au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

atrophie douloureuse avec décalcification intense, ostéoporose diffuse des os du carpe à la suite d'un traumatisme. C'est le scaphoïde, le semi-lunaire, le grand os, l'os crochu qui sont le plus souvent atteints. On a comparé cette affection à la maladie de Kümmell au rachis, ce qui ne l'explique guère. Il semble le plus vraisemblable de l'attribuer à des troubles circulatoires sous la dépendance de l'innervation sympathique.

MEMBRE INFÉRIEUR

Luxation congénitale de la hanche.

Discussion sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche, au Congrès annuel de la *Brit. orthop. Assoc.*, Bristol, 21-22 oct. 1927, in *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1928, vol. X, n° 1, p. 149-152; ont pris part à la discussion : MM. Hey Groves, R. C. Elmslie, H. A. Fairbank, H. Platt.)

Mémoires sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche lus au Congrès annuel de l'Association américaine d'orthopédie, le 2 mai 1928, à Washington :

Une opération pour la réduction de certains types de luxation congénitale de la hanche. (Paul P. Swett. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1928, p. 675-686, 10 fig.)

Les modifications de l'adaptation de la hanche dans les luxations congénitales. Leur importance dans le traitement. (Nathaniel Allison. *Id.*, p. 687-695, 12 fig.)

Opération pour les luxations congénitales de la hanche âgées et irréductibles. (A. Bruce Gill. *Id.*, p. 696-707, 11 fig.; discussion : Harry Platt [Manchester], B. P. Farrell [New-York], Robert Soutter [Boston], David Silver [Pittsburg], J. Torrence Rugh [Philadelphie], p. 707-711.)

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par l'opération sanglante. (W. Russell Mac Ansland [Boston]. *Surg., gyn. and obst.*, nov. 1928, vol. XLVII, n° 5, p. 697-707, 29 fig.)

Revue des résultats éloignés du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (Richmond Stephens. *Journ. of bone and joint surg.*, juillet 1928, t. X, n° 3, p. 535-546, 7 fig.)

La luxation congénitale de la hanche. Les effets de l'antétorsion. Un moyen de la corriger. (Arthur Krida [New-York]. *Id.*, p. 594-604, 10 fig.)

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche continue à être très discuté en Angleterre et aux Etats-Unis. Pour comprendre la portée de ces discussions il faut envisager séparément le traitement des luxations jeunes à l'âge de la réduction facile, et les luxations âgées ou irréductibles.

Pour les premières le traitement non sanglant reste de règle, et, entre les mains des spécialistes entraînés donnent de très bons et durables résultats. Les opérations sanglantes n'interviennent qu'en cas d'échec de la méthode non sanglante.

De la discussion qui a eu lieu à Bristol il semble bien que les orthopédistes anglais aient le même point de vue, l'emploi du traitement non sanglant n'est même pas discuté chez les jeunes sujets.

Les indications de l'opération sanglante sont d'après H. Groves : 1° l'irréductibilité dans laquelle l'opération s'impose; 2° les cas réduits mais dans lesquels la stabilité semble mauvaise et où il y a une absence de ressaut à la réduction. Elmslie y ajoute : 3° les reluxations.

La deuxième indication est déjà très large et peut conduire loin. Ajoutons que Fairbank opère le plus souvent chez des enfants au-dessous de quatre ans. Mais dans tous ces cas de luxations tenant mal à la réduction ou reluxées, les auteurs anglais préconisent, après réduction par manœuvres externes, la constitution d'un plafond cotyloïdien continent par une opération ostéoplastique. On peut arriver ainsi, même sur les sujets très jeunes, à la constitution d'un bon appui osseux (Fairbank), mais il faut reconnaître que souvent chez ces jeunes (Groves, Elmslie, Fairbank) cet appui est placé trop haut, quelle que soit la technique employée. Aussi Groves est-il revenu à une opération intraarticulaire complexe dont il donne la description.

Cependant, dans l'ensemble, les résultats de ces reconstitutions cotyloïdiennes sont bons, surtout si on ne perd pas de vue qu'elles sont exécutées sur les mauvais cas de luxations (Fairbank).

Tout autre semble le point de vue américain. Nous l'avons déjà exposé, d'après des discussions antérieures, il y a deux ans dans ce journal (voir *Gaz. des hôpit.*, 8 juin 1927, n° 46, p. 767-768). Il n'a pas varié.

Pour la plupart des orthopédistes américains, la méthode non sanglante, à tous les âges, ne donne que des résultats très incomplets dus à la nature même des lésions présentées, elle est de plus aveugle et dangereuse. En faveur de la première proposition aux statistiques que nous citions en 1927, Richmond Stephens vient en ajouter une nouvelle, basée sur les résultats éloignés de 185 malades traités à New-York de 1891 à 1910. Ces résultats sont médiocres, tant au point de vue anatomique que fonctionnel. Les guérisons ne dépassent pas 50 p. 100. Farrell rappelle aussi que les résultats d'une enquête faite il y a deux ans par l'American orthopedic Association ont montré que les résultats anatomiques n'étaient bons que dans 55 à 58 p. 100 des cas. Pour N. Allison, Farrell, R. Mac Ausland, Galloway, la réduction sanglante systématique, aussi précoce que possible, puisque l'âge idéal est de vingt mois à deux ans (Galloway), et, primitive, c'est-à-dire avant toute tentative de réduction non sanglante, donne des résultats supérieurs au traitement par manœuvres externes. L'opération sanglante révèle en effet souvent une constriction de la capsule en sablier, un acétabulum en partie comblé par des tissus adhérents, une antéversion marquée du col; « en présence de telles lésions la réduction non sanglante est futile » (Mac Ausland).

Quant à la gravité de l'opération sanglante « elle comporte moins de dangers que la réduction manuelle ou mécanique », n'exigeant que des manœuvres douces et non brutales, elle n'est pas dangereuse, n'entraîne pas de shock.

Nous ne discuterons pas cette opinion. Faisons seulement remarquer que les 12 observations de réduction sanglante du mémoire de M. Ausland ne sont pas faites pour entraîner la conviction, sauf 1 cas, toutes ces luxations eussent été réduites facilement, sans brutalité par la méthode non sanglante et les résultats eussent été aussi bons que ceux qui nous sont présentés et qui ne sont pas tous excellents. Il est même curieux de voir que dans deux luxations doubles le premier côté a été réduit par voie sanglante, le deuxième par manipulation et que dans un cas les deux résultats sont identiques, dans l'autre, le côté non opéré, le meilleur.

Constatons que sauf la statistique de Lovett à l'hôpital des enfants de Boston (publiée par Soutter), les résultats du traitement non sanglant sont inférieurs à ceux obtenus en Europe, ce qui doit tenir à la différence des méthodes employés. De plus il semble que, en moyenne, le traitement est employé trop tardivement. Aussi il nous semble que David Silver ait fait entendre la voix de la sagesse en disant que l'espoir de l'amélioration des résultats ne réside pas dans une campagne en faveur de l'opération sanglante, mais dans une campagne en faveur du diagnostic et de la réduction précoces.

On sait le rôle important joué par l'antéversion du col fémoral dans les reluxations après traitement des luxations de la hanche. A. Krida vient nous le rappeler et expose pour y remédier une technique d'ostéoclasie fémorale au cours du changement de position à peu près identique à celle exposée, en 1921, par M. Frœlich dans la Revue d'orthopédie.

Pour le traitement sanglant des sujets âgés, on trouvera exposé dans les mémoires de Bruce-Gill et Mac Ausland des techniques peu différents de celles employées ici. Pour les

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
à
o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Dragée ADRIAN
au Chlorure de Magnésium
préventive des néoplasmes

Dragées dosées à 0 gr. 121
de Chlorure de Magnésium anhydre
correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé

ADRIAN et Cie 9, Rue de la Perle,
PARIS - 3e

subluxations ou luxations réductibles mais incoercibles, reconstitution autoplastique d'un plafond cotyloïdien.

Pour les luxations irréductibles, essai de réduction sanglante, et en cas d'échec, transposition sanglante dans un néocotyle aussi rapproché que possible de l'ancien, complété par ostéoplastie.

Pour les postérieures irréductibles, les orthopédistes anglais (Elanslie, Fairbank, Platt) restent fidèle à l'ostéotomie en γ de Lorenz, mais il ne faut, recommande Platt, ne la faire que d'un seul côté.

C'est pour ces luxations postérieurs doubles irréductibles que Swett propose une nouvelle opération. L'irréductibilité provient de la disproportion entre les parties molles et le levier osseux. Au lieu de chercher à distendre les premières, pourquoi ne pas raccourcir le second? Voici ce qu'il a exécuté : après arthrotomie, les muscles trochantériens sont désinsérés en totalité. Sur le fémur ainsi dépouillé, on pratique une section sous-trochantérienne. Le bout supérieur est complètement détaché, on pose alors facilement la tête fémorale dans le cotyle évidé à la gouge. La capsule est suturée sur le col; la cuisse est portée en abduction, le fragment inférieur du fémur vient chevaucher sur le supérieur. Un plâtre les immobilise.

L'auteur est intervenu ainsi dans 4 cas dont 3 doubles. Dans tous les cas, la consolidation de la fracture a été obtenue et la tête est restée dans le cotyle, mais la vitalité du fragment supérieur, privé d'apport sanguin est précaire. On observe des affaissements, déformations consécutives du col. La tentative n'en reste pas moins intéressante, et sera peut-être perfectionnée.

Fractures du cotyle.

Les fractures. Luxation de la hanche et leur traitement. (P. Caan. *Münch. Med. Woch.*, 14 gen. 1927, vol. LXXIV, n° 2, p. 56-58.)

Sur la thérapeutique de la luxation centrale du fémur. (V. Putti. *Chir. degli org. di movimento*, août 1927, p. 530-538, 9 fig.)

Sur la disjonction traumatique transcotyloïdienne de la ceinture pelvienne. (Mario-Manfredi. *Arch. di ortopedia*, 1927, vol. XLII, f. 2, p. 291-305, 3 fig.)

Sur une variété rare de fracture ischio-acétabulaire. [Fracture de Walther de cause indirecte]. (F. Leinati. *Chir. degli org. di movimento*, janv. 1928, vol. XII, f. 1, p. 64-82, 5 fig.)

La fracture par enfoncement traumatique du cotyle avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale. [Etude clinique expérimentale, bibliographique]. (A. Romani. *Chir. degli org. di movimento*, juillet 1928, p. 360-416, 4 fig.)

Deux observations d'irruption pelvienne de la tête fémorale. (A. Guillemin [Nancy]. Rapporteur : A. Basset. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de chir.*, 17 nov. 1928, t. LIV, n° 29, p. 1192-1201. Discussion : MM. P. Thiéry, P. Bazy, L. Bazy); — *idem*. Séance du 21 nov., P. Mocquot. Discussion : MM. Basset, Lance, Brin. *Bull.*, n° 31, p. 1146-1150); — *idem*. Séance du 12 déc., M. Mauclaire. *Bull.* n° 34, p. 1412-1413, 1 fig.)

Les accidents d'automobile semblent avoir multiplié la fréquence des fractures du cotyle par enfoncement de la tête fémorale. Les publications à leur sujet se sont multipliées.

On trouvera dans les publications de Manfredi, Leinati, Romani, et le rapport de Basset un exposé très étendu de la question. Romani donne un résumé de 135 observations publiées jusqu'en 1927.

Il faut distinguer trois variétés principales de ces fractures :

1° La fracture du sourcil, qui comporte deux variétés : la fracture du segment supéro-antérieur avec luxation en dedans et en avant de la tête; la fracture du segment postéro-inférieur avec luxation en arrière, plus fréquente et résultant habituellement d'une chute d'un lieu élevé sur les pieds ou les genoux. Le signe principal est que la luxation se réduit très facilement par traction sur le membre mais se reproduit dès qu'on supprime cette traction.

2° Les fractures du fond du cotyle avec pénétration plus ou moins profonde de la tête cotyloïdienne dans le bassin.

Il y en a deux variétés : l'enfoncement par éclatement du fond avec détachement d'une ou deux esquilles saillants dans le bassin; le détachement circulaire en verre de montre du fond du cotyle.

Ces fractures sont dues presque toujours à un choc très violent et direct sur le grand trochanter, dans l'axe du col — le membre étant en extension et rotation interne. (Expériences de Cattalorda, confirmées par celles de Romani). Exceptionnellement (premier cas de Guillemin) elle peut résulter d'une chute sur les pieds.

Les signes les plus importants sont : l'aplatissement de la région trochantérienne jointe à un raccourcissement peu marqué (15 à 20 millimètres) du membre, raccourcissement fixe d'emblée.

L'impotence fonctionnelle est relative : le malade a parfois pu faire quelques pas après l'accident, se tenir debout. Il peut soulever le talon du plan du lit.

Les mouvements passifs sont à peu près nuls.

Le membre est fixé en flexion et abduction légère, rotation externe ou interne peu marquée.

Le toucher rectal ou vaginal montrent la saillie des fragments pelviens, et celle globuleux et mobile avec les mouvements de la cuisse, de la tête fémorale. L'aspect radiographique est caractéristique, mais ces examens sont parfois omis, et en raison de l'impotence relative la fracture est souvent méconnue, non soignée ou trop tardivement d'où la fréquence des mauvais résultats (ankyloses) observés souvent.

3° La fracture d'un segment du cotyle avec rupture de l'anneau osseux, ce que Basset appelle les fractures transcotyloïdiennes de la ceinture pelvienne, présente trois variétés principales : la fracture acétabulaire antéro-supérieure avec fracture de la branche horizontale du pubis, la fracture acétabulaire postéro-inférieure avec fracture de la branche ischio-pubienne. C'est la fracture de Walther (Soc. anat., 1891) que cet auteur avait produite expérimentalement et dont Leinati publie une observation.

Enfin il peut y avoir enfoncement du cotyle avec fracture à la fois de la branche horizontale du pubis et de la branche ischio-pubienne, c'est la disjonction verticale transcotyloïdienne du bassin. Manfredi en rapporte une observation typique.

Naturellement dans ces fractures du bassin l'impotence fonctionnelle est immédiate et complète. Le raccourcissement est bien plus marqué que dans l'enfoncement simple. Les mouvements passifs sont souvent plus libres que lorsque la tête est coincée dans un orifice étroit qui la bloque. On voit apparaître des hématomes au-dessus de l'arcade crurale (signe de Lossen); dans le scrotum (signe de Destot) gros hématomes qui peuvent s'infecter et suppurer. Enfin on peut ici observer des lésions des vaisseaux, des nerfs, et surtout des viscères (urètre, vessie, rectum) qui assombrissent le pronostic.

Dans les fractures par enfoncement simple du cotyle la réduction est parfois difficile à obtenir. La traction dans l'axe du membre ne suffit pas. Si on y joint celle dans l'axe du col par une traction latérale sur la cuisse les chances de réduction augmentent. Mais la manœuvre de choix paraît être la mise en flexion-adduction et rotation interne forcée.

La réduction est parfois très difficile à être maintenue, même dans cette attitude (observation de Mocquot). La traction continue longitudinale, même avec traction latérale surajoutée, ne suffit pas. Aussi a-t-on employé dans ces cas difficiles la traction directe par un clou, une broche fixée dans le trochanter (Putti, Melchior, Franke, Caan, Mocquot). Préco-

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

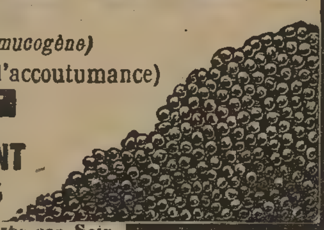
AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE

AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT





Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES

ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

GYNOCRINOL

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

TRAITEMENT DES DIARRHÉES ET DES FERMENTATIONS INTESTINALES

par l'

AMIDAL

Amidon Paraffiné et Ferments Lactiques

Médication spécifique des Entérites

POUDRE ET COMPRIMÉS

Littérature Médicale et Échantillons sur Demande

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — R. C., Seine 221.745

cement réduites, ces fractures peuvent donner des résultats fonctionnels excellents, comme le prouvent les belles observations de Putti.

Dans les fractures transcotyloïdiennes du bassin la réduction est en général facile par tractions sur le membre en abduction légère. Mais pour maintenir la réduction une extension continue très forte dans l'axe (28 kilogrammes pendant quarante-deux jours au moyen d'un clou de Codivilla dans l'observation de Manfredi), avec traction latérale dans l'axe du col au moyen d'une large sangle autour de la cuisse (5 kilogrammes, Manfredi) est indispensable. On peut ainsi obtenir dans ces cas des résultats fonctionnels parfaits.

Dans les fractures la persistance de la saillie des fragments du fond du cotyle dans le bassin constitue chez la femme une cause de dystocie qu'il ne faut pas ignorer (observations de Fabre, Piéry, Matz, Pilven).

Coxalgie.

La tuberculose de la hanche dans un institut héliomarin. Etude statistique, radiographique, modes de guérison. (A. Mezzari. *Chir. degli org. di movimento*, juillet 1928, p. 313-359, 28 fig.)

Sur la méthode de Solieri dans la cure de la tuberculose articulaire ouverte. (Bence. *Arch. d'orthop.*, 1928, vol. XLIV, n° 1, p. 146-160.)

Ce travail est basé sur l'étude de 356 cas de coxalgie traités depuis 1909 à l'Hôpital maritime de Valdoltra, près Trieste.

Il contient des renseignements intéressants sur la thérapeutique adoptée. C'est ainsi qu'il est digne d'être noté que dans un hôpital d'héliothérapie on avoue que cette médication ne suffit pas à faire tomber la contracture musculaire. Aussi l'extension continue est-elle impuissante à empêcher les positions vicieuses. Pour obtenir et conserver une attitude et immobilisation parfaites on en est revenu aux appareils plâtrés avec ou sans redressements sous anesthésie.

L'appareil plâtré supprime l'héliothérapie locale. A l'Institut de Valdoltra on s'est livré à des recherches sur l'action comparée de l'héliothérapie locale et de l'héliothérapie générale sur des séries de coxalgies fistuleuses soumises alternativement à l'une et à l'autre thérapeutique. Il en ressort que l'héliothérapie locale n'a d'action que sur les lésions superficielles (ulcérations, trajets, amas de fongosités), l'héliothérapie générale agissant seule sur le foyer profond, clef de la guérison.

A l'Institut a été aussi expérimentée la méthode de Solieri qui consiste pour les hanches fistuleuses à les enfermer pendant des mois dans un pansement épais et un plâtre, espérant ainsi la fermeture des fistules par une autovaccination au moyen de l'imbibition de la peau par le pus. Cette méthode s'est montrée avantageuse parce que d'une part elle permet l'immobilisation stricte du foyer, et aussi évite les infections secondaires lors des pansements, surtout chez les malades traités en ville.

Un autre point intéressant est le large emploi qui est fait à l'Institut des bains de même dans les cas fistuleux. Les bains de mer auraient le pouvoir d'intensifier l'action de l'héliothérapie : la pigmentation se fait bien plus rapidement chez les malades baignés. Enfin, chez les convalescents, le bain de mer exciterait le processus de recalcification osseuse. C'est à son emploi que l'auteur attribue le pourcentage anormalement élevé (13,6 p. 100) d'ankyloses osseuses observé chez les malades soignés à l'Institut.

La maladie de Larsen-Johansson de la rotule. (G. W. Hawley et A. S. Griswold. *Surg., gyn. and obst.*, 1928, t. XVII, p. 68.) — Les auteurs publient une intéressante observation, celle d'un enfant de douze ans qui présentait une douleur et boiterie intermittente du genou droit. Douleur à la pression sur le bord inférieur de la rotule.

La radiographie montre un centre accessoire d'ossification sur les deux rotules, plus marqué à droite, et en plus à gauche l'aspect typique de la maladie d'Osgvod-Schlätter.

Guérison après repos et immobilisation d'un mois. Rechute cinq mois après. Douleur dans les deux rotules.

Les auteurs rapprochent la maladie de Larsen de celle de Schlätter. Il s'agit pour eux d'affaiblissement mécanique des insertions du tendon rotulien, conséquences de traumatismes plus ou moins répétés et violents. Le traitement des deux affections est le même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 23 février 1929)

Obtention par sélectionnement de cultures homogènes et stables de streptocoques. — MM. E. Sacquépée, M. Liégeois et J. Fricker. L'observation de certaines particularités biologiques du streptocoque nous a alors amenés à nous demander si, contrairement à une conception tacitement acceptée, une culture de ce germe n'était pas formée d'individus possédant des caractères de culture différents.

Obéissant à cette hypothèse, nous avons, à partir d'une souche très granuleuse, pratiqué de nouveaux isolements sur gélose. Douze colonies bien isolées furent repiquées chacune en bouillon ordinaire et donnèrent des cultures filles dont la plupart demeurèrent granuleuses et instables; par contre, quelques-unes fournirent une culture qui resta stable pendant plus de vingt-quatre heures, temps largement suffisant pour faire une agglutination.

Pour d'autres cultures également très granuleuses ce même résultat ne fut obtenu qu'après quatre isolements successifs, en portant chaque fois des cultures les moins granuleuses.

Il semble donc bien exact qu'une même souche de streptocoques soit formée d'individus ayant des propriétés culturales différentes.

La présence d'éléments filtrables du bacille de Koch dans le liquide d'ascite de la cirrhose atrophique de Laennec. — MM. E. Sergent et D. Priboiano. Dans 2 cas sur 4, les auteurs ont obtenu par l'inoculation au cobaye du liquide d'ascite de la cirrhose atrophique ascitogène de Laennec, des lésions comparables à celles provoquées par l'ultra virus tuberculeux. Les résultats comparatifs par inoculation du liquide filté et non filtré ont été identiques. Ils en concluent que le virus tuberculeux n'existe pas dans le liquide ascitique sous la forme bacillaire, mais à l'état d'ultra-virus.

Nouvelles recherches sur le virus de l'encéphalomyélite enzootique (maladie de Borna). — MM. S. Nicolau et I. A. Galloway. Le virus de la maladie de Borna est difficilement adsorbable par le noir animal et par le kaolin, et ceci, quel que soit le pH utilisé dans les mélanges.

Injecté dans les veines en doses répétées, le stovarsol apparaît dépourvu de toute action préventive ou curative.

Le permanganate de potassium est un mauvais antiseptique vis-à-vis du virus de la maladie de Borna.

Nicolau et Galloway ayant dans l'esprit le fait que les ultra-virus ont plus d'une propriété commune avec les toxines, et connaissant l'action de l'extrait de foie de ces dernières, font des essais de neutralité *in vitro* du virus de Borna, à l'aide des extraits de foie frais de lapin. Les résultats sont négatifs tant pour le virus de Borna que pour le virus herpétique.

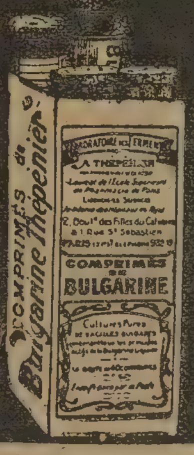
Encéphalomyélite enzootique expérimentale. Infection par cohabitation, par introduction de virus dans l'estomac

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

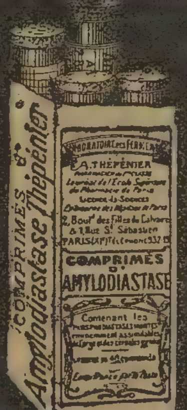
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : *délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

et par voie intramusculaire. — MM. I. A. GALLOWAY et S. NICOLAU. — Dans la névraxite enzootique expérimentale (maladie de Borna), la contagion de cage est possible, à condition que les animaux soumis à la contagion soient jeunes. On peut mettre en évidence l'infection latente des animaux contaminés avec le virus de Borna, en reproduisant chez eux un traumatisme cérébral. L'injection d'eau physiologique stérile sous leur dure-mère réalise un tel traumatisme.

On peut, quoique difficilement, infecter de jeunes lapins en leur introduisant du virus à l'aide d'une sonde, dans l'estomac sans administration préalable de bile.

L'infection par voie intramusculaire est facilement réalisable chez le lapin.

L'immunité dans l'encéphalomyélite enzootique expérimentale. — MM. S. NICOLAU, I. A. GALLOWAY et N. STROIAN relatent leurs essais d'immunisation faite sur des lapins. Des inoculations intradermiques d'émulsion de virus de Borna, réparties sur une surface limitée et répétées deux fois en six jours d'intervalle, ne confère pas l'immunité.

Le virus formolé, inoculé dans le muscle du râble, peut conférer l'immunité aux lapins, mais d'une manière très inconstante.

Le même virus formolé, mais introduit par voie sous dure-mérienne à plusieurs reprises, immunise les animaux également de façon inconstante. Un singe traité de cette manière (6 injections cérébrales de virus formolé), se montre sensible à l'inoculation d'épreuve.

L'émulsion de virus de Borna dans de la glycérine phéniquée, injectée dans le muscle du rable, rend les animaux réfractaires à une inoculation cérébrale virulente d'épreuve.

MM. Nicolau, Galloway et Stroian ont pu mettre en évidence *in vitro*, des anticorps virilicides dans le cerveau de certains lapins immunisés.

Une expérience d'immunités croisée entre le virus poliomélélitique et le virus de Borna, entreprise sur un singe immunisé contre la poliomyélite, a fourni un résultat négatif.

Réaction de fixation du complément chez les lapins immunisés contre le virus herpétique. — M. N. SROIAN. Chez les lapins immunisé contre le virus herpétique et ayant résisté à une ou plusieurs inoculations intracérébrales d'émulsions herpétiques virulentes, non seulement le sérum contient des anticorps, mais aussi, et surtout, certains organes : cerveau, capsules surrénales, testicule ou ovaire, foie ; la rate et la moelle osseuse en renferment beaucoup moins que les organes énumérés.

Sur la septinévrite provoquée par le virus herpétique introduit dans le cerveau de lapins. — Mme L. KOPCIOWSKA et M. N. STROIAN. — Les souches d'herpès fraîchement isolées chez l'homme, et qui ne sont pas soumises à de fréquents passages de cerveau à cerveau chez le lapin, introduites dans le cerveau de cette espèce animale, provoquent la septinévrite d'une manière plus fréquente que les souches entraînées et adaptées au névraxe par de longues séries de passages cérébraux.

Sur le rôle du poumon dans le métabolisme des graisses. — MM. H. ROGER, Léon BINET et J. VERNE. Chez la grenouille normale, qui a reçu six heures auparavant, de l'huile d'olive dans l'intestin, on trouve, dans les capillaires sanguins du poumon, des globules gras qui présentent des images d'attaque. Si on a extirpé le poumon avant l'administration de l'huile, le foie est surchargé de graisse, mais il semble incapable de suppléer complètement le poumon et des gouttelettes graisseuses, franchissant la barrière hépatique, vont se fixer dans d'autres organes comme le rein.

Sensibilité du chat vis-à-vis du streptocoque, immunisation locale. — MM. J. L. KANDIBA et E. SADOWSKY. Le chat se prête bien à l'étude du streptocoque en raison de sa grande sensibilité vis-à-vis de ce microbe. Les souches d'origine animale (du cheval, du chat), comme celles d'origine humaine (scarlatine, infection puerpérale) sont pathogènes pour cet animal. La septicémie, chez le chat, s'accompagne d'hémolyse. Le chat est sensible à l'injection intrapéritonéale de streptocoques sûrement tués. L'action spécifique immunisante locale de l'antivirus de Besredka ressort avec netteté de nos expériences. Les protéines non spécifiques peuvent augmenter la résistance locale vis-à-vis du streptocoque, mais seulement chez les animaux qui possèdent une immunité relative pour ce microbe.

Immunisation locale des poulains contre le streptocoque gourmeux. — MM. L. KANDIBA et E. SADOWSKI. Le phénomène de l'immunité locale est strictement spécifique; les protéines appliquées localement possèdent un faible pouvoir immunisant. Le principe actif de l'antivirus de Besredka nous paraît être un toxoïde streptococcique.

L'action de la potasse sur le rendement en sucre virtuel du sérum de cheval. — MM. BROCQ-ROUSSEU, GRUZEWSKA et G. ROUSSEL, poursuivant leurs recherches sur le sucre virtuel, montrent que la substance non réductrice qu'ils ont obtenue par l'action de la potasse sur le sérum, est plus difficile à hydrolyser que le sérum lui-même.

Cette substance qu'ils ont appelée isomaltane donne de l'isomaltose ; et pour chaque sérum traité par la potasse, il y a un maximum de réduction qui est fonction du temps et de la quantité d'acide employé pour l'hydrolyse. Si l'on opère sur de vieux sérums, les résultats sont irréguliers et chaque sérum se comporte différemment.

On peut penser que la potasse est engagée dans un complexe avec le tronçon des albuminoïdes qui, par hydrolyse, donnera des substances réductrices.

Obtention des variantes du bactériophage adaptées à lyser les formes secondaires, par le procédé de sélection sur les bactéries partiellement immunisées. — M. SERTIC décrit un procédé pour obtenir des bactériophages actifs contre les formes bactériennes secondaires.

Phénomènes de variations de la morphologie des plages d'une race de bactériophage. — M. SERTIC. Les variations d'un bactériophage sont d'une part dépendantes, d'autre part indépendantes des formes bactériennes secondaires et montrent une analogie nette avec les phénomènes de variations des bactéries.

Ces faits sont d'accord avec la conception de d'Hérelle : « le bactériophage est un être vivant ».

— Société de biologie. Réunion de Lyon (19 février 1929).

Sur le mécanisme du « phénomène de zone ou paradoxal » dans la précipitation spécifique. — MM. A. ROCHAIX, B. LE BOURDELLÈS et M. BRUN, après avoir vérifié et confirmé les lois de Fleichsmann et Michaelis concernant les rapports réciproques de la précipitine et du précipitogène, étudient l'intervention possible de la viscosité, du pH et de la tension superficielle. Ces facteurs n'interviennent pas dans la production du phénomène de zone. Pour ces auteurs, le phénomène de zone paraît être d'ordre d'électrostatique. Il est la conséquence de la mise en présence de deux colloïdes de signe opposé. Lorsque l'un d'eux est en excès, il impose son signe au complexe antigène anticorps qui se trouve ainsi stabilisé. Pour d'autres proportions du mélange, la décharge des particules est complète et la floculation s'opère.

Le « phénomène de zone ou paradoxal » dans l'agglutination spécifique. Rôle des proportions relatives. — MM. LE BOURDELLÈS et ROCHAIX montrent que le phénomène n'est qu'une question de proportion relative entre les deux éléments en présence. La réaction est optima pour une certaine propor-

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d'huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY · PARIS (17E)

tion; en deçà et au delà, l'excès de l'un ou de l'autre peut inhiber la réaction.

Sur l'effet photographique dû aux corps antirachitiques. — MM. J. Cluzet et T. Kofman. Les auteurs montrent que le noircissement du cliché photographique produit par la cholestérine et l'ergostérine activées au moyen des rayons ultra-violets, ne peut être dû à un rayonnement émis par ces corps irradiés. Il ne peut s'agir, comme la plupart des auteurs l'ont admis, que d'un phénomène de nature purement chimique (et non photo-chimique). L'intensité de l'effet photographique qui est maximum après dix minutes d'exposition à 40 centimètres d'un brûleur de 110 vols 6 ampères, peut servir de test physique pour s'assurer que les produits commerciaux dits irradiés et antirachitiques ont subi l'irradiation nécessaire. Les rayons X, comme les rayons ultra-violets, communiquent aux stérols le pouvoir d'agir sur la couche de gélatine bromure d'argent.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'ASSOCIATION CUPRO-ARGENTIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

Si, du fait qu'elles sont parfois lointaines, certaines graves conséquences de la blennorragie — telle la stérilité féminine — n'apparaissent pas dès l'abord dans toute leur sévérité, elles n'en font pas moins de cette affection, en même temps qu'un péril individuel, un dangereux agent de dépeuplement à classer en bonne place parmi les grands fléaux sociaux.

Il y a donc un intérêt majeur pour le malade et pour la société à munir le praticien contre cette maladie d'un traitement à la fois efficace, commode et peu onéreux.

Les récentes découvertes de la thérapeutique biologique ont un instant fait croire à la réalisation de ce traitement idéal. Mais, logiques dans leur principe, vaccinothérapie, sérothérapie et même protéinothérapie antigonococciques se sont montrées médiocres dans leurs résultats : si elles ont pu donner quelques modestes succès dans les complications à distance de la gonorrhée, leur effet a été quasi nul sur l'urétrite ellemême, c'est-à-dire sur la source du mal.

Peut-être en faut-il chercher une raison dans cette notion que l'action du gonocoque — comparable en cela à celle du bacille de Koch et de beaucoup d'autres microbes — alors qu'elle est tout au début solitaire, ne tarde pas à s'accroître de celle de nombreux germes associés d'infection secondaire. Certains parmi ceux-ci, streptocoques, staphylocoques, synocoques sont sans doute bien connus, mais d'autres échappent encore, il faut le reconnaître, à une identification certaine. Aussi les préparations vaccinales polyvalentes n'ontelles, à l'exemple de celles fondées sur la recherche sous forme de vaccins autogènes, d'une spécificité rigoureuse, donné que des déboires.

En présence de cette quasi carence de la médication biologique, la première place reste acquise aux traitements chimiques locaux classiques qui, bien conduits, amènent presque toujours la guérison.

Les substances ici employées sont innombrables, mais l'expérience en a consacré quelques-unes. Les sels d'argent minéraux ou organiques semblent bien être les élus de ce *consensus omnium* et passer même avant le permanganate de potassium, classique lui aussi. Le nitrate d'argent, n'était sa causticité, serait peut-être à la tête de tous, mais, aux doses parfois nécessaires, il est douloureux et susceptible de transformer l'urétrite microbienne en urétrite chronique, rendant la continuation du traitement impossible. De là tous ses succédanés : albuminates, vitellinates d'argent, etc., qui d'ailleurs perdent souvent en activité ce qu'ils gagnent en tolérance locale.

En tout cas, ces produits sont essentiellement des antigonococciques; efficaces contre le gonocoque ils le sont peu ou pas contre les germes d'infection secondaire. Avec eux, deux étapes sont nécessaires dans le traitement : une étape antigonococcique vouée aux sels d'argent et une étape dirigée contre la flore microbienne secondaire dont les traditionnels lavages à l'oxycyanure font habituellement les frais.

Cette division du travail thérapeutique ne va pas sans inconvénients : elle prolonge le traitement, le rend plus coûteux, et durant la première phase, les germes d'infection secondaire s'installent solidement. Le traumatisme médicamenteux prolongé est, de plus, un des facteurs originels des scléroses lointaines, c'est l'amorce possible du rétrécissement ultérieur.

Pour perfectionner une thérapeutique, qui malgré ses inconvénients a fait ses preuves, il faut donc associer les antimicrobiens comme les germes sont associés eux-mêmes, choisir, en d'autres termes, le meilleur antigonococcique, l'argent, lui conserver une forme à la fois active et bien tolérée et l'unir au plus puissant destructeur des germes secondaires.

De patientes recherches, méthodiquement conduites, ont révélé que les associations microbiennes ne peuvent vivre au contact du cuivre. Restait à créer le composé cupro-argentique idéal conjuguant sans les amoindrir les vertus thérapeutiques des deux substances. On y est enfin parvenu en réalisant une association d'argent colloïdal et de cuivre colloïdal sous forme de nucléinate de cuivre. Ce composé qui contient 10 p. 100 d'argent métal et 0,10 de cuivre métallique, est connu sous le nom d'argycuprol.

C'est un composé limpide, très stable, ne précipitant jamais.

Dénué de toute causticité, son injection est complètement indolore. Son activité est très marquée : dès les premières applications les signes fonctionnels de l'urétrite aiguë s'amendent, les brûlures à la miction disparaissent. L'histologie démontre expérimentalement son action kératolytique sur l'épithélium des muqueuses enflammées, fait qui constitue la garantie la plus absolue contre la grave complication tardive que constitue le rétrécissement.

LIVRES NOUVEAUX

Le diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale (chez l'adulte) (1), par P. Oudard, A. Hesnard, H. Coureaud, professeurs à l'Ecole d'application de la marine. — Préface du professeur Sicard.

La pathologie du rachis a été depuis quelques années l'objet de recherches multiples. Des méthodes d'examen nouvelles ont vu le jour, la qualité des épreuves radiographiques a permis de pousser plus loin la recherche des lésions osseuses. D'où la nécessité d'une mise au point indispensable pour tout médecin voulant se tenir au courant des progrès de son art. C'est à ce besoin que répond de manière parfaite le travail des trois professeurs de Toulon.

Après une étude de séméiologie générale du rachis, on trouve un exposé de l'étude séméiologique de chacune des affections du rachis : affections traumatiques, spondylites de toutes sortes, tumeurs du rachis, déviations, malformations, névroses rachidiennes. Rien n'a été omis.

Une critique cependant. Je ne comprends pas pourquoi les auteurs ont jugé bon de qualifier de prépottiques tous les symptômes de la période de début : douleurs, contractures et raideurs, exagération des réflexes, ne laissant ainsi pour la période d'état que la gibbosité (qui manque souvent chez l'adulte) les abcès et la paraplégie.

(1) Un volume in-8 de 323 pages, 182 figures. — Paris, Vigot frères.

Prœ veut dire avant, et l'apparition de compressions radiculaires, de troubles médullaires, de contractures indique que le tuberculome a dépassé les limites de l'os pour atteindre les disques, les parties molles. Les lésions sont déjà étendues et vraiment pottiques. Dans ce cas, le terme prépottique nous semble absolument impropre et capable de créer une fâcheuse confusion.

Sauf cette réserve, ce livre rendra de grands services et a sa place dans toute bibliothèque médicale.

M. LANCE.

Les dysmorphies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques (1), par M. le docteur HENRI-FISCHER (Bordeaux). — Préface du professeur H.-L. ROCHER.

L'auteur a déjà fait paraître un volume sur les dysmorphies congénitales du thorax, et en prépare un sur les dysmorphies cranio-faciales. C'est donc une revue d'ensemble des malformations du tronc et de la tête qu'a entrepris le docteur Henri-Fischer.

Ce livre qu'il nous présente aujourd'hui est une mise au point aussi complète que possible de l'état actuel de nos connaissances sur ces questions. Les dysmorphies générales sont d'abord présentées, puis chaque région est étudiée en détail. Enfin un chapitre terminal expose les théories sur la pathogénie de ces arrêts de développements, ainsi que les stigmates anatomiques de la criminalité.

Un index bibliographique étendu termine l'ouvrage.

M. LANCE.

(1) Un volume in-8 de 256 pages, 75 figures. — Paris, Masson et Cie.

Contribution à l'étude clinique des scolioses du nourrisson (1), par le docteur René GOURDON.

On a rarement l'occasion de voir des scolioses chez le nourrisson, mais quand on en rencontre une, on est fort embarrassé pour savoir sa nature, son pronostic, son traitement. La littérature médicale est muette sur ce point. C'est ce trou que l'auteur est venu combler en apportant les documents qu'il a pu réunir sur le sujet, dans le service du professeur Ombrédanne (11 observations) et dans celui du docteur Gourdon, à Bordeaux (4 observations). Ces scolioses sont tantôt congénitales dues à une malformation, tantôt acquises et dues surtout au rachitisme.

De toute manière, si un traitement précoce en lit plâtré a été institué, des améliorations considérables et des guérisons peuvent être obtenus. On évitera ainsi la constitution de grosses déformations.

M. LANCE.

NOTES DE PRATIQUE

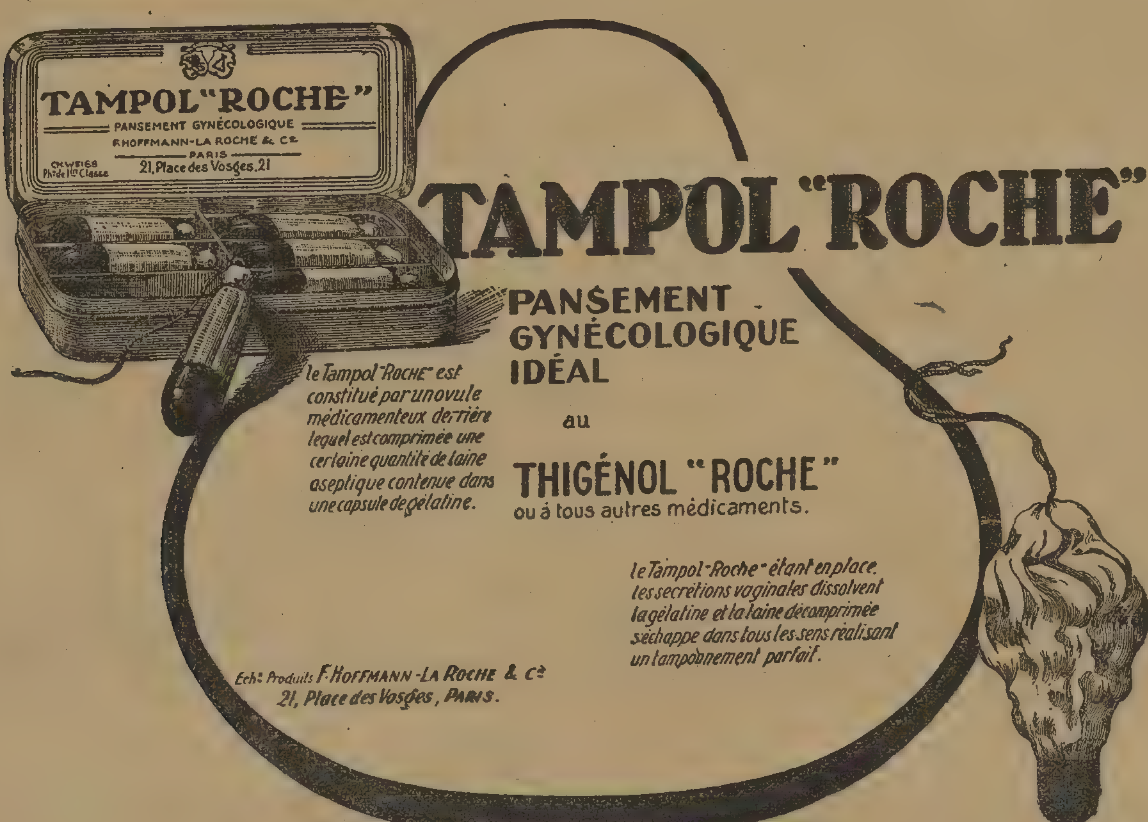
ÉTATS HYPOSYSTOLIQUES

Digitaline : v gouttes de la solution alcool à 1/1000e pendant dix à quinze jours, interrompre cinq à dix jours reprendre et ainsi de suite.

Pendant la période de suspension de la médication digitalique, prescrire la *Théosalvose scillitique*, dont la double action cardiaque et rénale assure les meilleurs effets : deux cachets de 0g50 par jour.

Régime très faiblement chloruré.

(1) Paris, Amédée Legrand.



NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS[1]

Formes cliniques. — **I. De la fracture du col chirurgical :**

a. *Fracture avec deplacement inverse* des fragments.

Inspection : l'épaule présente une crosse à convexité antéro-externe ou externe.

Palpation : la saillie des fragments est difficile à apprécier ou provoque une douleur exquise au niveau du trait de fracture.

Mobilité anormale, comme dans le cas type, mais la crépitation manque dans le cas où le fragment inférieur a embroché le deltoïde.

Raccourcissement appréciable. La radio précise le diagnostic.

b. *Fractures engrénées.* — Même aspect et même déformation, mais la mobilité anormale et la crépitation font défaut. Le raccourcissement est moindre et fixe.

II. Fractures du col anatomique. — Elles succèdent à un traumatisme qui a pu être léger. Mêmes signes fonctionnels que dans la variété précédente, mais l'*hémarthrose* amène un gonflement rapide.

L'*ecchymose* est limitée à l'épaule et à l'aisselle. A la palpation, *douleur exquise* juste sous le bord externe de l'acromion et non à quelques centimètres en dessous.

Il est le plus souvent impossible de palper la tête elle-même. S'il y a engrènement elle suit les mouvements du bras. Très peu de raccourcissement.

Pas de mouvements anormaux s'il y a engrènement.

La radio est nécessaire.

Evolution. — La consolidation se fait, mais le pronostic est plus sombre que pour la fracture du col chirurgical.

III. Fractures de la grosse tubérosité. — Symptômes beaucoup moins nets, ce sont ceux d'une contusion de l'épaule, mais on trouve un point *douloureux net* et parfois un peu de crépitation.

La *radiographie* est indispensable pour assurer le diagnostic. Il faut la faire le bras étant en rotation externe.

Il ne faut pas méconnaître cette fracture, car des complications graves pour la fonction de l'épaule sont à redouter.

IV. Fractures de la tête. — Diagnostic de radio. Elles se voient surtout chez les blessés porteurs d'autres lésions.

V. Fractures complexes. — Tableau clinique grave, gonflement et ecchymoses énormes. Le raccourcissement est très marqué. Crépitation. L'évolution de ces fractures est peu favorable; elles aboutissent souvent à l'ankylose.

VI. Fractures de l'enfant. — *a.* En bois vert, infraction du col chirurgical;

b. Fracture vraie avec ou sans engrènement.

Complications. — **1. Immédiates.** — a. *Ouverture du foyer* de fracture, soit par le traumatisme, soit par le fragment inférieur. Complication assez rare, pronostic général des fractures ouvertes.

b. *Lésions vasculaires et nerveuses.* — Déchirure ou compression de l'artère menaçant de gangrène.

Contusion du plexus brachial. Paralysie radiale.

c. *Irréductibilité.* — Elle est causée surtout par l'*embrochement du deltoïde.* Pas de crépitation. Les parties molles sont altérées par la mobilisation du fragment inférieur. A la radio, gros écart entre les fragments.

d. *Coexistence d'une luxation*, cause également d'irréductibilité. On sent que la tête humérale n'est plus en place. On peut cependant faire de l'adduction. La radio est indispensable.

2. Tardives. — a. *Pseudarthrose* rare. Grosse impotence.

b. *Cals vicieux* beaucoup plus fréquents. Déformation en crosse antéro-externe surtout. L'abduction du bras est limitée.

Cals exubérants chez l'enfant.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 17, p. 322.

3. Séquelles. — Toutes les complications précédentes sont surtout le fait des fractures du col chirurgical. Chez le sujet âgé et surtout après les fractures du col anatomique il faut redouter :

Les douleurs persistantes;

Les raideurs articulaires et péri-articulaires;

La limitation des mouvements.

Tous ces troubles fonctionnels sont dus à l'*arthrite traumatique* et à la *péri-arthrite de Duplay.*

L'atrophie musculaire et l'ankylose ainsi provoquées peuvent amener une *impotence complète* de l'épaule.

Les autres fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus peuvent aussi occasionner ces séquelles et en particulier la simple fracture de la grosse tubérosité.

Pronostic général. — Il est en somme assez bon chez l'adulte pour les fractures bien traitées. Chez le sujet âgé il est lourdement aggravé par les séquelles.

Diagnostic. — La *radiographie* est toujours nécessaire pour le preciser ou le confirmer.

Cliniquement le diagnostic est souvent facile, parfois très délicat.

Pour la fracture du col chirurgical le diagnostic le plus important est la *luxation antéro-interne* de l'épaule.

Dans les cas typiques :

La déformation en épaulette,
L'absence d'ecchymoses,
L'impossibilité de l'adduction,

sont de bons signes différentiels. Mais nous avons vu les cas de coexistence des deux lésions.

Dans la *fracture du col de l'omoplate*, l'axe du bras est conservé, la déformation est différente, ainsi que le siège de la douleur. La radio lève les doutes.

Lorsqu'on a affaire à une fracture sans grand déplacement ou à une fracture de la grosse tubérosité, le diagnostic est plus difficile. Il faut éliminer :

La contusion simple de l'épaule; pas de point douloureux net, pas de crépitation, radio;

La fracture de la coracoïde;

La fracture du tiers externe de la clavicule.

Chez l'enfant, le *décollement épiphysaire* s'accompagne de crépitation douce.

La radiographie permet le diagnostic. Elle montre souvent un petit trait de fracture. Un traitement rigoureux est nécessaire.

Il n'y a jamais de luxation chez l'enfant.

Traitement. — **1. Fractures du col chirurgical.** — *a.* Sans déplacement ou engrénées chez le vieillard : écharpe et mobilisation précoce.

b. Avec déplacement. D'abord *réduire*, puis maintenir. Nombreux appareils. Les uns laissent le bras en position verticale, *type Delbet.* Ils donnent de moins bons résultats que les autres, *type Pouliquen*, dans lesquels l'extension continue pratiquée sur le bras en adduction met les deux fragments en continuité.

c. Si la fracture est irréductible :

Par interposition musculaire,
Ou avec décalage considérable,
Ou avec complication vasculo-nerveuse,

il faut faire une ostéosynthèse [vis ou agrafe (Leriche)]. Les cas très graves avec col anatomique éclaté ne sont guère justiciables de l'intervention qui ne pourrait être qu'une résection et dont les résultats sont très médiocres.

2. Fractures du col anatomique. — Chez les sujets âgés la fracture engrénée sera traitée par écharpe et mobilisation. Dans les autres cas l'extension continue donne parfois de bons résultats, sinon intervention sanglante : ablation de la tête plutôt que reposition.

3. Fractures de la tubérosité. — Sans déplacement : méthode de Lucas-Championnière. Avec déplacement : ablation du fragment osseux.

Nécessité de toujours vérifier les réductions par la radio.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

B. G., 32 028. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mars. — MM. Chastang, 8; Reinhold, 10; Ameline, 9.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Sont nommés internes titulaires du service d'oto-rhino-laryngologie : MM. Hémon et Lefranc.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de pathologie médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 6 mars 1929.)

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Deux postes de sous-directeur de laboratoire (chaire d'anthropologie) et deux postes d'assistant (chaire d'anthropologie et chaire de cryptogamie) sont actuellement vacants au muséum d'histoire naturelle.

Les candidats sont priés d'adresser leur déclaration de candidature au directeur du muséum avant le 20 mars 1929.

L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE DU RHIN. — Le ministre de la Guerre a désigné une Commission pour procéder à une enquête générale sur la situation sanitaire des troupes dans les garnisons de l'Est et de la Rhénanie. Cette Commission, présidée par le maréchal Pétain, inspecteur général de l'armée, comprend : le professeur Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; le professeur Bezançon, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine; le contrôleur général Simon; le médecin général Dopter, membre de l'Académie de médecine; le médecin général Sacquépée, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée.

La Commission est partie le 6 mars pour Trèves; elle visitera ensuite toutes les garnisons de la Rhénanie et reviendra par Haguenau et Bitche.

IMPORTATION DE SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES D'ITALIE, — Par suite de l'accord conclu entre l'Italie et l'Allemagne, les dispositions suivantes s'appliquent aux produits français en vertu de la clause de la nation la plus favorisée :

Les spécialités médicinales importées en Italie qui, par leurs composants, doivent être classés comme « produits médicinaux synthétiques » (n° 780 du tarif italien) et qui ne bénéficiaient pas des droits conventionnels concédés aux produits médicinaux synthétiques purs visés au traité italo-allemand, seront dédouanées, déduction faite de leur poids net et de celui de l'emballage.

La taxe prévue est de 35 p. 100 quand le conditionnement comprend des récipients de verre, de céramique ou de porcelaine, et de 25 p. 100 dans les autres cas.

Un droit de lire or 11,70 par kilogramme, sans déduction du poids des récipients et autres éléments du conditionnement pour la vente au détail, est applicable aux spécialités médicinales dans la composition desquelles entrent un ou plusieurs des produits médicinaux synthétiques suivants : atoxil, benzoate de gaïacol, cacodylate de gaïacol, cacodylate de sodium elmitol, gaïacol cristallisé, méthylarsinate de fer, méthylarsinate de sodium, pipérazine, novocaïne, stovaïne, uretan.

AVIS DE VACANCE D'EMPLOI DE DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Croix (Nord).

Le traitement de début alloué est fixé à 35.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

(direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau) 7, rue Cambacérès; leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 6 mars 1929.)

AVIS DE CONCOURS POUR LA NOMINATION D'INSPECTEURS DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE. — Comme suite à l'avis de concours paru au *Journal officiel* du 8 janvier 1929 (p. 311), pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène en Seine-et-Oise, les candidats sont avisés qu'ils pourront adresser leur demande à la préfecture de Seine-et-Oise (3e division) jusqu'au 15 mars courant au lieu du 1er mars, ainsi qu'il avait été indiqué précédemment.

— Un concours sur titres accompagné d'épreuves pratiques aura lieu à Paris, au ministère du Travail et de l'Hygiène, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le Cantal.

Les candidats admis ne seront titularisés qu'après un stage d'un an.

Les candidats devront être Français ou naturalisés Français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat), âgés de 30 ans au moins et de 50 ans au plus.

Leur demande, rédigée sur papier timbré à 3 fr. 60, devra être adressée au préfet du Cantal (cabinet), avec le dossier réglementairement composé, avant le 15 avril 1929, dernier délai. (*J. O.*, 3 mars 1929, p. 3637.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur von Pirquet (de Vienne, Autriche), décédé accidentellement. Les travaux de l'éminent pédiâtre sont classiques. Rappelons ceux qui ont trait à l'anergie et à l'allergie, à la cuti-réaction, à la réaction accélérée précipitée. On n'a pas oublié sa discussion l'an dernier à Vienne avec M. Calmette et M. B. Weill-Hallé au sujet de la vaccination par le B. C. G.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Jacques Sevestre (de Boulogne-sur-Seine), Baez, ancien président de la République de Saint-Domingue; Joseph Lurquin, à Louvain; le professeur Dandois (de Louvain), ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique; Palbert Sohet (de Boussu-les-Mons), victime du devoir professionnel; Georges Gérard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé de cours d'ophtalmologie, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Sauveur; Maurice Bénit, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris; Chaurand, médecin de colonisation à Kairouan; H. Grand, interne des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur J. Demoor, de l'Université libre de Bruxelles, fera à l'amphithéâtre Vulpian, à 17 h., les conférences suivantes :

Lundi 11 mars : L'automatisme du cœur. Action humorale des « substances actives » du tissu nodal.

Mercredi 13 mars : Action intime des « substances actives ». Les substances vagales et sympathiques et leurs modes d'action.

Vendredi 15 mars : Ce que représentent les actions humorales dans le cœur. Les chronaxies du cœur. Conclusions physiologiques et pathologiques.

Ces conférences seront accompagnées de projections.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Professeur M. P. LEREBOULLET.) — M. le professeur M. P. Lereboullet commencera ses leçons cliniques, le mercredi 13 mars, à 10 h. 45, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Le lundi, Conférences complémentaires de pédiatrie pratique, à 11 h., par MM. les chefs de clinique, assistants du service et chefs de laboratoire.

Les mardis, jeudis et samedis, consultation de nourrissons et policlinique à 11 h., au pavillon Pasteur.

Tous les matins, à 10 h., Enseignement clinique dans les salles.

Un cours de perfectionnement portant sur les Notions nouvelles en hygiène et en pathologie du premier âge, aura lieu du jeudi 21 mars au vendredi 29 mars.

Un autre cours de revision portant sur l'Hygiène et la pathologie du premier âge, aura lieu du jeudi 20 juin au mardi 9 juillet.

CONFÉRENCE SUR LES VACCINATIONS ANTITUBERCULEUSE, ANTIVARIOLIQUE ET ANTIDIPHTÉRIQUE. — Le docteur Georges Schreiber fera le dimanche 10 mars 1929, à 14 h. 30, au nouvel amphithéâtre de la Maternité (service Paul Dubois), 121, boulevard de Port-Royal, une conférence sur la Médecine préventive chez le nourrisson : vaccination antituberculeuse, antivariolique et antidiphtérique.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE [15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)]. — M. Edouard Loth, docteur en médecine et docteur ès sciences, professeur à la Faculté de médecine de Varsovie, fera les lundis 11 et 18 et les mardi 12 et 19 mars 1929, à 15 h. précises, une série de quatre conférences sur l'« Anthropologie des parties molles. »

11 mars : Généralités. Anthropologie des muscles, mimique de la face.

12 mars : Anthropologie des muscles du tronc, du dos et du membre supérieur.

18 mars : Anthropologie du membre inférieur, du canal intestinal et du canal respiratoire.

19 mars : Anthropologie des organes uro-génitaux, des vaisseaux et des nerfs périphériques. Conclusions.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 12 mars. — Jury : MM. Desgrez, président; Rathery, Tanon et Chabrol. — M. MAXIMIN. Les injections intraveineuses en pathologie hépatique. — M. MONDOR. Etude sur le contrôle hygiénique du lait. — M. BUI-QUANG. Essai de traitement des adénopathies bacillaires.

Mercredi 13 mars. — Jury : MM. Gosset, président; Strohl, Dognon et Mulon. — M. BERTHO. Quelques notes sur l'examen leucocytaire. — M. CORBIER. Etude du rayonnement de Röntgen en radiothérapie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Hartmann, président; M. Labbé, Coquot, Robin, Henry et Dechambre. — M. MARCHAL. De l'éventration chez le cheval.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN ÉLECTRO-RADIOLOGISTE, dans chef-lieu de département du centre, demande remplaçant pour un mois. — S'adresser au Journal qui transmettra.

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS - CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

DOCTEUR !!!

Vos

GRIPPES

seront bénignes et leur convalescence écourtée, si vous prescrivez à vos malades 2 comprimés par jour de

DELBIASE

AUX SELS HALOGÉNÉS DE MAGNÉSIUM

Stimulant incomparable de la cellule nerveuse, de la phagocytose et des glandes endocrines.

PRODUIT DONT SE SERT LE PROFESSEUR P. DELBET
pour faire ses expériences.

Bien spécifier " Comprimés de DELBIASE " les imitations étant de composition différente et généralement beaucoup moins riches

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8 Rue Vivienne, Paris

Littérature et échantillon sur demande

REVUE GÉNÉRALE

LES DONNÉES ACTUELLES DU PROBLÈME DE L'IMMUNITÉ [1]

Par JEAN ALBERT-WEIL
Interne des hôpitaux de Strasbourg.

* *

Dans un article tout à fait récent qui résume une longue série de travaux et de publications antérieures (2), Métalnikoff distingue deux sortes d'immunité : une immunité d'adaptation, et une immunité de défense.

« L'immunité d'adaptation, dit-il, existe. Les cellules vivantes, les microbes, de même que tout autre organisme vivant peuvent s'adapter facilement aux différentes conditions défavorables, et s'accoutumer aux substances toxiques, surtout si l'adaptation se produit progressivement. Il est bien connu que l'on peut habituer progressivement les infusoires, et autres organismes inférieurs à supporter des doses mortelles d'alcool et de divers poisons, de même que des températures élevées, etc. On fait la même constatation chez tous les organismes vivants.

Mais il existe une autre immunité que l'immunité d'adaptation : l'*immunité de défense*. Cette dernière immunité ne semble présenter que peu de rapports avec celle de l'adaptation. On peut même dire qu'elle a pour base des principes tout à fait différents. L'immunité d'adaptation est basée sur la perte de sensibilité de la cellule vivante envers une certaine dose de poison, ou de toxines.

L'immunité de défense est basée au contraire, *sur l'augmentation de sensibilité de la cellule*, c'est-à-dire sur la faculté qu'ont les cellules de réagir, de lutter plus activement contre les microbes et les parasites ayant pénétré dans l'organisme » (Métalnikoff).

A la vérité, il vaudrait peut-être mieux afin de ne pas employer un langage trop finaliste, distinguer, (bien que, il faut l'avouer, si l'on va au fond des choses, une telle distinction soit peut-être assez artificielle), une immunité par accoutumance, et *une immunité par réaction cellulaire*, ou si l'on veut *immunité antigénique*. En effet l'immunité par réaction cellulaire est surtout une immunité consécutive à l'introduction d'un antigène, quel qu'il soit, dans l'organisme. L'organisme ne s'adapte pas, en principe tout au moins à un antigène, nous l'avons vu plus haut. Victorieux dans le conflit, il le phagocyte, il l'isole, il l'élimine, s'il est microbe, et il en neutralise les toxines, que ces toxines soient, ou non, endo ou exo-microbiennes par action diastasique cellulaire et production d'anticorps, endo ou exo-cellulaires. Il agit de même vis-à-vis des substances protéiques étrangères, toxines non microbiennes, etc. Les antigènes, c'est-à-dire des substances protéiques variées ont pour caractéristique essentielle de sensibiliser l'organisme, dans lequel ils ont été introduits, et d'augmenter dans des proportions considérables la réactivité cellulaire, par conséquent d'entraîner souvent des modifications humorales biologiquement décelables (production d'anticorps) (cf. la réactivité antitoxique spécifique acquise par l'introduction dans l'organisme d'anatoxine de Ramon).

L'*immunité humorale*, et l'*immunité cellulaire* sont, ainsi qu'il appert des données précédentes, deux aspects différents d'un phénomène identique, l'*immunité antigénique*.

Par contre l'immunité d'accoutumance ne s'exerce guère en principe vis-à-vis d'un antigène, par exemple, vis-à-vis des toxines. Mais lorsqu'il s'agit de poisons ou d'éléments non antigènes (1), elle peut être basée sur la perte de sensibilité de la cellule vivante envers ces différents facteurs. La défense contre les antigènes est l'effet d'un mécanisme complexe.

Le sérum d'un sujet « mithridatisé contre l'arsenic ne contient pas d'anti-arsenics, actifs ou non, l'arsenic n'étant pas un antigène. Il faut remarquer toutefois que la fixation des poisons par certaines cellules spécialisées (cellules hépatiques par exemple, cellules réticulo-endothéliales pourra jouer un grand rôle dans la préservation de l'organisme. Des réactions cellulaires d'autre part pourront s'observer chez les sujets non entièrement adaptés. Elles viseront souvent à éliminer le poison au dehors (hypersécrétion salivaire par exemple dans l'intoxication mercurielle, etc.). Mais elles n'auront rien de spécifique il n'y aura pas production d'anticorps décelables. Lorsqu'il y aura immunité, ce sera donc surtout une immunité d'adaptation. *A noter toutefois que cette immunité pourra être troublée, malgré tout, par des phénomènes de sensibilisation sur lesquels nous aurons à revenir.*

Quoi qu'il en soit, on conçoit que la *sensibilisation organique* soit la note dominante de l'immunité antigénique. Il semble que dans tous les phénomènes de l'immunité antigénique, qu'ils soient d'ordre cellulaire ou d'ordre humoral, il se produise pour une part des modifications plus ou moins durables de l'*équilibre colloïdal*. Les mouvements des cellules migratrices par exemple sont sous la dépendance de variations de la tension superficielle cellulaire, variations qui peuvent être fonction d'une part de changements de composition du milieu intra ou extracellulaire, mais aussi de modifications de l'équilibre colloïdal intra ou extracellulaire. Ces modifications de l'état colloïdal des humeurs, et du milieu cellulaire, *sans rendre compte de tous les phénomènes de l'immunité*, seraient responsables toutefois de la sensibilisation organique. Et c'est ce qui lie intimement, *mais sans les confondre*, les phénomènes de l'immunité aux phénomènes de l'anaphylaxie. Il y aurait entre les deux ordres de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 18, p. 329.
(2) S. MÉTALNIKOFF. L'immunité en temps que réaction de défense, *Presse méd.*, 19 déc. 1928, n° 101, p. 1613.

(1) Par exemple l'alcool cité plus haut, les poisons tels que l'arsenic, mercure, les modifications physiques, telles que l'élévation et l'abaissement thermique, etc.

phénomènes une différence de degré, d'intensité et de rapidité et aussi une différence dans la spécificité.

*
* *

Anaphylaxie et immunité. — Pour Métalnikoff en effet, « l'immunité et l'anaphylaxie ont une cause commune, l'augmentation de sensibilité de toutes les cellules de l'organisme, et l'anaphylaxie est le résultat des réactions rapide des cellules sensibilisées par l'immunisation ».

Ce n'est pas le lieu de décrire ici les phénomènes de l'anaphylaxie ni de rappeler dans leur détail toutes les théories dont elle a été l'objet. On sait qu'on attribue actuellement l'anaphylaxie selon Kopackzewski, Lumière, Widal à des phénomènes de floculation micellaires (1). Ces phénomènes provoqueraient, soit une obstruction des capillaires pulmonaires, occasionnant des troubles asphyxiques, soit une irritation vasculaire des capillaires cérébraux, sous l'influence de laquelle se produirait une vaso dilatation abdominale très importante, qui tiendrait sous sa dépendance la chute de la pression artérielle. « La colloïdoclasie ne porte pas seulement sur les colloïdes des humeurs et il n'est pas douteux, dit Widal, que la crise « hémoclasique » ne représente elle-même qu'un des éléments du bouleversement colloïdal qui survient ainsi dans l'organisme. Le choc n'est pas cantonné aux colloïdes du sang, il doit exister dans tous les plasmas, se faire sentir jusque dans les plasmas colloïdes qui constituent nos éléments cellulaires; l'hémoclasie n'est ainsi sans doute qu'un témoin d'une véritable colloïdoclasie » (2).

De même qu'il existe une immunité générale et une immunité locale, de même il existe une anaphylaxie générale due à l'injection ou à l'introduction dans les veines et les cavités du corps de l'antigène, pouvant, lorsqu'elle se produit, causer des phénomènes alarmants, et une anaphylaxie locale entraînant seulement au niveau d'un organe ou d'un territoire déterminé des réactions plus ou moins importantes. « Il n'y a aucune contradiction entre l'anaphylaxie et l'immunité, car les deux phénomènes sont occasionnés par la même cause qui est la sensibilité des cellules renforcée par l'immunisation ». Mais si l'on peut dire qu'il se produit des phénomènes anaphylactiques à certains moments au cours des processus d'immunité, à tel point qu'on peut parler d'immunité-anaphylaxie, l'anaphylaxie ne constitue cependant qu'une part assez limitée des phénomènes de l'immunité. *La sensibilisation n'est pas en effet toute l'immunité*, et d'autre part, si l'immunité antigénique est la conséquence d'une sensibilisation organique, il n'en est pas tout à fait de même de l'anaphylaxie, qui a à son origine non pas seulement *une sensibilisation*, mais *une hypersensibilisation*, qui peut dépasser le but à atteindre et être une cause de désordre.

Un organisme naturellement réfractaire à un antigène donné, à un microbe, au streptocoque ou au staphylocoque par exemple, sera sensibilisé autant qu'il sera nécessaire, mais non pas davantage vis-à-vis de ce germe qui, d'autre part, n'exercera peut-être pas d'action très toxique vis-à-vis de lui; du fait de l'action oposonique, de ses humeurs, il pourra se défendre en exerçant vis-à-vis du streptocoque une phagocytose énergique et intense. A une seconde injection d'émulsion microbienne identique au contraire, il pourra ou non répondre par une réaction intense et générale. Si cette réaction se produit, il sera *hypersensibilisé* sans que pour cela l'antigène ait par lui-même acquis des propriétés plus toxiques que la première fois.

D'autre part, chez l'homme la sensibilisation n'est qu'un des *éléments constitutifs de la spécificité immunitaire*. Elle n'en est, si l'on peut dire, que le stade tout initial. Nous avons vu que l'immunité naturelle est *moins spécifique que l'immunité acquise*; et un organisme neuf est plus ou moins également sensibilisé à de nombreuses variétés de substances, antigènes ou non. L'antigénie, c'est-à-dire la production d'anticorps intra ou extra cellulaires, peut au contraire parfois créer la spécificité immunitaire acquise et peut exalter *dans un sens bien déterminé* la réactivité cellulaire. [Cf. la réactivité antitoxique acquise de Ramon et Zoeller] (1).

L'*hypersensibilisation* est relativement spécifique, mais sa spécificité est moins rigoureuse, moins précise et est plus large que la spécificité de l'immunité acquise.

Un organisme peut être hypersensibilisé à un antigène déterminé, mais aussi à toute une variété d'antigènes, par exemple à des sérums divers. Arthus a montré même que chez le lapin, sans contestation possible, l'anaphylaxie n'était pas spécifique.

« Le lapin séro-anaphylactisé présente les phénomènes essentiels de la crise anaphylactique, quand on injecte dans ses veines de l'ovalbumine de poule,

(1) Ces phénomènes de floculation micellaire, qui seraient la cause de l'anaphylaxie, s'accompagneraient aussi de certaines modifications chimiques du milieu plasmatique. Ainsi Léon Blum, Delaville et van Caulaert ont pu mettre en évidence, chez certains sujets, au moment du plein développement des accidents anaphylactiques, une modification importante du calcium ultrafiltrable : la proportion du calcium ultrafiltrable augmente considérablement au point qu'elle atteint parfois 90 p. 100 et même la totalité du calcium. Il semble y avoir un rapport entre la quantité de calcium ultrafiltrable et l'intensité des accidents.

La même observation a pu être faite sur des lapins chez lesquels un choc anaphylactique, quoique faible, augmente la proportion du calcium ultrafiltrable et abaisse la réserve alcaline. (Léon Blum, Delaville et van Caulaert. *C. R. de la Soc. de biol.*, Strasbourg, 21 nov. 1924, t. XCI, p. 1287 et 1290.)

Ce qui fait l'intérêt de ce changement de l'état du calcium c'est qu'il indique une modification de la nature du complexe colloïdal auquel le calcium non ultrafiltrable est lié (Léon Blum).

(2) F. Widal, P. Abrami et Et. Brissaud. *Presse méd.*, 3 avril 1920, n° 19, p. 185.

(1) Dans une communication récente traitant « De l'influence des injections d'antigènes microbiens non spécifiques sur la production des antitoxines » (*Soc. de biol.*, Paris, séance du 5 janvier 1929) G. Ramon a montré que chez les chevaux producteurs d'antitoxine diphtérique ou tétanique, les injections d'antigènes microbiens non spécifiques, déterminant ou non des chocs, sont incapables de provoquer une formation nouvelle d'antitoxine; et qu'elles n'ont, en l'absence de l'antigène spécifique, aucune influence sur l'immunité antitoxique acquise et sur la production de l'antitoxine.

de la gélatine, de la peptone de Witte, etc. Les lapins ovo, gélatino, pepto-anaphylactisés présentent les phénomènes typiques de la crise séro-anaphylactique, telle qu'on peut l'observer chez le lapin séro-anaphylactisé, quand on injecte dans leurs veines du sérum de cheval, etc. » [Arthus (1)].

Par ailleurs, l'hypersensibilisation n'est pas l'apanage de l'introduction dans l'organisme de substances antigènes. Des substances non antigènes peuvent causer des modifications colloïdales et entraîner des chocs. La propriété de provoquer des « chocs » n'appartient pas en propre aux substances protéiques étrangères à l'organisme, ni même aux colloïdes. « Certains cristalloïdes introduits brusquement dans la circulation générale entraînent les mêmes effets. Widal, Joltrain et Bernard l'ont démontré pour plusieurs substances injectées en solution isotonique comme l'arsénobenzol, le chlorure de sodium, le bicarbonate de soude, etc.

Enfin, tout récemment, la liste des causes possibles du choc s'est encore allongée, et l'on a pu y inscrire certains agents physiques, comme le froid, la chaleur, la fatigue musculaire ou les rayons X.

On conçoit donc d'après tout ce qui précède que l'on soit fondé d'admettre que, bien qu'ayant entre elles d'étroits rapports, et pouvant souvent coexister l'anaphylaxie et l'immunité soient cependant des états distincts, relativement indépendants l'un de l'autre et pouvant être observés isolément. Et il faut aussi retenir cette notion, qu'il peut se produire au cours de nombreuses affections des phénomènes d'hypersensibilisation générale ou locale, que l'organisme résiste ou non à l'agent morbifique.

Il est même des cas où l'organisme hypersensibilisé réagissant d'une manière exagérée à l'agent causal, les phénomènes anaphylactiques constituent tous les troubles morbides. C'est ce qui se produit, par exemple, pour certains asthmes, pour le rhume des foins, etc., certains urticaires, voire même certaines crises épileptiformes. Dans d'autres circonstances, le choc est déterminé par des corps parasitaires ou microbiens envahissant spontanément la circulation en partant du foyer dans lequel ils pullulaient jusque-là. C'est ainsi que pour Abrami et Senevet, l'accès palustre est comparable à un choc peptonique déterminé par le brusque passage dans le sang circulant d'un très grand nombre de méroxoïtes, au moment de la fragmentation des corps en rosace.

Par ailleurs, certains accès fébriles de causes diverses relèveraient de même d'un brusque déséquilibre colloïdal et non d'une intoxication par les poisons microbiens pyrétogènes.

Enfin il est des cas où l'infection s'accompagne de phénomènes d'hypersensibilisation locale. Quelquefois même, il y a coexistence d'un certain degré d'immunité générale et d'hypersensibilisation locale, nous voulons parler des états allergiques.

L'allergie. — Nous ne rappellerons pas les expériences fondamentales qui ont amené les chercheurs à la notion d'allergie surtout étudiée dans la tuberculose, notamment les cuti-réactions à la tuberculine pratiquées chez les tuberculeux et chez les sujets tuberculisés, et d'autre part la production du phénomène de Koch chez le cobaye tuberculeux. Il faut savoir que la localisation de l'antigène au niveau d'un organe donné peut, s'il y a allergie, produire au niveau de cet organe un état d'hypersensibilisation locale entraînant des lésions considérables. Certains auteurs pensent que c'est ce qui se produit par exemple au niveau du poumon du tuberculeux pulmonaire, qui fait une poussée évolutive, et des lésions ulcératives profondes et d'évolution rapide. Ces lésions, si elles sont unilatérales sont rapidement jugulées en général par le pneumothorax artificiel, qui, palliant aux conséquences désastreuses des phénomènes allergiques, et l'affection étant surtout locale, permet par la suite à l'organisme de résister et assez souvent même de guérir, soit pour un temps, soit définitivement.

La notion d'allergie vient compliquer l'étude des immunités locales. Un organe ou un territoire immunisés contre un antigène peut être à un moment donné hypersensibilisé vis-à-vis de cet antigène. Nous devons citer à ce propos les travaux remarquables de Schultz, Dale et autres sur les organes isolés, qui ont permis de mettre en évidence des phénomènes comparables aux réactions allergiques ou anaphylactiques. « W. Schultz est le premier qui ait appliqué les méthodes des organes isolés pour l'étude de l'immunité et de l'anaphylaxie. Il prenait des organes d'animaux immunisés et les suspendait dans le sérum artificiel. L'addition au bain de minimes quantités d'antigène provoquait une réaction très forte des organes sensibilisés, tandis que les organes des animaux normaux non immunisés réagissaient très peu ou presque pas.

Dale fit des recherches analogues sur l'utérus du cobaye. Il montra que l'utérus du sujet immunisé, isolé et débarrassé de toutes traces de sang ou de sérum se contracte violemment au contact d'une faible quantité d'antigène; que le muscle utérin provenant d'un animal immunisé vis-à-vis de différents antigènes, irrigué successivement par chacun d'eux, donne lieu chaque fois à une contraction caractéristique. Les mêmes résultats ont été obtenus sur les animaux immunisés contre les microbes par Zinsser et Parker. »

En général l'état allergique n'est qu'un accident sans gravité et assez peu durable, lorsqu'il est produit par un antigène, germe ou toxine dont l'organisme peut aisément triompher, par exemple par une émulsion de microbes tués. Mais il n'en est pas de même lorsque le germe en cause est plus résistant : dans la tuberculose ou dans la syphilis, affections dues à des germes qui résistent relativement bien à la phagocytose (1), et qui demeurent par conséquent très longtemps vivants dans l'organisme, l'immunité du fait de la persistance de ces germes vivants ne peut jamais être absolument

(1) ARTHUS. *De l'Anaphylaxie à l'immunité*, 1921, p. 273, Masson et Cie.

(1) Conséquence : production de cellules géantes dans les follicules tuberculeux et parfois dans les gommes syphilitiques.

complète, et il se produit au bout d'un certain temps des phénomènes allergiques durables et qui peuvent être bénins (cuti-réactions positives chez les sujets tuberculisés d'une manière apparente ou latente) ou graves (production de lésions ulcératives : ulcérations tuberculeuses et d'autre part, gommes, ectasies artérielles, etc., au cours de la syphilis tertiaire). L'affection se localise, il y a une résistance à une *réinfection générale* de l'organisme par l'antigène, mais cette résistance du fait de l'hypersensibilisation locale se complique, à des degrés variables selon les cas, et selon la virulence ou la toxicité de l'antigène en cause (s'il s'agit d'un microbe ou d'une toxine), d'une plus grande gravité des réactions locales. Alors que la résistance conférée par l'immunité est de longue durée et subsiste longtemps après qu'a disparu l'affection qui lui a donné naissance, il en va tout autrement de la résistance allergique. Celle-ci ne dure qu'autant que l'affection, tuberculeuse par exemple, dont elle dérive n'est pas entièrement éteinte, autant que quelques bacilles subsistent encore à l'état de vie plus ou moins ralentie dans l'organisme.

***

La régulation organique des phénomènes de l'immunité et de l'anaphylaxie. — Tous ces phénomènes d'immunité, d'anaphylaxie et d'allergie semblent être sous la dépendance d'organes et de centres régulateurs.

Le foie, d'après les travaux de Widal et ses élèves jouerait un rôle à l'état normal dans la production du choc. D'après Widal en effet le foie interviendrait à l'état normal pour empêcher le passage dans la circulation sus-hépatique des substances protéiques insuffisamment élaborées et non parvenues encore au stade « acides animés » (1). En d'autres termes, le foie posséderait une fonction *protéopéxique*. Au cours de multiples affections, dans l'appendicite, au cours de la grossesse, après la chloroformisation, voire même d'une façon permanente chez certains sujets, le foie devenu légèrement insuffisant, remplirait mal cette fonction protéopéxique, et permettrait le passage dans le torrent sanguin, non plus d'acides aminés, mais de peptones et de propeptones qui peuvent se trouver normalement dans le sang portal, mais ne franchissent pas la barrière hépatique.

Or, à l'inverse des acides aminés, qui sont bien tolérés, ces peptones sont de puissants agents de choc et leur passage dans la circulation pourrait, suivant les cas déterminer seulement une crise hémoclasique, ne se révélant par aucun symptôme et demandant à être recherchée, ou entraîner des accidents divers (migraine, urticaire, érythème).

Par ailleurs le foie et certaines glandes endocrines joueraient un rôle dans les phénomènes d'immunité et d'allergie : on a mentionné souvent l'existence d'un état d'anergie hépatique : il est de notion courante en effet que les affections chroniques du foie sont aisément compliquées par l'éclosion d'une tuberculose. Aubertin a montré d'autre part combien l'atteinte fonctionnelle du foie est une circonstance aggravante pour le pronostic de la tuberculose. C'est peut-être en provoquant un certain degré d'insuffisance hépatique que les maladies infectieuses aiguës entraîneraient, d'après Fiessinger, l'anergie dont elles peuvent s'accompagner.

Coulaud d'autre part a montré dans sa thèse qu'il existe des relations indubitables entre l'état du corps thyroïde et l'allergie; les différents épisodes de la vie génitale chez la femme, grossesse, accouchement, voire même périodes menstruelles, ménopause, susceptibles de faire fléchir passagèrement l'allergie s'accompagneraient toujours d'une phase transitoire d'hyperthyroïdie, et ce serait celle-ci qui serait responsable de la baisse de l'état allergique. Certains auteurs auraient même constaté une exagération brusque du métabolisme basal indiquant un certain degré d'hyperthyroïdie dans les formes graves de la tuberculose.

Par ailleurs, il est certain que le système nerveux joue un grand rôle dans les phénomènes de l'immunité, de l'anaphylaxie et de l'allergie. Ce sera le grand mérite de Metalnikoff d'avoir démontré, tout au moins chez certaines larves d'insectes (chenilles de Galleria, Mellonella) l'existence de véritables *réflexes de défense* contre les infections :

Les réactions défensives des cellules qui prennent part à la destruction et à l'expulsion des parasites et des toxines peuvent être considérées comme des réflexes, vu que ces réactions sont obligatoires et involontaires. Ces réflexes de défense peuvent changer et varier sous l'action de différents excitants, microbes et toxines qui pénètrent a l'intérieur de l'organisme (1), et le tableau spécifique de l'état morbide que nous observons habituellement pendant les différentes infections s'explique par la spécificité des réactions ou des réflexes défensifs : « Il est difficile d'admettre, dit Metalnikoff, que des millions de cellules différentes prenant part à la constitution d'une formation aussi rationnelle qu'un abcès ou une capsule puissent agir spontanément sans aucun plan, attirées seulement par la chimiotaxie.

Il est possible que l'activité des cellules libres, c'est-à-dire des différents leucocytes soit réglée par le système nerveux comme celle de toutes les autres cellules et de tous les autres organes ». Pour démon-

(1) C'est au niveau des tissus que l'on s'accorde actuellement à placer le lieu de la « reconstruction » des substances protéiques spécifiques à l'organisme, à partir des acides aminés, absorbés sous cet état par la muqueuse intestinale, *ou élaborés par le foie*, acides constituant le terme final de la digestion des aliments albuminoïdes qui ont été ingérés. « La présence constante dans le sang de toute la série des acides aminés des protéiques et la corrélation très nette que l'on saisit entre ce phénomène et l'acte digestif d'une part, et l'intervention des tissus d'autre part, a été démontrée expérimentalement. » (Expériences d'Abel, d Abderhalden, de V. Henriquez et A. C. Andersen, etc.) (Lambling).

Par contre, des expériences récentes (Mann, Bollmann et Magath, etc.), faites dans des conditions d'exclusion rigoureuse du foie, ont paru montrer que le foie est l'organe essentiel de la *désamination*.

(1) Par exemple si l'on injecte dans le corps d'un cobaye des vibrions cholériques, ces derniers provoquent une réaction typique et spécifique pour le choléra. Les microbes tuberculeux provoquent une autre réaction défensive, etc.

trer le rôle du système nerveux dans l'immunité Métalnikoff a fait toute une série d'expériences sur les chenilles de Galleria Mellonella qui conviennent très bien à ces sortes de recherches. Elles s'immunisent très facilement et présentent cet avantage que leurs centres nerveux sont logés au-dessous des téguments et sont très faciles à détruire par la brûlure. Métalnikoff s'est servi pour cette opération d'un fil de platine chauffé au rouge. Les chenilles supportent bien cette opération et lui survivent deux à trois semaines.

« Les expériences ont démontré que la destruction des ganglions cérébraux, ventraux et des deux premiers ganglions thoraciques n'agit pas sur l'immunité. Quant au troisième ganglion thoracique, sa destruction diminue rapidement l'immunité naturelle et acquise.

Encore plus démonstratives sont les expériences sur le rôle des réflexes conditionnels dans l'immunité.

Si l'immunité présente une série de réflexes internes de défense, on se demande s'il n'est pas possible de créer un réflexe conditionnel de défense semblable au réflexe de Pawlow.

Pour résoudre cette question on a entrepris une série d'expériences sur des cobayes et des lapins. Après 15-20 injections (microbes chauffés) et excitations externes (grattage ou chauffage de la peau), les animaux furent laissés au repos pendant douze, quinze jours. Il suffit ensuite de pratiquer plusieurs fois l'excitation externe pour voir apparaître dans le péritoine et dans le sang une réaction de défense typique : leucocytes, augmentation de la quantite des anticorps, etc...

Toutes ces expériences ont démontré qu'il est possible de provoquer une réaction de défense par une excitation externe, c'est-à-dire par l'intervention du système nerveux » (1).

De même chez les animaux supérieurs, Tinel et Santenoise, puis Garrelon et Santenoise auraient montré que les manifestations de chocs semblaient être sous la dépendance du système sympathique (2). Mais des études complémentaires sont encore nécessaires pour préciser et prouver nettement ce rôle du système sympathique.

Quoi qu'il en soit, et en matière de conclusion, nous dirons avec Métalnikoff que « pour bien comprendre le mécanisme de l'immunité, il faut étudier non seulement les produits des réactions défensives, produits qui se trouvent dans le sang et les humeurs, mais qu'il faut encore et surtout étudier attentivement la vie et les modifications des cellules elles-mêmes : les relations des cellules entre elles, l'influence des sécrétions internes, des nerfs et des centres nerveux, le rôle des différentes cellules dans la lutte contre les microbes et leurs toxines. »

(1) Il se peut, à ce propos, que les procédés de révulsion employés en clinique, ventouses, cataplasmes, pointes de feu, et même l'acupuncture des médecins chinois, ou les procédés de percussion des racines nerveuses préconisés par Abrams, et tendant à instituer une plus ou moins efficace « réflexothérapie », agissent en exaltant par voie réflexe les réactions défensives de l'organisme.

(2) Tinel et Santenoise. Vagosympathique et choc anaphylactique, *Journ. méd. franç.*, mars 1922.

*
* *

Tous les facteurs que nous venons d'énumerer sont des facteurs d'*immunité endogène*. Or, il peut exister d'autres facteurs, étrangers ceux-là à l'organisme, qui peuvent entraîner par un mécanisme tout différent une immunité que l'on peut qualifier d'exogène; il s'agit de l'immunité créée par le principe bactériophage.

Le bactériophage. — Le principe bactériophage a été découvert en 1917 par d'Herelle.

Voici en quoi consiste le phénomène d'après d'Hérelle :

« On prend 1 ou 2 centimètres cubes de déjections provenant d'un convalescent de dysenterie bacillaire par exemple (on prend la dysenterie comme exemple mais on pourrait tout aussi bien prendre la fièvre typhoïde, la peste, etc.), on les émulsionne dans du bouillon et on filtre sur bougie de porcelaine. Le filtrat, parfaitement limpide, peut être conservé tel pendant un temps indéfini; il est donc en apparence stérile. On introduit dans une culture jeune, bien développée des bacilles dysenteriques IV à V gouttes de ce filtrat; après un laps de temps, de dix-huit à vingt-qnatre heures à l'étuve à 37 degrés, on observe que le bouillon s'est complètement éclairci, l'examen microscopique montre que les bacilles ont disparu. Le filtrat provoque donc la *bactériolyse* des bacilles dysentériques.

Dans une seconde culture de bacilles dysentériques on introduit une goutte de la première culture, qui s'est clarifiée sous l'influence du filtrat : en quelques heures le phénomène qui s'est produit dans le premier tube se renouvelle dans le second ; la bactériolyse s'effectue et le milieu devient limpide. Dans une troisième culture on introduit une goutte de la seconde après éclaircissement, la bactériolyse se reproduit encore d'une manière aussi intense, mais plus rapidement que les deux premières, en huit à dix heures.

On peut ainsi continuer indéfiniment la série, introduisant à chaque passage une goutte de la culture précédemment dissoute dans une nouvelle culture bien trouble du bacille dysentérique. L'action dissolvante ne subit aucun affaiblissement du fait des dilutions successives, tout au contraire. »

Si on transporte sur gélose inclinée, le mélange bactériophage plus bactérie au moment où la lyse n'est pas encore faite, on voit apparaître une culture homogène, au milieu de laquelle se trouvent des « trous » où rien de visible n'a poussé. Ce sont de véritables colonies isolées du bactériophage.

Le bactériophage possède un certain nombre de propriétés : il traverse les filtres, est tué par le chauffage aux environs de 100 degrés, ainsi que par la glycérine et par certaines substances chimiques, ne se développe qu'au dépens des microbes vivants. Il est invisible. Il peut varier dans sa virulence.

L'acquisition de l'immunité n'est pas l'apanage des organismes supérieurs, les bactéries sont également

susceptibles de l'acquérir (1); on remarque que moins la souche du bactériophage inoculée est virulente, plus grand est le nombre de bactéries susceptibles de résistance (d'Hérelle).

Le bactériophage qui n'existe jamais chez un individu sain en dehors d'un milieu épidémique peut s'y observer, au contraire, au cours d'épidémie, d'où la formule de d'Hérelle « *l'immunité peut être contagieuse.*

« Un animal malade propage la maladie, un animal en état de résistance active propage l'immunité. Ces quelques mots, dit d'Hérelle, résument toute l'histoire des épidémies ».

Dans la maladie le bactériophage n'apparaît qu'à une certaine période seulement de celle-ci. A ce point de vue la maladie la mieux étudiée est la fièvre typhoïde.

Dans les périodes où la température s'élève, et demeure en plateau, on ne trouve pas de bactériophage. Mais il apparaît le plus souvent quand commence la défervescence, persiste jusqu'à ce qu'elle soit finie et disparaît ensuite. Son maximum de puissance correspond au début de la défervescence. Il réapparaît si la température tend à s'élever de nouveau. Cette évolution semble être la même dans la dysentérie bacillaire et la collibacillurie.

Il n'y a pas une, mais *plusieurs espèces de bactériophages qui sont chacune spécifique* (2) *pour le microbe sur lequel elles exercent leur action.*

En résumé, dès qu'au cours d'une maladie, on voit apparaître un principe bactériophage, détruisant la bactérie pathogène, principe qu'il est impossible de mettre en évidence le reste du temps, l'état du malade s'améliore. Il semble donc et le fait est confirmé par un nombre important d'expériences, que si une bactérie pathogène s'introduit dans l'organisme et que le bactériophage manifeste de suite son activité, cette bactérie est détruite avant tout développement et la maladie ne se déclare pas. Si, au contraire, le bactériophage est absent ou reste inactif, la bactérie se développe et la maladie se déclare. L'issue de la maladie serait donc réglée par l'activité ou la non-activité du bactériophage. Assurément, il ne s'agit pas de réduire au bactériophage tous les processus de l'immunité. Mais parmi les éléments qui confèrent l'immunité, le bactériophage semble avoir au moins dans certaines maladies une importance considérable.

En effet, l'injection d'une culture du bactériophage spécifique provoque d'une part :

1° L'*immunité antimicrobienne exogène*, immédiatement, par le fait même de la présence dans l'organisme du bactériophage virulent vis-à-vis de la bactérie pathogène. En milieu non épidémique cette immunité est passagère; en milieu épidémique, elle persiste aussi longtemps que se produisent les réinfections.

2° D'autre part, *l'immunité organique ou endogène*, d'une durée encore indéterminée (plus de sept mois par exemple, dans le cas de la typhose aviaire); elle se produit, après un temps d'incubation, par suite de la production d'antitoxines spécifiques décelables dans le sérum des animaux immunisés (1) et en outre et *surtout du fait de l'action opsonique* propre au principe bactériophage qui a pour conséquence d'exalter la phagocytose. Le pouvoir opsonique des lysines du bactériophage a été prouvé par des expériences de d'Hérelle.

Le bactériophage est-il un ultramicrobe ou un ferment non figuré? Sa culture par ensemencements successifs est un argument en faveur de l'opinion qu'il s'agit d'un ultravirus.

* * *

L'immunité conférée par le bactériophage est en somme surtout une immunité « actuelle » qui ne dure que le temps qu'existe dans les humeurs du malade le principe bactériophage. Mais lorsqu'il s'agit d'une immunité endogène exaltée par le bactériophage, elle peut être, nous l'avons vu, beaucoup plus durable. Toutefois elle est vraisemblablement d'une durée moins longue qu'après une vaccination, par exemple.

Il est donc probable que le bactériophage joue quelquefois un rôle dans l'immunité acquise. On sait qu'on acquiert cette immunité en général, soit à la suite d'une maladie immunisante confirmée, soit à la suite d'une vaccination. La notion de bactériophage est importante parce qu'elle fait concevoir une immunité d'origine exogène, qui dans certains cas peut provoquer, semble-t-il, l'immunité endogène acquise.

Existe-t-il encore des processus plus ou moins différents de ceux que nous venons d'étudier, pouvant jouer un rôle dans la genèse de cette immunité endogène acquise? Il le semble bien, surtout depuis que la notion des infections inapparentes est entrée dans la pathologie grâce à Charles Nicolle.

* * *

Les infections inapparentes. — La connaissance des infections inapparentes est née de l'étude du typhus expérimental du cobaye. Cette maladie se traduit chez le cobaye à l'exclusion de tout autre symptôme par une fièvre identique dans son dessin à celle qu'on observe chez l'homme. Or dès le début de ses recherches, Nicolle observa qu'alors que la plupart des cobayes inoculés de virus exanthéma-

(1) Cas des « antiphages » existant antérieurement ou se développant dans un sérum à la suite d'injections de cultures de bactériophages et annihilant plus ou moins complètement leur action. Voir *Presse méd.*, 9 fév. 1929, p. 189 : André RAIGA. Traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage de d'Hérelle (travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière). La présence, dans certains cas, dans l'organisme, de staphylocoques, streptocoques, etc., qui résistent à leur bactériophage spécifique expliquerait l'échec plus ou moins complet, survenu quelquefois, de la thérapeutique bactériophagique.

(2) Dans la thérapeutique par injections de cultures de bactériophages, il importe d'injecter le bactériophage *spécifique* vis à vis du microbe pathogène en cause, et non un autre, sous peine d'essuyer un échec thérapeutique.

(1) La production d'antitoxine par l'organisme sous l'influence de l'injection d'une culture du bactériophage est particulièrement démontrable dans le cas du bacille dysentérique de Shiga (d'Hérelle).

tique présentaient la courbe thermique caractéristique, certains traités exactement de la même manière que les cobayes fébriles ne témoignaient d'aucune fièvre.

L'expérience montra que le sang des cobayes apyrétiques était *virulent*, pendant la période où les cobayes témoins présentaient leur courbe thermique.

De cette constatation, et à la suite d'autres expériences, Nicolle tira sa conception des *infections inapparentes* qui peuvent conférer l'immunité, donnant au sérum du sujet des propriétés préventives mais qui peuvent aussi être contagieuses. Ainsi s'éclairerait le déterminisme encore obscur de certaines épidémies de coqueluche, de rougeole par exemple. L'étude du typhus inapparent conduit à la conception d'un monde d'infections extrêmement bénignes, difficilement reconnaissables.

Elle fait penser, qu'à côté des maladies dont l'ensemble forme la pathologie, il en existe de non soupçonnées ou d'à peine soupçonnées, qui relèvent d'une sous-pathologie, ou presque tout est à découvrir.

L'infection inapparente, dirons-nous, est une maladie aiguë, une septicémie qui a son incubation, son évolution, sa guérison, et qui peut laisser après elle une immunité plus ou moins durable. Elle se distingue de l'infection ordinaire par l'absence de symptômes cliniques. Mais elle se rattache à elle par toutes les formes de gravité intermédiaire, et n'en est que le type le plus réduit.

L'infection inapparente n'a rien à voir, au contraire, avec l'infection latente. L'infection latente est un état subaigu ou chronique, dans lequel le porteur conserve plus ou moins longtemps sans en souffrir le germe d'une maladie dont il a pu souffrir antérieurement, et qui est ou non susceptible de reprendre de la virulence pour le porteur lui-même ou de se transmettre à d'autres individus.

La connaissance de maladies inapparentes pourrait expliquer certaines variations inexpliquables, semble-t-il, de l'immunité au sein d'une même famille, par exemple et certaines contagions.

La notion de maladie inapparente rend d'autre part plus imprécises les limites réciproques de l'immunité acquise et de l'immunité naturelle.

* * *

Telles sont donc les données actuelles des importants problèmes de l'immunité, qui dominent l'étude de la pathologie, problèmes qui comptent parmi les plus complexes de la biologie. Il nous faudrait encore étudier avec détails les phénomènes de l'immunité chez les invertébrés, et exposer les belles recherches que leur ont consacrées Paillot (1) et Cantacuzène (2).

Mais une telle étude mériterait des développements qu'il eut été impossible de lui donner dans un travail *volontairement limité* et embrassant des problèmes déjà très vastes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abrami (P.) et Senevet (J.). Pathogénie de l'accès palustre. La crise hémoclasique initiale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 juin 1919.
2. Arthus (M.). 1° *Précis de physiologie microbienne*, 1921, Masson et Cie; — 2° *De l'Anaphylaxie à l'immunité*, 1921, Masson et Cie.
3. Aubertin. *Le Développement de l'infection bacillaire chez l'homme.*
4. Bachman (A.). Présence de substances spécifiques dans les leucocytes des animaux immunisés, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1919, t. LXXXII.
5. Besredka. *a. Histoire d'une idée. L'œuvre de Metchnikoff*, Masson et Cie; — *b.* Immunité générale par immunisation locale, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 30 juin et 15 juillet 1922; — *c. Immunisation locale. Pansements spécifiques*, Paris 1925, Masson et Cie; — *d. L'Immunité dans les maladies infectieuses*, Paris 1928, Masson et Cie.
6. Blum (L.), Delaville et van Caulaert. 1° Modifications de la composition du plasma sanguin au cours de la maladie du sérum et de l'asthme anaphylactique, *C. R. de la Soc. de biol.*, Strasbourg, 21 nov. 1924, t. XCI, p. 1287 et 1290; — 2° Modifications du sang dans le choc séro-anaphylactique du lapin, *C. R. de la Soc. de biol.*, Strasbourg, 21 nov. 1924, t. XCI, p. 1287 et 1290.

(1) Paillot a insisté sur ce qu'il appelle la *caryocinétose* qu'il a observée chez certains insectes au cours des processus de défense organique; cette réaction qu'il a étudié dans le sang de chenilles de macrolépidoptères à la suite de l'inoculation de certains microbes se manifeste essentiellement par la multiplication anormale des éléments non phagocytants du sang, auxquels il a donné le nom de macronucléocytes. Ce n'est pas à proprement parler une réaction d'immunité, car elle ne concourt pas directement à l'accroissement de résistance de l'individu à l'infection, mais elle fait partie du processus immunitaire. Elle correspond d'ailleurs à des réactions de même ordre observées chez les vertébrés en état d'immunité (fonctionnement anormal des organes hématopoiétiques).

Par ailleurs, Paillot a recherché si le sang de certains invertébrés (larves d'insectes), immunisés contre certains germes, contenait deux éléments analogues à la sensibilisatrice et au complément; en répétant l'expérience fondamentale de Bordet avec des sangs de certaines chenilles immunisées contre des coccobacilles du hanneton, les unes contre le B. melolonthae non liquefaciens ε, les autres contre le B. melolonthae non liquefaciens α, sangs possédant *in vitro* comme *in vivo* des propriétés bactériolytiques vis-à-vis de ces bacilles, il a constaté :

1° Que le chauffage de l'immunsang à 55 degrés ne détruisait pas le pouvoir bactériolytique;

2° Que ce pouvoir disparaissait après chauffage à 72-74 degrés pour le sang des chenilles immunisées contre le bacille ε, et à 74-76 degrés pour le sang des chenilles immunisées contre le bacille α;

3° Que l'action du vieillissement avait pour effet de détruire assez rapidement le pouvoir bactériolytique (après huit-neuf jours l'immunsang avait perdu ses propriétés);

4° Que l'immunsang, ayant *perdu son pouvoir bactériolytique par chauffage ou vieillissement, ne pouvait être réactivé par addition de sang normal.*

Ces constatations ne permettaient donc pas de conclure à l'existence de deux substances dans l'immunsang des espèces de chenilles étudiées.

(2) Cantacuzène, dans ses recherches sur le mécanisme de l'immunité chez les invertébrés (invertébrés marins principalement), a montré qu'en dehors de l'immunité cellulaire et de l'immunité humorale il existait une immunité de contact qui comprend la série des réactions d'immunité s'accomplissant en dehors des cellules, mais à leur contact immédiat.

Il a signalé aussi des faits très curieux concernant l'immunisation de certains vers marins de la classe des géphyriens, les *siponcles* contre un vibrion isolé du liquide cavitaire de l'un de ces invertébrés; il a montré en particulier le rôle très important joué par des éléments spéciaux libres dans le liquide cavitaire : les « urnes ».

7. BORDET. *Traité de l'immunité*, 1920, Masson et Cie.
8. CALMETTE. *L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux*, Paris 1928, Masson et Cie.
9. CANTACUZÈNE. Le problème de l'immunité chez les invertébrés, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1923.
10. COULAUD. Corps thyroïde et tuberculose, *Th. de Paris*, 1922.
11. DALE. *Journ. pharm. experim. therap.*, 1913, p. 192; — Loc. cit., in METALNIKOW. *Presse méd.*, 19 déc. 1928, p. 1615.
12. DELATER. De l'immunisation locale à l'immunité générale, *Presse méd.*, 1924, n° 1, p. 3.
13. DOMAGK (G.). Untersuchungen über die Bedeutung des retikulo-endothelialem systems für die Vernichtung von infektionserregern und für die Entstehung des Amyloids, *Virch. Arch. f. path. Anat. und Physiol. und f. klin. Med.*, Berlin 1924, t. CCLIII, p. 594 et suiv.
14. ENRIQUEZ, LAFITTE, LAUBRY et VINCENT (Clovis). *Nouveau Traité de pathologie interne*, Paris 1926, t. I, Gaston Doin et Cie.
15. FISCORNIA. *Riforma med.*, 1921, p. 196; — Loc. cit., in METALNIKOV.
16. GAULTIER (R.). *Les Opsonines et la thérapeutique opsonisante par les vaccins de Wright*, Paris 1913, J.-B. Baillère et fils.
17. GAY (F.-P.) and CLARK (Ada R.). The reticulo-endothelial system in relation to antibody formation, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1924, t. LXXXIII, p. 1296.
18. HÉRELLE (F. D'). *a. Le Bactériophage. Son rôle dans l'immunité*, Monographies de l'Institut Pasteur, Masson et Cie; — *b. Les Défenses de l'organisme*, Bibliothèque de philosophie scientifique, 1923, E. Flammarion.
19. HUNTOON, MASUCCI and HANNUM. *a Journ. of amer. chem. Soc.*, 1920, t. XLII, p. 2654; — *b. Journ. of immunol.*, 1921, t. VI, p. 185.
20. JAUBERT (A.). L'immunité locale et ses applications, *Th. de Paris*, 1925, Le François.
21. KATSUNUMA (S.) et SUNI (K.). Cellules réticulo-endothéliales et immunité locale, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1924, t. XCI, p. 1401.
22. KOPACKZEWSKI. L'anaphylaxie, *Ann. de méd.*, 1920, t. VII, n° 25, p. 361.
23. LAMBLING. *Biochimie*, Masson et Cie.
24. LIBERT. *Précis de pathologie générale*, Paris 1924, J.-B. Baillière et fils.
25. LUMIÈRE (A.). 1° Etat colloïdal et anaphylaxie, *Journ. méd. franç.*, mars 1922; — 2° *La Vie, la maladie et la mort, phénomènes colloïdaux*, Paris 1928, Masson et Cie.
26. METALNIKOV. 1° L'immunité en tant que réaction de défense, *Presse méd.*, 19 déc. 1928, n° 101, p. 1613; — 2° L'anaphylaxie et l'immunité, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, Paris 1922, t. XXXVI, p. 632-645.
27. METCHNIKOFF. *L'Immunité dans les maladies infectieuses*, Paris 1901.
28. MERKLEN (Pr.) et WOLFF (M.). Le monocyte. Cytologie et histogénèse du mononucléaire granuleux des tissus et du sang, *Ann. d'anat. path.*, juin 1927, t. IV, n° 6.
29. MERKLEN (Pr.). Le système réticulo-endothélial, *Paris méd.*, 28 juillet 1928.
30. NICOLLE (Ch.) et LEBAILLY (Ch.). Les infections expérimentales inapparentes. Exemples tirés du typhus exanthématique, *C. R. de l'Acad. des sciences*, séance du 14 avril 1919.
31. NICOLLE (Ch.). Les infections inapparentes. A propos du typhus exanthématique inapparent, *Presse méd.*, 29 août 1925, n° 69.
32. NICOLLE (M.) et BOQUET (A.). *Eléments de microbiologie générale et d'immunologie*, 1926, 2e édition, G. Doin et Cie.
33. OBERLING (Ch.). Le système réticulo-endothélial, Revue générale, *Ann. d'anat. path.*, janv. 1924, 1re année, n° 1.
34. PAILLOT (A.). Une science nouvelle : L'immunologie comparée, *Revue gén. des sciences*, 30 juillet 1924, 35e année, n° 14, p. 422.
35. PETTERSON. Ueber die Bedeutung der Leucocyten bei der intraper. inf., *Centralbl. f. Bact.*, t. XIII; — Loc. cit., in METALNIKOV.
36. PHISALIX (Mme). *C. R. de l'Acad. des sciences*, 11 et 25 janv. 1926.
37. RAMON (G.). Essais sur l'immunité antitoxique : de l'influence des injections d'antigènes microbiens non spécifiques sur la production des antitoxines, *C. R. de la Soc. de biol.*, 5 janv. 1929.
38. SALIMBENI. Les modifications des globules blancs dans l'immunité acquise, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. XXIII; — Loc. cit., in METALNIKOV.
39. SCHULTZ. *Journ. pharm. experim. thérap.*, 1910; — Loc. cit., in METALNIKOV.
40. TINEL et SANTENOISE. Vago-sympathique et choc anaphylactique, *Journ. méd. franç.*, mars 1922.
41. WELLS (H. Gideon). *Les Aspects chimiques de l'immunité.* Traduit et annoté par le docteur Boez, Paris 1928, Gaston Doin et Cie.
42. WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et BRISSAUD (Et.). *Presse méd.*, 3 avril 1920, n° 19, p. 185.
43. ZOELLER (Chr.). *a.* La notion de la réactivité, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 25 juillet 1925; — *b.* La vaccination contre la diphtérie. Ses conditions biologiques, *Presse méd.*, 19 mai 1926, n° 40, p. 625; — *c.* La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine, *Presse méd.*, 26 mai 1926, n° 42, p. 659; — *d.* Les anatoxines, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 19 et 26 juin 1926, nos 49 et 51.
44. BORREL (A.) 1° Cellules pigmentaires et associations cellulaires, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 7 juin 1913, t. I, p. 1215; — 2° Réseau fondamental pigmentaire chez Alytes obstetricans et apparition de cellules pigmentaires, *C. R. de la Soc. de biol.*, 19 juillet 1913; — 3° Analogie de la formation sous-basale de M. Nageotte et du réseau fondamental pigmentaire, *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 juin 1914.
45. S. NICOLAU et STROÏAN. *C. R. de la Soc. de biol.*, 12 janv. 1929.
46. RAIGA (A.). Traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage de d'Hérelle, *Presse méd.*, 9 fév. 1929.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1929)

M. LE PRÉSIDENT annonce la **mort de M. J. Boussinesq**, membre titulaire dans la section de mécanique depuis 1886. Il rappelle les nombreux travaux de Boussinesq sur l'hydrodynamique et l'hydraulique, enfin sa théorie de la chaleur.

Quelques statistiques sur la mortalité et l'âge d'élection des membres de l'Académie. — M. Charles RICHET, en compulsant l'Annuaire de l'Académie, a fait quelques remarques intéressantes sur les membres élus au XIXe siècle. Il note d'abord l'*âge de l'élection*.

Arago fut élu à vingt-trois ans; Cauchy, à vingt-sept; Gay-Lussac et Geoffroy Saint-Hilaire, à vingt-huit; Pelouze et Regnault, à trente; tandis que Sappey et Chaussier furent élus à soixante-seize ans et L. Tisserand à quatre-vingt et un ans.

Le record de la *durée de la vie* fut battu par Chevreul, mort à cent trois ans, tandis que le physicien Malus mourut à trente-sept ans.

La *durée de la vie académique* trouve encore son recordman

NOUVEAU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET CHRONIQUE

ET DE LA DOULEUR SOUS SES DIVERSES FORMES

PAR LA CRÉSOPIRINE

des Professeurs G. CARRIÈRE et E. GÉRARD

Une nouvelle médication du rhumatisme et de la douleur sous ses diverses formes a fait l'objet d'une Communication des professeurs G. Carrière et E. Gérard, à la Société de thérapeutique de Paris.

Il s'agit de l'acide acétyl ortho-crésotinique, vulgairement dénommé Crésopirine pour appeler sa constitution.

La Crésopirine est un homologue supérieur de l'aspirine ; il présente du fait de constitution moléculaire les mêmes propriétés que l'aspirine et que le salicylate de soude.

Découverte et étudiée au point de vue pharmacodynamique par le professeur E. Gérard, professeur de pharmacologie, elle fut expérimentée, aux points de vue clinique et thérapeutique, dans la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, par le professeur Carrière.

Ces deux auteurs insistent sur le fait que la Crésopirine présente sur le salicylate de soude le plus grand avantage de ne jamais provoquer de phénomènes d'intolérance : bourdonnements d'oreilles, maux de tête, etc..., et sur l'aspirine, celui de ne jamais irriter l'estomac et de provoquer beaucoup moins de transpiration.

Très bien supportée par l'organisme, grâce à son faible coefficient de toxicité, la Crésopirine peut être donnée à des doses élevées pendant un temps assez long, sans aucun inconvénient.

Une médication qui présente les mêmes avantages, sinon supérieure au salicylate de soude et à l'aspirine sans en offrir les mêmes inconvénients, paraît retenir toute l'attention.

Laboratoires STÉNÉ, 4, Place des Vosges, à PARIS (4e)

avec Chevreul, qui siégea soixante-trois ans à l'Institut. Le minéralogiste Munier ne siégea que trois mois.

Sur le pouvoir rotatoire du sérum en fonction de la température. — M. P. Lecomte du Noüy.

L'utilisation des pentoses dans l'organisme animal. — MM. P. Thomas, A. Gradinescu et Mlle R. Imas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MARS 1929)

Abcès aigu du poumon. (*A propos du procès-verbal.*) — MM. Ch. Achard et P. Soulié ont vu, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, après une angine initiale, survenir, avec une invasion aiguë et franche, un abcès du poumon. Dans le pus de la vomique, on trouva, au milieu de microbes variés, des bacilles fusiformes et des spirochètes. En conséquence on traita le malade par l'arsénobenzol. La température tomba, l'expectoration se tarit et l'examen radiologique montra la disparition rapide de la poche pulmonaire.

La phase fermée du début avait duré une semaine, la phase ouverte de vomique deux, et la réparation s'était faite en une autre semaine.

Cette rapidité d'évolution rappelle celle des abcès amibiens traités par l'émétine.

A noter que, malgré les fuso-spirochètes, l'expectoration n'avait jamais été fétide.

— M. Bezançon déclare qu'il est absolument d'accord avec MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky sur l'importance du traitement chirurgical des abcès du poumon. Il pense qu'il y a un grand intérêt à classer les infections pulmonaires et à distinguer les grandes suppurations à pyogènes et les infections putrides.

L'abcès du poumon se forme comme l'abcès du tissu cellulaire, il peut évoluer de même, s'ouvrir et se terminer par une vomique. Mais il vaut mieux ne pas attendre l'évolution naturelle et quand l'abcès est très grand il faut intervenir.

Dans les suppurations gangréneuses il n'y a pas d'abcès circonscrit, il y a des lésions étendues et des formes diffuses. Dans ces formes, l'emploi des arsenicaux reste indiqué.

Pour l'intervention M. Bezançon préfère l'opération en deux temps.

Notices. — M. Gosset lit une notice nécrologique sur Jacques Reverdin (de Genève).

M. de Lapersonne rappelle la vie et les travaux de H. Truc (de Montpellier).

Hygiène de l'enfance. — L'Académie vote les vœux proposés par M. Lesage au nom de la commission :

« L'Académie de médecine :

1° Constatant que la presque totalité des rapports de l'exercice 1927 ont été adressés, félicite MM. les inspecteurs départementaux, et émet le vœu que désormais *tous* les rapports soient envoyés avant le 1er mars pour que le rapport général puisse être déposé en octobre;

2° Constatant :

a. Que la mère doit quitter le moins possible le foyer familial;

b. Qu'elle ne doit pas se séparer de son enfant;

c. Qu'elle doit le nourrir, si sa santé le permet;

d. Que la débilité congénitale, la séparation de l'enfant de sa mère et les voyages pendant le premier mois sont la cause primordiale de la mortalité de l'enfant du premier âge;

Prie M. le ministre de l'Hygiène :

1° D'encourager la mère privée de ressources suffisantes :

a. A faire la déclaration de grossesse dès le cinquième mois;

b. A se faire examiner tous les mois par un médecin ou à suivre une consultation maternelle où elle sera conseillée et soignée s'il y a lieu;

c. A se reposer pendant le huitième et le neuvième mois;

2° De donner l'allocation actuelle dès le cinquième mois. Chaque allocation mensuelle impliquant la remise d'un certificat constatant que la mère a été conseillée et soignée;

3° De considérer que dans les allocations allouées à la future mère et à la mère nourrice (celle-ci restant chez elle pendant tout le cycle de la maternité), il y a lieu de prendre comme base une indemnité journalière suffisante pour que la mère n'ait aucun profit à quitter le foyer familial;

4° D'offrir aux futures mères et aux mères nourrices qui n'ont pas de foyer familial un nombre suffisant de lits dans les maisons maternelles, où la mère peut se reposer, puis nourrir et soigner son enfant. »

« L'Académie de médecine :

I. Prie M. le ministre de faire tous ses efforts :

Pour hâter la revision de la loi Roussel en tenant compte des suggestions diverses émises et en prévoyant la coordination des œuvres publiques et privées en centres d'hygiène maternelle et infantile où le médecin sera aidé par les sages-femmes et les infirmières visiteuses.

II. Prie M. le ministre de vouloir bien demander à MM. les inspecteurs départementaux :

a. D'apporter plus de précision dans leurs rapports annuels et de bien séparer les enfants assistés des enfants protégés non assistés;

b. D'envoyer à la statistique générale de France la fiche de première année dès le mois de janvier et avant le 1er mars et d'y joindre les fiches spéciales aux Enfants-Assistés (actuellement la statistique des enfants protégés ne comprend pas les enfants assistés);

c. Que le tableau Jules Renault soit continué pour les enfants protégés non assistés, et qu'il en soit fait un pour les enfants assistés.

III. Prie M. le ministre :

a. De demander à MM. les inspecteurs de transmettre à l'Académie *tous* les rapports médicaux et la liste des médecins (avec la date de nomination);

b. De n'admettre *dorénavant* comme médecins inspecteurs que des docteurs en médecine possédant un diplôme de puériculture;

c. De hâter l'application de la loi Roussel à l'Algérie. »

L'article II est renvoyé à l'examen de la commission sur la proposition de M. Marfan.

Les autres articles sont adoptés à l'unanimité.

Sur quelques cas d'hémiplégie infantile. — M. L. Babonneix décrit un certain nombre d'hémiplégies infantiles dans lesquelles existait quelque particularité d'ordre moteur : début par ictus; épilepsie bravais-jacksonnienne s'annonçant par une aura visuelle; hémiparaplégie; mouvements involontaires spéciaux; — réflexe : signe de Babinski spontané du côté de l'hémiplégie; atonie localisée ou généralisée; torticolis spasmodique; — sensitif : astéréognosie de la main; — sensoriel : hémianopsie, signe d'Argyll-Robertson, kératite interstitielle, atrophie optique, microphtalmie, cataracte double; — viscéral : hypertrophie homolatérale du sein. Il étudie ensuite les maladies associées : troubles du métabolisme : infantilisme, obésité, diabète insipide; — myopathie; — malformations cardiaques; — nœvi pigmentaires; — phénomènes d'hypertension intracranienne; — stigmates liés à l'hérédo-syphilis. De cette énumération, que conclure, si ce n'est que : 1° les lésions de l'hémiplégie infantile sont infiniment moins localisées qu'on ne le croyait jadis; 2° qu'elles sont de nature très variée; 3° que l'hérédo-syphilis est peut-être de toutes les causes signalées par les auteurs, la plus importante.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons: Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS : FAIBLESSE GÉNÉRALE, LYMPHATISME, SCROFULE - ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, CONVALESCENCES DIFFICILES, TUBERCULOSE, BRONCHITES, ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). Injecter une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours. INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour. Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR ; par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la Tuberculose dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques ; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROÏDINE 0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème ; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

L'œuvre éducative accomplie par le comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale. — Mme MONTREUIL-STRAUS.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la deuxième division (chirurgie).

Classement des candidats : en première ligne : MM. Navarro (de Montevidéo) et Saint-Clair-Thomson (de Londres); en seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Blanco-Acevedo (de Montevidéo), Garce (de Buenos-Aires), Buerger (de New-York), Daniel (de Bucarest), Francisco Dominguez (de la Havane), Gibson (de New-Zork).

M. Navarro, doyen de la Faculté de médecine de Montevidéo, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), et M. Saint-Clair Thomson, l'éminent chirurgien (de Londres) sont élus au premier tour de scrutin.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SERVICE MÉDICAL D'UNE ŒUVRE D'ASSISTANCE AUX BLESSÉS DE GUERRE. FICHES ÉTABLIES PAR LE MÉDECIN. PROPRIÉTÉ

Une question très importante vient d'être résolue par le Tribunal civil de la Seine, dans un jugement du 5 décembre 1928, en ce qui concerne les fiches médicales d'observations établies et rédigées par un médecin. Nous allons l'exposer, faire connaître la solution intervenue et présenter quelques remarques.

Une œuvre d'assistance, en l'espèce l'Assistance aux blessés nerveux de la guerre, a le désir de créer une maison de triage et de rééducation avec un service médical. Ce service médical devait consister essentiellement dans l'examen à l'arrivée des blessés pour savoir s'ils rentraient dans les catégories dont il y avait lieu de se préoccuper; des visites devaient en outre être faites pour suivre les blessés dans les centres créés et voir s'ils étaient susceptibles de reprendre une vie active ou s'ils étaient justiciables de l'asile.

Sur la sollicitation dont il fut l'objet, un médecin, le docteur W..., accepta de remplir les fonctions ainsi précisées. Une lettre lui fut adressée qui déterminait les conditions du service, mais ne contenait aucune obligation sur l'établissement de fiches ou observations à consigner, quelles qu'elles fussent. Une rémunération peu élevée lui était accordée : elle avait le caractère d'une indemnité destinée surtout à le rémunérer de ses frais.

Lorsque le médecin prit possession de ses fonctions, il n'existait que des fiches signalétiques concernant chaque blessé. L'œuvre comprenait trois établissements : l'un, à Paris, était un dispensaire où on n'hospitalisait pas; les deux autres, aux environs de Paris, comprenaient des locaux où on hospitalisait.

Le médecin organisa son service : aux établissements d'hospitalisation, il institua, d'accord avec le secrétaire de l'œuvre, quatre cahiers : 1° *un cahier-journal d'infirmerie*, où l'infirmière relatait quotidiennement les incidents d'ordre médical pouvant se produire; 2° *un cahier de visites*, où elle notait à chaque consultation les prescriptions du médecin; 3° *un cahier de médicaments*, où elle inscrivait nominalement pour chaque malade les médicaments à lui livrer chaque jour; 4° enfin *un cahier dit de secours*. Grâce à ces cahiers, l'œuvre pouvait suivre les malades et possédait toutes les indications utiles sur les soins et le traitement à donner à ceux-ci.

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSÉ, Pharmacien,
15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

CURES DE LACTO-SÉRUM

« GALAZÈNE »

Grande Cure : 3 FLACONS dans la matinée pendant DIX JOURS.

Cure de Régime : 1 FLACON à jeun pendant UN MOIS.

Le Lacto-Sérum « GALAZÈNE »

STIMULE LES PARENCHYMES

ACCROIT LES ÉLIMINATIONS

ASSAINIT L'ORGANISME

Pour la DIÈTE et les RÉGIMES

Lait-Allégé « DIETICUS »

UN FLACON pour une JOURNÉE DE DIÈTE.

« BRÉVANYL » Purgatif Lacté

5 CACHETS pour une GRANDE PURGATION
1 CACHET à jeun comme LAXATIF

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.
15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

Au dispensaire, étaient dressées uniquement des fiches signalétiques où étaient notées toutes les visites du malade et tout ce qui en était résulté.

En outre, copie des certificats délivrés était conservée.

Ces cahiers et fiches signalétiques, les copies des certificats étaient la propriété de l'œuvre; ils en permettaient le fonctionnement, à quelque point de vue qu'on pût se placer; ils constituaient, à proprement parler, les « Archives médicales de l'œuvre » où tous renseignements pouvaient être puisés utilement.

En dehors de ces cahiers et fiches, le docteur W... prit des *observations* en vue de ses travaux scientifiques personnels et aussi en vue des cours qu'il faisait. Ces observations étaient écrites sur des fiches, soit par lui-même, soit, sous sa dictée, par une bénévole; l'écriture était difficile, parfois même impossible à lire; les fiches étaient pleines d'abréviations et de signes propres, incontestablement inutilisables pour l'œuvre; elles contenaient des détails et des annotations sans intérêt pour celle-ci, n'ayant de sens que pour le docteur W... qui, par exemple, posant des questions, notait les fautes de syntaxe, les mots impropres employés par le malade, son attitude au cours de ses réponses. Ces observations étaient de nature à réaliser un travail personnel considérable, de longue haleine, profitant à la collectivité : c'était le groupement et la comparaison de toutes les observations faites qui donnaient la possibilité ensuite de formuler des conclusions, des enseignements, permettant de trouver, sinon la guérison, pour le moins une amélioration de l'état mental lamentable de la personne observée. Si l'on veut une comparaison, chaque observation était comme une pierre extraite par l'auteur et taillée en vue de la construction d'un édifice.

Médecins et savants prennent des observations de cette nature et les consignent sur des fiches qui sont l'objet de comparaisons, de réflexions. Elles doivent être leur propriété, semble-t-il; dans des avis sollicités par l'œuvre, certains avaient répondu que de telles fiches étaient la propriété du dispensaire, d'autres la propriété du malade.

Quel est le motif qui peut conduire à dire que le médecin est propriétaire de la fiche contenant une observation personnelle, en dehors des fiches signalétiques, propriétés de l'œuvre? Le motif est que, les notes, les observations dont il s'agit, ne sont véritablement comprises que par celui qui les a écrites ou fait écrire par un secrétaire : lui seul peut soumettre ces notes, ces observations, le plus souvent prises à la hâte, à la volée peut-on dire, à une première critique nécessaire; lui seul peut savoir ce qui est à son avis suffisamment établi pour être conservé. Or, il s'agit d'*originaux* contenant des observations personnelles et médicales. Sans doute, le médecin peut devoir à son successeur tous les renseignements nécessaires sur ce qu'il a vu de fondamental dans la marche, l'étiologie, le diagnostic de la maladie, c'est-à-dire l'ossature d'une fiche clinique; mais il doit demeurer libre de garder pour lui-même le résultat des recherches scientifiques qu'il a faites ou fait faire à propos des malades examinés, alors surtout dans le cas où les observations sont prises au vu et au su de l'administration qui a laissé faire pendant un très long temps, sans prétendre exercer aucun droit de propriété sur les fiches d'observations personnelles.

Le Tribunal civil de la Seine n'a pas été de cette opinion.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Physiologie des nerfs craniens et de l'innervation sympathique de la tête, par le docteur DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. In-8 raisin de 68 pages. — Prix : 8 fr. — V. Chicandre, 49, rue Bersot, Besançon.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE

Le Ier Congrès international de microbiologie, organisé par la Société internationale de microbiologie, se tiendra à Paris, à l'Institut Pasteur, du 7 au 12 octobre 1929, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Roux et sous la présidence de M. le professeur Bordet; M. le professeur Kraus (de Vienne), secrétaire général.

Rapports :

La scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique). — Rapporteurs : MM. Dochez, Cantacuzène, Zlatogoroff, Friedemann, Debré.

Fièvre ondulante et avortement épizootique. — Rapporteurs : MM. Wright, M. Kristensen, Burnet, Rinjard.

Variété microbienne, phénomènes lytiques. — Rapporteurs : MM. Bordet, Max Neisser.

Pathogénie du choléra. — Rapporteurs : MM. Sanarelli, Kabeshima.

Etiologie de la grippe. — Rapporteur : M. R. Pfeiffer.

Culture des tissus. — Rapporteur : M. Carrel.

La décomposition du squelette végétal dans le sol et la formation de la matière humique. — Rapporteur : M. Winogradsky.

Conférences : la vaccination antituberculeuse (professeur Calmette); la vaccination antidiphtérique (professeur Ramon); syphilis expérimentale et immunité (professeur Kolle); les lipoïdes (professeur S. Belfanti); immunité chez les plantes (professeur Carbone). Deux conférences sont, en outre, réservées à des bactériologistes américains.

Conférences avec démonstrations pratiques : sur les cultures des tissus et des tumeurs (professeurs Borrel, A. Fisher, Canti); sur des sujets de parasitologie (professeurs Brumpt, Fülleborn, Mesnil, Nuttall).

Au cours de ce Congrès, un projet de statuts de la Société internationale de microbiologie sera présenté et mis aux voix.

Inscription : M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Cotisation : 100 fr.

Renseignements : M. Dujarric de la Rivière, secrétaire général, Institut Pasteur, Paris.

VIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE (BRUXELLES, 3, 4 et 5 octobre 1929), sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges.

Le bureau de ce Congrès est composé comme suit : MM. A. Weymeersch, président; Maurice Brouha, vice-président; Hippolyte Nisot-Wuyts, trésorier; Max Cheval, secrétaire général; Paul Nisot, secrétaire adjoint.

Rapports :

1. *Des rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital chez la femme.* — Rapporteurs : pour la partie physiologique, M. Lucien Brouha (de Liége); pour la partie clinique, M. J.-L. Wodon (de Bruxelles).

2. *La myomectomie au cours et en dehors de la grossesse.* — Rapporteurs : MM. Mériel et Baillet (de Toulouse), M. Brindeau (de Paris).

3. *Indications et techniques de la stérilisation chez la femme.* — Rapporteurs : pour les indications, M. Muret (de Lausanne); pour les procédés, M. Laffont (d'Alger).

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Max Cheval, secrétaire général, 16, rue Alphonse Hottat, à Bruxelles.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76
R C., 133, Aubenas.


Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134.569


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano PARIS

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Florence a une nuit de Nice. — Depuis le 1er février, un service de wagons-lits fonctionne entre Nice et Florence avec wagon-restaurant à l'aller de Vintimille à Gênes.

Départ de Nice à 15 h. 15. Arrivée à Florence à 6 h. 45.

En sens inverse, départ de Florence à 0 h. 10. Arrivée à Nice à 13 h. 49.

LABORATOIRES CARTERET

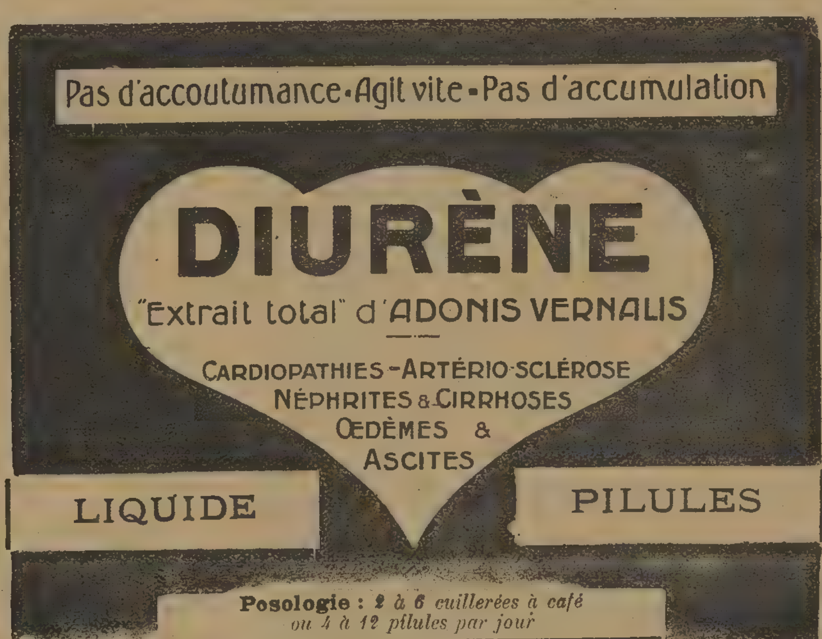
Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

<u>*tous les principes actifs*</u>

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mars. — MM. Aurousseau, 4; Meillère, Bernard et Gaume, 8.

Sont déclarés admissibles : MM. Leibovici, 55; Ameline, 54; Bernard et Meillère, 52; Chabrut, 49; Reinhold, 47.

Les autres candidats ont obtenu les notes suivantes :

MM. Welti, 47; Chevallier, 46; Aurousseau, Chastang et Fèvre, 44; Brouet, 43; Gérard-Marchant, 42; Gaume, Gueullette et Raiga, 41.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de chimie minérale de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 9 mars 1929.)

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Sir Berkeley George Moynihan, le grand chirurgien anglais, vient d'être créé lord.

La *Presse médicale*, en annonçant cette nouvelle, rappelle que c'est le troisième médecin qui reçoit ce titre. Les deux premiers furent Joseph Lister et lord Dawson of Penn, le médecin actuel du roi.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 5e décade (11-20 février 1929), 2.765 décès totaux, dont 2.390 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 2.256 pendant la décade précédente et de 1.267, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 375 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 13, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 25).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 132; il s'élevait à 115 pendant la décade précédente (moyenne 88).

La diphtérie a causé 14 décès, au lieu de 16 pendant la décade précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 123, au lieu de 87 pendant la décade précédente (moyenne 96).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 751 décès, au lieu de 724 pendant la décade précédente, et au lieu de 228, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 207 décès ont été attribués à la grippe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nicolas Rossolimos et Laurent Audibert (de Marseille), Raphaël Dubois (de Tamaris-sur-Mer), John Ferguson Mc Fadyen (de Govan), William Mac Knight Wilson et George Herbert Clark (de Glasgow); César Tournier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon; Félix Pinard (de la Cluse, près Nantua); Arthur Bruylants (de Bruxelles); Jules Rouvier, professeur honoraire à la Faculté de médecine d'Alger; Max Puyberneau, médecin-major des troupes coloniales en retraite, à Paris; Planel (de Saillans, Drôme); le professeur Domenico Barduzzi, recteur de l'Université de Sienne, doyen des hydrologues italiens.

SOIRÉE ARTISTIQUE DES LABORATOIRES DAUSSE. — Les laboratoires Dausse ont donné le samedi 23 février, à la salle Pleyel, 252, rue du Faubourg Saint-Honoré, une représentation théâtrale avec le concours de Mmes Madeleine Renaud et Marie Bell, sociétaires, Mlle Perdrillère, MM. Bertin et Ledoux de la Comédie française.

Au programme : *Il était une bergère*, comédie en un acte d'André Rivoire; puis le chansonnier montmartrois Mauricet

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

qui interpréta quelques-unes de ses œuvres avec beaucoup de succès; enfin Keroubinos, fantaisie en un acte de Gabriel Segond.

Au cours de la soirée il a été donné un film inédit des laboratoires Dausse dans la région d'Estampes, film donnant toute la filière du *Sérodausse antitoxisényl*, du *Sérodausse ovarien* et de l'*Hémogénol*.

Le succès de cette soirée a dépassé toutes les espérances à tous les points de vue. Tout le Corps médical parisien avait été invité et malgré les 2.700 places de la salle Pleyel, les laboratoires Dausse ont dû faire une deuxième séance, aussi réussie, le mercredi 27 février et en feront une troisième le mercredi 13 mars.

Nous invitons les retardataires à demander les carte pour la troisième et dernière séance du 14 mars au laboratoire Dausse, 4, rue Aubiot, Paris (IVe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (Pâques 1929, 3-13 avril). — *Mercredi 3 avril.* — 15 h. : professeur Nobécourt. Ouverture du cours; — 10 h. 30 : M. Boulanger-Pilet. Notions nouvelles sur la diphtérie; — 16 h. : M. René Martin. L'anaphylaxie en pédiatrie; — 17 h. : M. Jean Hutinel. Abcès du poumon.

Jeudi 4 avril. — 10 h. 30 : M. Bidot. Urologie clinique; — 16 h. : M. René Martin. Broncho-pneumonie et traitement; — 17 h. : M. Jean Hutinel. Méningite cérébro-spinale.

Vendredi 5 avril. — 10 h. 30 : M. Bidot. Coprologie clinique; — 16 h. : M. Boulanger-Pilet. Syndromes hypophysaires; — 17 h. : M. Janet. Le diabète sucré.

Samedi 6 avril. — 10 h. 30 : M. Léon Tixier. Hérédo-syphilis; — 16 h. : M. René Martin. Les anatoxines; — 17 h. : M. Lebée. Néphrites de l'enfance.

Lundi 8 avril. — 10 h. 30 : M. Léon Tixier. Hérédo-syphilis; — 16 h. : M. Pichon. Rhumatisme cardiaque; — 17 h. : M. Nadal. Asthme infantile.

Mardi 9 avril. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiologie (1re leçon); — 16 h. : M. Janet. Syndromes thyroïdiens; — 17 h. : M. René Mathieu. Prurigo et eczéma.

Mercredi 10 avril. — 10 h. 30 : M. Léon Tixier. Rachitisme et rayons ultraviolets; — 16 h. : M. Paraf. La rougeole; — 17 h. : M. René Mathieu. Les colites.

Jeudi 11 avril. — 10 h. 30 : M. Prétet. Septicémies de l'enfance; — 16 h. : M. Janet. Vomissements cycliques ; — 17 h. : M. Babonneix. Les poliomyélites.

Vendredi 12 avril. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiologie (2e leçon); — 16 h. : M. Paraf. La scarlatine; — 17 h. : M. Babonneix. Encéphalopathies et mongolisme.

Samedi 13 avril. — 10 h. 30 : professeur Nobécourt. Cours; — 16 h. : M. Pichon. Acrodynie ; — 17 h. : M. Babonneix. Hérédo-syphilis nerveuse.

Professeur Nobécourt : Conférence clinique à 9 h.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours de vacances de Pâques*, du 21 au 28 mars 1929, pour les médecins français et étrangers, sous la direction du professeur Paul Carnot, du professeur Maurice Villaret et du professeur agrégé Etienne Chabrol. — *Les données nouvelles de clinique et de thérapeutique tirées du sang.* — A la demande des auditeurs et pour condenser le cours dans le minimum de temps, les 28 leçons seront faites en une semaine et auront lieu quatre fois par jour; elles seront suivies de démonstrations techniques et de présentations de malades, à l'amphithéâtre Trousseau, aux laboratoires Dieulafoy, à la Policlinique phisiothérapique Gilbert.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT). — Le cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical sera donné du lundi 22 avril au samedi 27 avril inclus.

Les affiches ultérieures donneront le programme complet.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 14 mars. — Jury : MM. Bezançon, président; J.-L. Faure, Lecène et Gougerot. — M. BAYSSAT. Un cas d'acrocéphalo-syndactylie. — M. LAPEYRE. Les cellulites ligneuses cervico-faciales. — M. CARTEAUD. Papillomatose confluente.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR EN MÉDECINE, jeune, demande place assistant dans clinique ou auprès d'un médecin. — Ecrire docteur R. C... aux bureaux du Journal.

MÉDECIN DEMANDÉ PAR LA COMPAGNIE COTONNIÈRE DES NOUVELLES-HÉBRIDES. — Un médecin français titulaire du diplôme d'Etat français de doctorat en médecine est demandé par la Compagnie cotonnière des Nouvelles-Hébrides.

Situation : 70.000 fr. environ, dont 45.000 fr. payés par la Compagnie, 15.000 fr. par le budget français des Nouvelles-Hébrides.

Contrat de trois ans, à l'expiration duquel un congé de six mois en France est octroyé, avec attribution d'une solde basée sur le pied de 45.000 fr., l'an. Passage aller et retour gratuit en 1re classe.

Au cours du contrat, permission annuelle d'un mois à passer à Nouméa (Nouvelle-Calédonie).

La Compagnie assure le logement, l'ameublement, le linge de table et de maison, l'éclairage, les soins médicaux et pharmaceutiques, un domestique pour le médecin célibataire et deux pour un ménage.

En outre, une ration journalière comprenant une grande partie des denrées nécessaires à l'alimentation est délivrée gratuitement.

Tous senseignements utiles seront fournis au Siège social de la Compagnie cotonnière, 8, rue Rossini, Paris.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

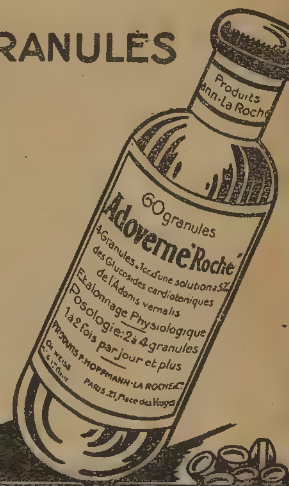
ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée

GOUTTES



GRANULES



Propriétés { Cardiotonique, Diurétique, Eupnéique, Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

AIX-LES-BAINS

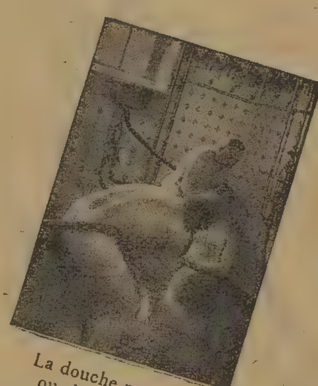
LA VILLE D'EAUX DES RHUMATISANTS

au bord du lac du Bourget
centre unique d'excursions dans les Alpes de Savoie



Le bain de vapeur naturelle Bertholet

Messieurs les membres du Corps Médical français et étranger sont invités à honorer Aix-les-Bains de leur visite.



La douche massage ou douche d'Aix

EAUX SULFUREUSES
CHAUDES-46°

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Brochures illustrées et renseignements sur les avantages spéciaux réservés au Corps Médical envoyés gratuitement sur demande adressée au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE :
Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3°). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3°).

R C. : Seine 5.386

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

SÉRODAUSSE

SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4° -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE · AMENORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

LA RADIOTHÉRAPIE

DANS

LA MALADIE DE RAYNAUD

PAR

MONIER-VINARD
Médecin de l'hôpital A. Paré.

L. DELHERM
Chef du service d'électro-radiologie de la Pitié.

HENRI BEAU
Assistant du service d'électro-radiologie de la Pitié.

M. Raynaud a décrit, en 1862, sous le nom de gangrène symétrique des extrémités, un syndrome vasculaire se présentant sous l'aspect de crises paroxystiques à double forme, la syncope locale et l'asphyxie locale, et aboutissant dans un assez grand nombre de cas à la gangrène sèche de tout ou partie des territoires qui en sont le siège (doigts, orteils, pavillon de l'oreille, lobule du nez).

L'accès de syncope locale se caractérise par la pâleur livide avec refroidissement des téguments. La peau est froide, sèche, exceptionnellement il se produit une sueur visqueuse aux pulpes digitales (Achard et L. Lévi). Le malade accuse une très pénible sensation d'engourdissement; les mouvements de l'article (doigts, orteils) sont difficiles. On constate que les diverses formes de la sensibilité objective sont affaiblies ou abolies dans tout le territoire ischémique; le degré d'obtusion de la sensibilité étant proportionnel à l'intensité de la crise. Cet état peut durer de quelques secondes à quelques heures, une désagréable sensation d'onglée accompagne le rétablissement circulatoire, et dans la forme à la fois la plus simple et la plus commune de l'accès, rien d'anormal ne subsiste dans le territoire qui en fut le siège.

L'accès d'asphyxie peut se produire tantôt sous la forme pure, tantôt associé à l'accès syncopal. L'aspect est caractéristique; les segments atteints deviennent bleuâtres puis progressivement violacés et noirâtres, la température locale est abaissée, il existe une désagréable sensation de gonflement avec engourdissement, la sensibilité objective est perturbée comme dans l'accès syncopal.

La gangrène est l'aboutissant de l'un ou de l'autre des troubles vasculaires précédents quand ceux-ci ont une intensité et surtout une répétition assez fréquente pour que la nutrition des tissus soit altérée. Sa manifestation la plus légère consiste dans l'apparition d'une phlyctène de l'extrémité du doigt, cette phlyctène s'ouvre et donne lieu à une ulcération dont la cicatrisation se fait très lentement. D'autre fois, le sphacèle intéresse une large étendue de l'extrémité du doigt et des orteils, il peut aboutir à la perte d'une ou de plusieurs phalanges.

L'évolution générale se poursuit le plus souvent en plusieurs mois ou années, la stade de gangrène n'est pas l'aboutissant fatal des crises du syncope ou d'asphyxie, mais il est assez rapidement atteint si les crises sont violentes et subintrantes.

D'une façon à peu près constante, les manifestations de la maladie de Raynaud sont *symétriques*.

Il est assez commun que d'autres troubles locaux se surajoutent au syndrome de Raynaud; ce sont les *formes associées* : ainsi *l'érythromélalgie* et la *sclérodermie*, peuvent s'adjoindre et se superposer aux manifestations d'asphyxie ou de syncope.

Les conditions générales d'apparition de la maladie de Raynaud sont les suivantes : le sexe féminin est atteint dans la proportion de 4/5. L'âge du début des manifestations est entre vingt et trente ans, mais il peut être souvent plus tardif, et quelquefois aussi beaucoup plus précoce (Friedel, Touchard) soixante ans (Rénon).

Si on se rapporte aux nombreuses observations publiées, on trouve des causes aussi nombreuses que disparates. La syphilis, naturellement, a été particulièrement invoquée, et l'influence de son rôle a pu être étayé par l'effet heureux, en certains cas, mais non dans tous, de la thérapeutique antispécifique.

Puis on a invoqué encore le paludisme, la tuberculose, l'alcoolisme, le saturnisme, le morphinisme, les troubles de la fonction des glandes à sécrétion interne. On a noté encore l'association avec le tabes, la syringomyélie, l'épilepsie, la démence précoce.

Depuis longtemps, deux *théories pathogéniques* s'opposent l'une à l'autre : celle des lésions vasculaires, celle de l'origine nerveuse.

La *théorie vasculaire* s'appuie sur des constatations anatomiques de lésions vasculaires. Mais si celles-ci sont indéniables et d'ailleurs nécessaires dans la forme gangréneuse, elles expliquent mal l'espacement parfois considérable des accès de syncope ou d'asphyxie et l'intégrité absolue du régime circulatoire artériel et capillaire dans l'intervalle des accès.

La *théorie nerveuse* était déjà soutenue par M. Raynaud qui se basait pour l'admettre sur le fait de la symétrie quasi-constante des manifestations. A son appui sont venus les faits où la maladie de Raynaud coexistait avec une affection nerveuse évidente telle que le tabes, la syringomyélie ou la sclérose en plaques. D'autre part, Levandowski et Staemmler ont décrit des altérations des ganglions sympathiques cervicaux.

Pour notre part, nous avons constamment observé chez nos malades atteints de maladie de Raynaud des manifestations nerveuses objectives dont la constatation nous a conduit à penser que l'interprétation pathogénique de Raynaud avait une valeur réelle. C'est ainsi qu'il est fréquent d'observer chez ces malades, tantôt une asymétrie dans l'état des réflexes tendineux, tantôt une amyotrophie portant assez souvent sur certains muscles de la ceinture scapulaire, tantôt une scoliose, tantôt une absence ou une asymétrie du réflexe pilo moteur ou encore une modification départementale de la sécrétion sudorale provoquée par la pilocarpine.

Et nous pensons, en somme, que sous l'influence d'une des nombreuses causes étiologiques énumérées par les auteurs, il se produit des altérations nerveuses, tantôt manifestes (tabes, syringomyélie, etc.), auxquelles s'ajoute en quelque sorte accessoirement, le syndrome de Raynaud, tantôt discrètes auquel cas le trouble vaso-moteur est le phénomène dominant le tableau clinique, tandis que coexistent des manifestations nerveuses suggestives mais infiniment plus discrètes, et qu'il faut chercher

systématiquement pour les mettre en évidence, car elles sont loin de s'imposer à l'attention du malade et de l'observateur. La diversité même de ces manifestations cliniques connexes montre qu'il ne saurait s'agir d'une lésion en foyer à siège toujours le même mais cette diversité amène à concevoir qu'il s'agit vraisemblablement d'une atteinte d'un appareil nerveux à fonction vaso-motrice systématisée. L'atteinte du sympathique peut, suivant les cas, se produire, soit sur la chaîne ganglio-sympathique cervico dorsale ou lombaire, soit au niveau des rameaux communicants, soit enfin au niveau des cellules spinales du tractus intermediolateralis de la moelle qui représentent le centre spinal du système sympathique.

Ces constatations objectives faites chez nos malades et les déductions pathogéniques que nous en avons tirées nous ont conduit à concevoir un système de traitement radiothérapique dont nous allons exposer les heureux résultats.

Mais nous nous empresserons de dire que cette thérapeuthique ne doit pas être employée d'une façon aveugle ni étroitement exclusive. Si l'enquête étiologique établit une présomption d'infection syphilitique, nous estimons que le premier devoir est de recourir à la médication de cette affection, de même que si on trouve une intoxication par le plomb ou la morphine, il convient avant tout d'y mettre un terme.

D'autre part, vis-à-vis des accidents eux-mêmes, on prescrira d'éviter l'exposition au froid qui agit souvent comme provocateur des accès; on fera des applications de chaleur sous toutes ses formes pour provoquer la vaso-dilatation : air chaud ou mieux rayons infra-rouges ou bains de lumière qui agissent plus profondément. Surtout applications locales de courants de haute fréquence de quantité, sous forme de diathermie qui agit à la fois en réchauffant la totalité des tissus traversés par le courant et par l'effet propre, antispasmodique des courants de haute fréquence. Nous y ajoutons volontiers les applications générales des courants de Darsonval sous forme de lit condensateur.

Enfin, si la gangrène est imminente du fait des crises violentes ou rapprochées, on utilisera avec succès l'acétylcholine qui en agissant activement, quoique d'une façon momentanée sur le spasme vasculaire, pourra enrayer le développement du sphacèle.

En dehors donc des données particulières de traitement dictées par l'étiologie, et mise à part la thérapeutique vaso-motrice imposée par l'imminence du sphacèle, nous proposons d'influencer par une thérapeutique radiothérapique le dérèglement de l'appareil vaso-moteur prenant pour point de départ de ce mode de traitement la notion que le syndrome de Raynaud est dû à une altération ou à une perturbation de l'appareil sympathique, soit dans ses centres d'origine, soit dans ses tractus périphériques (1).

(1) En 1914, Newcomet a obtenu deux succès par la radiothérapie, malheureusement dans son article il ne donne aucun renseignement technique, et nous ne savons pas s'il a employé la radiothérapie locale ou la radiothérapie indirecte sympathique (*Amer. Journ. of Röntg.*, janv. 1914, vol. I, p. 153, et *Journ. de radiol.*, vol. I, p. 294).

Selon Guilleminot (*Electrologie et radiologie*, 1922, p. 470), Barcat aurait recommandé les rayons X ou le radium dans la maladie de Raynaud, mais nous pensons qu'il s'agissait d'applications locales.

Technique. — Lorsque les accidents siègent aux membres supérieurs, nous irradions la colonne cervico-dorsale jusqu'à D_2, de façon à atteindre le renflement cervical de la moelle et en même temps le ganglion sympathique cervical inférieur, situé comme on le sait entre l'apophyse transverse de C_7 et le col de la Ire côte. S'il s'agit du visage (nez, oreilles), nous cherchons aussi à atteindre le renflement cervical et le ganglion sympathique inférieur. Lorsque l'affection atteint les orteils, nous irradions la colonne dorsale inférieure et lombaire pour atteindre le renflement lombaire de D_{10} à L_2 et les ganglions paravertébraux le long de la colonne lombaire. Nous faisons un champ de chaque côté. E E = 25cm. Dist. antic-peau = 25cm. Al = 5mm. 400 R. par séance, 3 séances par semaine, 1.200 à 1.600 R. par porte pour chaque série d'irradiations avec un repos d'au moins trois semaines entre chaque série d'irradiations. On pourrait aussi faire des irradiations complémentaires par portes d'entrée antérieures (1).

Documents d'observation clinique. — OBS. I. — Mme Fle..., quarante-sept ans. A la suite d'une grippe en 1918, ses règles n'ont pas reparu pendant six mois. Depuis ce temps là ses mains deviennent violacées au froid. Depuis 1925, douleurs des extrémités des mains et des pieds. Sclérodermie surtout aux mains et au visage. Ebauches d'ulcérations aux 2 médius et aux 2 annulaires. En novembre 1926, nous la soumettons à la radiothérapie. Après 1.200 R. de chaque côté sur la région cervico-dorsale (6 séances en quinze jours), la peau des mains est déjà plus souple. On continue le traitement radiothérapique. Irradiation par feux croisés. A la date du 1er mai 1927, la région cervico-dorsale a reçu 4.000 R. de chaque côté et la région dorso-lombaire 2.400 de chaque côté (38 séances au total) : la peau du visage est bien moins épaisse on peut maintenant la pincer entre les doigts; elle n'a plus de sensation d'enflure du visage A la paume des mains, la sclérodermie a regressé nettement, aussi la malade peut coudre plus facilement et rompre son pain avec les doigts ou couper sa viande avec son couteau, ce qu'elle ne faisait pas au début. Les doigts sont moins souvent cyanosés et moins souvent douloureux. Le 13 décembre, la malade a été bien portante jusqu'à l'entrée de l'hiver. Elle a de nouveau quelques petites crises, mais la douleur et le changement de coloration des extrémités qui s'etendaient au début depuis les doigts jusqu'aux coudes se limitent maintenant aux poignets. Elle ne souffre plus des pieds. On fait de nouveau 2.000 R. de chaque côté de la colonne cervico-dorsale. A la fin de la série, les ulcérations sont cicatrisées. Un mois après, elles ne se sont pas reproduites. La peau des doigts et de la face est bien plus souple. Les crises douloureuses sont bien plus rares et très atténuées.

(1) GOUIN et BIENVENUE (*Bull. de la Soc. de dermat.*, séance du 13 déc. 1928, p. 940) ont rapporté succinctement deux cas de maladie de Raynaud traités par la radiothérapie. Le premier soigné en février 1928 a été irradié d'une façon différente des nôtres sur la région axillaire; le second est encore en cours. Nos observations (*Soc. franç. d'électroth.*, séance du 18 déc. 1928) ont trait à des cas plus anciens (obs. I, nov. 1926; obs. II, 1926; obs. III, oct. 1927; obs. IV, janv. 1928; obs. VI, oct.-déc. 1927; obs. VII, déc. 1927) irradiés dans la région rachidienne.

Obs. II. — Mme Gab..., soixante-huit ans. Syndrome de Raynaud depuis douze ans. Radiothérapie. Améliorée dès la sixième séance environ. Après 2.400 R. (12 séances) de chaque côté de la colonne cervico-dorsale, amélioration très considérable. Est restée deux hivers sans souffrir, sauf une petite crise en février 1928, d'ailleurs jugulée par 2.800 R. (14 séances) de chaque côté de la colonne cervico-dorsale.

Obs. III. — Mme Cui..., vingt-huit ans, dactylographe. Début il y a trois mois. Son médius droit est devenu enflé, puis blanc par périodes, par moment il rougissait. Quand nous examinons la malade pour la première fois (24 octobre 1927) toute la main droite est blanche et œdématiée. Par moment, elle devient violette. La malade ne peut supporter le froid, ni l'eau. Les douleurs irradient jusqu'au coude. L'extrémité de l'index et du médius droits sont le siège de petites ulcérations. La main gauche est un peu enflée aussi, mais moins que la droite. Hecht faiblement +. Radiothérapie : 2 champs cervico-dorsaux : (1.200 R. par champ, 6 séances en vingt jours). Le 14 novembre 1927, l'amélioration est considérable : par une température de + 5 degrés, la malade ne souffre plus. Les mains sont à une température normale, les ulcérations sont cicatrisées. Revue un mois après la fin de son traitement : elle n'a plus de crises à la main droite, mais souffre encore un peu à la main gauche et aux pieds. Nous refaisons 1.600 R. sur les champs cervico-dorsaux et 1.600 R. de chaque côté sur 2 champs dorso-lombaires. A la fin de la série, la malade se considère comme guérie.

Obs. IV. — Mme Jan..., quarante-trois ans. Syndrome de Raynaud datant de dix ans. Améliorée à la suite de 4 séances de 400 R chacune, 24 janvier au 4 février 1928. Partie en province.

Obs. V. — Mme Gil..., trente-six ans. Début il y a trois ans à la suite d'une forte émotion. Crises de syncope locale douloureuse aux deux mains. Pas d'ulcérations ni de gangrène. Echec du chlorure de calcium, de l'iodure, du seigle ergoté et de diverses spécialités antispasmodiques. Nous essayons la diathermie, mais elle dit que cela lui donne des battements de cœur et elle n'en fait que 2 séances. Nous la soumettons alors à la radiothérapie : 3.200 R (16 séances du 24 février au 20 avril 1928) de chaque côté de la colonne cervico-dorsale. En même temps nous pratiquons 11 séances de rayons infrarouges sur les mains. A la fin du traitement la malade est considérablement améliorée.

Obs. VI. — M. All..., quarante-huit ans. Syndrome de Raynaud (asphyxie locale et phlyctènes) siégeant sur les mains et les pieds. Radiothérapie : 1.500 R de chaque côté de la colonne cervico-dorsale et 1.500 R de chaque côté de la colonne dorso-lombaire (12 séances du 24 octobre au 23 décembre 1927). A la fin de la série il est bien amélioré : les ulcérations sont cicatrisées, les crises sont moins fréquentes.

Obs. VII. — Mme Car..., cinquante-huit ans. Début en 1921. Crises symétriques d'asphyxie locale des doigts avec gangrène. Douleurs très violentes qui l'empêchent de dormir la nuit. Echec des médicaments. On a envisagé l'amputation de l'index droit. Vue en octobre 1923. Nous lui faisons des bains de lumière : après 90 séances de luminothérapie, elle est nettement améliorée. L'été suivant se passe bien, alors que jusque-là elle souffrait été comme hiver. Mais en novembre 1924, rechute. Nous la mettons à la diathermie. Après 20 séances de diathermie (février 1925) elle ne souffre plus et l'amélioration persiste jusqu'en décembre 1926. En hiver 1926-1927, rechute : diathermie : 34 séances : améliorée. Est bien depuis février jusqu'en mai. A ce moment nouvelle crise : diathermie : série de 24 séances terminée en juillet. A la fin de cette série elle est tout à fait bien. Puis en octobre 1927 rechute avec douleurs violentes la nuit. Diathermie : ne souffre plus la nuit à partir de la 6e ou 7e séance, nous faisons 18 séances, mais après la 18e son état est à peu près le même qu'après la 7e. La raideur des doigts l'empêche de bien serrer l'électrode de diathermie. Nous décidons alors de faire de la radiothérapie : le 3 janvier 1928 (après une série d'irradiations : elle a reçu 1.600 R de chaque côté de la colonne cervicale) la malade se trouve très améliorée. Les doigts sont bien moins raides et enflés. La crevasse qui existait à l'extrémité de l'index droit est cicatrisée, les douleurs sont très atténuées et il n'existe plus de crises nocturnes, elle souffre seulement un peu du bout de l'index gauche, mais déclare qu'il n'y a pas de comparaison avec ce que c'était avant le traitement radiothérapique. On refait encore deux séries de 1.600 R de chaque côté séparées par des périodes de repos d'un mois : chaque fois la malade est très améliorée dès les 2 ou 3 premières séances, les séances suivantes se montrent moins actives. En juin-juillet on fait encore 17 séances de diathermie à la suite desquelles la malade se trouve tout à fait bien. En octobre 1928 la main droite est encore en très bon état, mais à gauche il y a un peu d'asphyxie locale de l'index et du medius, sans douleurs cependant : on fait donc encore 1.600 R de chaque côté. A la fin de la série les doigts sont bien assouplis.

En somme tous les malades que nous avons soignés par la radiothérapie ont été plus ou moins améliorés. Les points de gangrène se sont localisés et éliminés. Les crises de syncope locale ou d'asphyxie locale sont devenues moins fréquentes, moins douloureuses, plus circonscrites. Les extrémités se sont assouplies. L'amélioration s'est produite en général dès les premières irradiations. Il semble que par la suite, il se soit produit une sorte d'accoutumance aux rayons X et nous avons eu avantage à séparer nos séries d'irradiations par de longues périodes de repos pendant lesquelles nous avons fait parfois de la diathermie. En outre les résultats obtenus se sont en général maintenus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annales de médecine et de chirurgie. — Le numéro 2 qui vient de paraître est consacré à l'*estomac et au duodénum*. Il contient : des articles originaux des professeurs Antich, Donati, Forgue, Maingot, Moret, Petrov, et la première partie d'un index bibliographique de tous les travaux publiés dans le courant 1924-1928 (2.882 références).

Le numéro 3 qui paraîtra prochainement sera également consacré à l'*estomac et au duodénum*. Il contiendra : des articles originaux des professeurs Bérard, Carnot, Chabrol, Danielopolu, Delbet, Delore, Ignatovski, Peyron, et la fin de l'index bibliographique.

Les numéros suivants seront consacrés au foie, au pancréas et à la rate, à l'appareil respiratoire, au cœur et aux vaisseaux, au système nerveux, etc.

Le numéro I : 310 planches avec 6 planches hors texte, 52 dessins et 5.147 références bibliographiques, est consacré à l'*appareil génital de la femme* (non compris l'obstétrique), contient des articles originaux de MM. Babes, Beuttner, Couvelaire, Daniel, Dubreuil-Chambardel, J.-L. Faure, Cley, Gosset, Latarjet, Leriche, Milianitch, Peyron, Recasens, Redlich, Rochet, Sfameni, Surmont.

Prix de l'abonnement annuel (4 numéros) : pour la France, 120 fr.; pour les autres pays, 150 fr. Prix du numéro : France : 35 fr. + 3 fr. port; étranger, 40 fr. + 4 fr. port. — Paris, Louis Arnette.

LES LIGATURES DIFFICILES[1]

Par H. BILLET,
Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE DANS LE CANAL DE HUNTER

Ce qui détermine la difficulté de la ligature de l'artère fémorale au canal de Hunter, c'est l'étroitesse de la gouttière dans laquelle chemine le vaisseau, et aussi le fait que cette gouttière est masquée par une épaisse aponévrose, qui ne se distingue pas de celle qui recouvre les muscles avoisinants, et plus particulièrement le vaste interne. Il faut donc que l'opérateur tombe directement sur la paroi du canal de Hunter, sans quoi il se perd presque sûrement, soit dans la loge postérieure de la cuisse, soit — ce qui est plus fréquent — dans le muscle vaste interne.

Or j'ai constaté, une fois de plus, que la ligne classique d'incision est la cause habituelle des erreurs opératoires. La ligne qui unit le milieu de l'arcade de Fallope au condyle interne du fémur, pour peu qu'elle soit un peu négligemment tracée, soit encore que l'on ait affaire à un sujet maigre, entraîne l'opérateur dans la fausse route, *parce qu'elle est presque toujours, à notre avis, trop antérieure* [ou externe (2)]. Si nous n'avions pas, en principe, condamné ces lignes d'incision, je lui préférerais, sans aucun doute, celle qui était connue, au Val-de-Grâce, sous le nom de *ligne de Gaujot*, et qui s'étend de l'épine du pubis au condyle interne du genou.

Repères. — Suivant la règle, ce seront donc les repères anatomiques qui seront nos guides les plus sûrs. Nous en décrirons trois, qui sont :

1° *Un repère général*, qui situe le trajet de l'artère fémorale dans la région de la ligature : c'est la *gouttière musculaire qui sépare les muscles extenseurs des muscles adducteurs*. Grâce à la corde du grand adducteur et au relief, toujours important, du vaste interne, cette gouttière est facilement perceptible, même au niveau du canal de Hunter, où elle est cependant très étroite, à condition de tendre fortement le grand adducteur, en plaçant le membre inférieur dans la position classique : cuisse en abduction et rotation externe, jambe fléchie à angle droit.

2° C'est ensuite le *muscle couturier, repère capital, véritable clef de la ligature*. Ceci n'est pas tout à fait classique, bien que Farabeuf recommande la découverte, la reconnaissance et la mobilisation du couturier, pour ne point le manquer. Malheureusement cette recommandation si utile ne figure que dans une note annexe. Personnellement, je n'hésite pas à déclarer que le couturier est la clef de la ligature. Logé dans un dédoublement de l'aponévrose superficielle, laquelle, en avant et en arrière de lui, se trouve, dans cette région, accolée à l'aponévrose profonde, il couvre et repère le canal de Hunter. Incisez la peau en avant du couturier, vous tomberez fatalement, après avoir dilacéré plus ou moins le tissu cellulaire et recherché en vain les fameux vaisseaux anastomotiques, sur le vaste interne, et vous vous perdrez dans ce muscle.

Si vous incisez, au contraire, la gaine du couturier, les fibres, longues et fines, de ce muscle vous apparaîtront aussitôt; d'un coup de sonde cannelée, vous dégagerez facilement le muscle; vous le réclinerez en arrière (ou en dedans) et vous percevrez presque aussitôt avec l'écarteur le ressaut que lui fait faire la corde de l'adducteur : vous êtes en plein sur le canal de Hunter.

Il faut donc inciser sur le couturier. Est-ce donc là chose difficile? Peut-être. Pourtant le muscle est assez large. Sa situation, son nom, sa physiologie, sa participation à la patte d'oie, les belles dissections qu'on en a faites à l'amphithéâtre, font qu'il est bien connu généralement des étudiants. Mais il n'est pas si facile à situer que semble le croire Farabeuf; pas plus sur le vivant que sur le cadavre, il ne fait de relief bien appréciable; et surtout, *on le croit beaucoup plus antérieur* (*ou externe*) *qu'il ne l'est en réalité* : la figure du *Traité* de Farabeuf est tout à fait typique à cet égard. Dans cette figure, le canal de Hunter semble être exactement dans l'axe du couturier; en fait, c'est tout juste si le muscle déborde de 1 ou 2 centimètres la lèvre antérieure (ou externe) du canal. C'est donc plus en arrière (ou en dedans) que se trouve le muscle, et c'est pourquoi, trop souvent la ligne classique d'incision mène en avant (ou en dehors) de lui.

Quelle que soit donc l'incision que vous choisissiez, que vous adoptiez la ligne classique ou que vous vous guidiez sur l'interstice extenseurs-adducteurs, portez-vous systématiquement plutôt un peu plus en arrière (ou en dedans). Evitez d'aller en avant. C'est ainsi que vous ne manquerez pas le couturier et que vous assurerez le succès de votre ligature.

3° La *corde du grand adducteur* constitue le dernier repère en profondeur, celui que doit reconnaître d'abord, puis toucher du doigt l'opérateur, avant d'inciser la paroi du canal de Hunter. On peut à bon droit s'étonner, qu'en présence d'un repère aussi « formidable », certains auteurs, exagérant d'ailleurs l'importance que leur donnait Farabeuf, aient cru devoir s'étendre longuement sur ces minuscules repères que sont le nerf saphène interne et les vaisseaux anastomotiques. A propos de ces derniers, signalons, en passant, que ce sont seulement des

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.); — n° 80, p. 1386 : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (avec 3 fig.). — n° 96, p. 1698 : Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes (avec 3 fig.); — n° 104, p. 1845 : Ligature des artères carotides interne et externe à leur origine (avec 5 fig.); — n° 15, p. 276 : Ligature de l'artère fessière (avec 5 fig.).

(2) Comme on opère nettement sur la face interne de la cuisse, je préfère les adjectifs *antérieur* et *postérieur* aux adjectifs *externe* et *interne* qui sont généralement employés pour qualifier les rapports des éléments anatomiques dans cette région. Néanmoins, pour éviter toute équivoque, je les ferai toujours figurer ensemble, l'un des deux étant mis entre parenthèses.

rameaux de la grande anastomotique, et non, comme semblent le croire un grand nombre d'étudiants, l'artère grande anastomique elle-même. Si le membre est en bonne position, la corde des adducteurs, fortement tendue, saute aux yeux; le doigt en perçoit les limites exactes. En incisant l'aponévrose immédiatement le long d'elle, en avant (ou en dehors), vous ouvrez à coup sûr le canal de Hunter, dont il ne reste plus qu'à extraire l'artère, après l'avoir isolée, à la fois de sa veine satellite et des lacis veineux qui l'entourent.

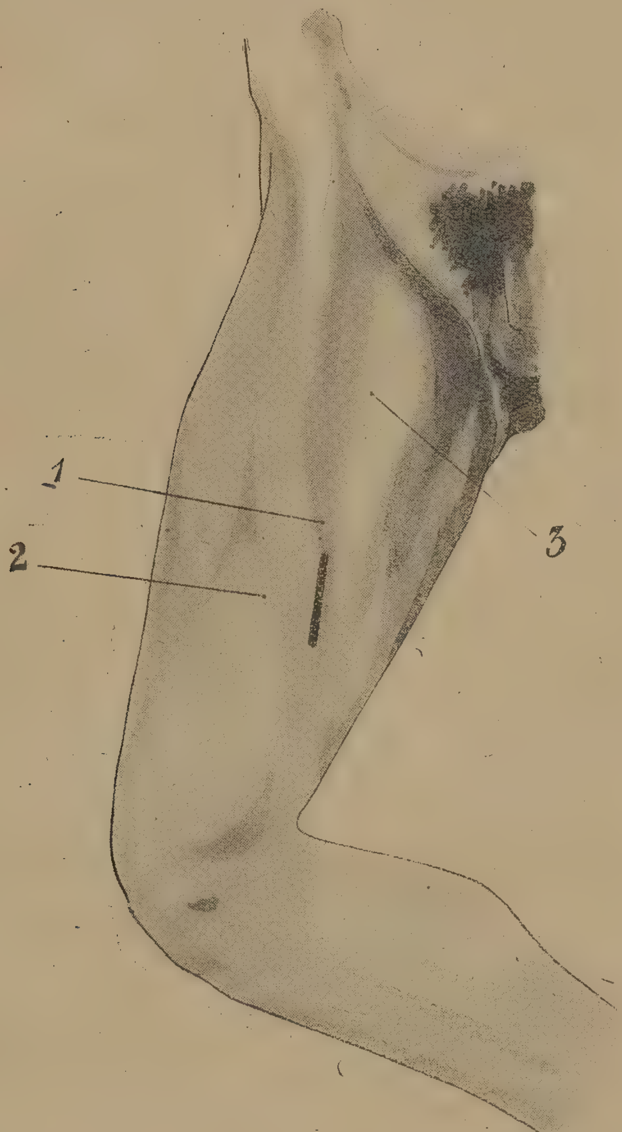


Fig. 1. — *Tracé de l'incision.*

1. Interstice entre les muscles extenseurs (vaste interne 2) et les muscles adducteurs (3).

Ne recherchez donc pas systématiquement ces vaisseaux anastomotiques ou ce nerf saphène, et surtout ne vous désespérez pas de ne les point voir, si, dans votre champ opératoire, la corde du grand adducteur est saillante. Par contre, s'ils se présentent spontanément à vos regards ou sous votre sonde cannelée, ils constitueront un repère de plus et vous confirmeraient, s'il en était besoin, que vous êtes dans le bon chemin.

Temps opératoires. — D'après ce qui vient d'être dit, les temps de l'opération se succèderont de la façon suivante :

1° *Position du sujet.* — On mettra le membre inférieur en position d'incision : cuisse en abduction à 45-50 degrés et en légère rotation externe; jambe fléchie à angle droit sur la cuisse.

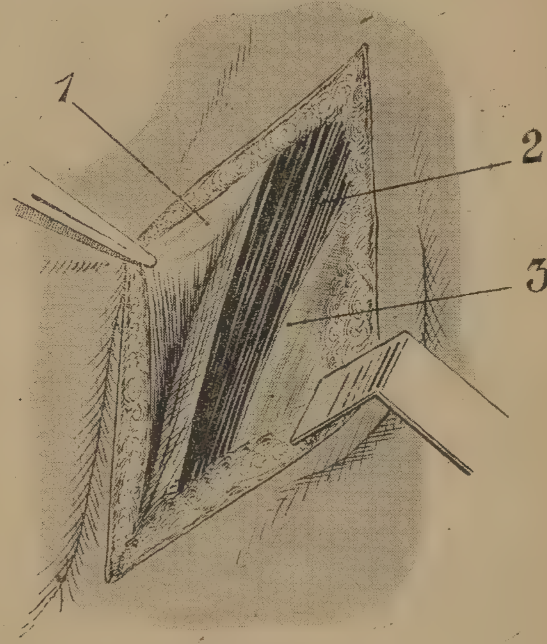


Fig. 2. — *Dégagement du muscle couturier.*

1. Lèvre antérieure (ou externe de l'aponévrose du couturier. — 2. Couturier. — 3. Lèvre postérieure (ou interne) de l'aponévrose.

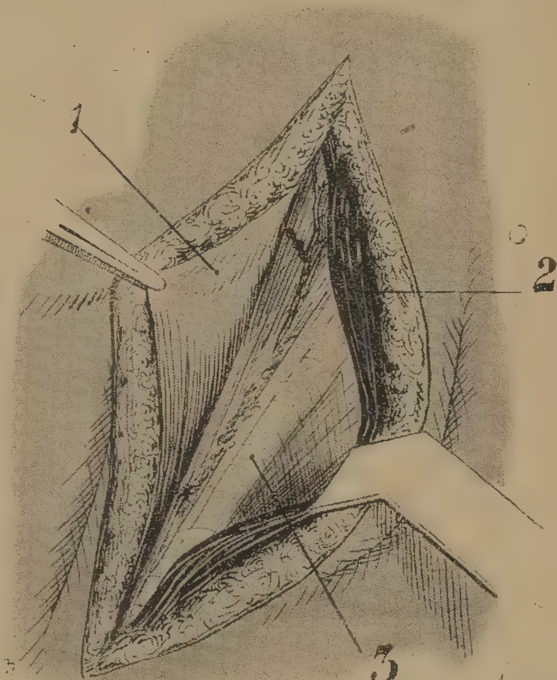


Fig. 3. — *Réclinaison du couturier et découverte du canal de Hunter.*

1. Lèvre antérieure de l'aponévrose du couturier. — 2. Le couturier. — 3. Corde du grand adducteur.

2° *Incision.* — Rechercher l'interstice qui sépare les muscles extenseurs des adducteurs, à la hauteur du canal de Hunter, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessus de la base des condyles fémoraux.

Inciser le long de cet interstice, ou mieux un peu en arrière [ou en dedans] (fig. 1).

3° *Incision de l'aponévrose du couturier et réclinaison de ce muscle.* — Si l'incision a été bien faite,

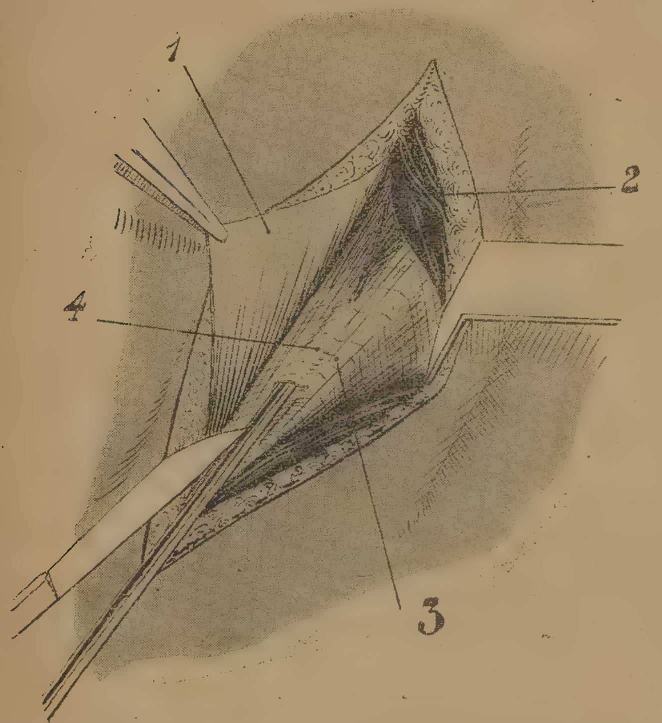


Fig. 4. — *Incision de la paroi du canal de Hunter* (immédiatement en avant (ou en dehors) de la corde de l'adducteur (3). — 1 et 2. Aponévrose et muscle couturier.

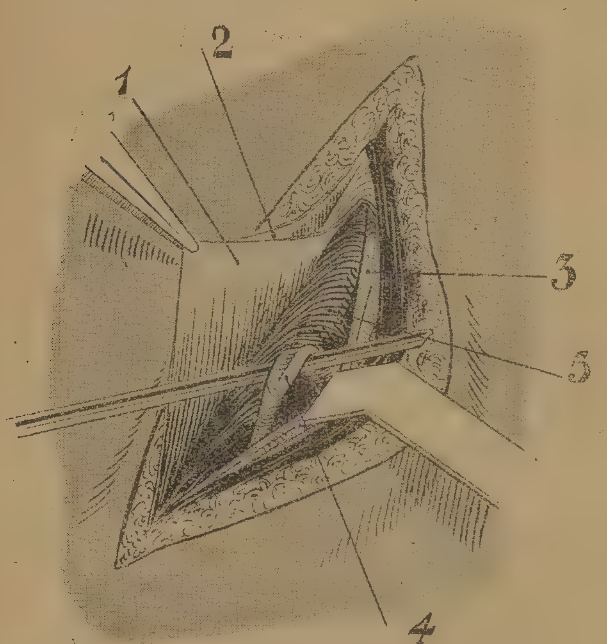


Fig. 5. — *L'artère fémorale libérée* (4) *est extériorisée du canal de Hunter.*

1. Paroi du canal de Hunter. — 2. Aponévrose du couturier. — 3. Tendon du grand adducteur. — 5. Vaste interne.

vous êtes sur le muscle couturier. Incisez l'aponévrose superficielle de ce muscle; saisissez avec la pince à disséquer la lèvre antérieure (ou externe) de cette aponévrose (fig. 2), dégagez le muscle de quelques coups de sonde cannelée, et réclinez-le en arrière (ou en dedans), avec un écarteur de Farabeuf. Le canal de Hunter est sous vos yeux (fig. 3).

4° *Incision de la paroi du canal de Hunter. Ligature de l'artère.* — Si les muscles se sont tant soit peu relâchés au cours des premiers temps de l'intervention, invitez votre aide à remettre le membre en bonne position; il importe, en effet, de bien tendre le grand adducteur. Reconnaissez la corde de ce muscle, et immédiatement en avant (ou en dehors) d'elle, faites, dans la partie inférieure de l'incision, une moucheture dans laquelle vous insinuerez la sonde cannelée; puis fendez la paroi du canal de Hunter (fig. 4).

Il ne reste plus qu'à rechercher et à lier l'artère fémorale, suivant les règles classiques (fig. 5).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1929)

La cachexie de croissance. — MM. May et Layani présentent une jeune fille atteinte d'un véritable syndrome pluriglandulaire de la puberté, caractérisé par un arrêt de règles, de l'acrocyanose, un abaissement du métabolisme basal et un amaigrissement extrême justifiant pour ce syndrome le nom de cachexie de croissance. La participation du pancréas est prouvée par l'action de l'insuline qui, en trois mois, fit gagner 18 kilogrammes à la malade. Par contre, le métabolisme basal ne changea pas, et seul un traitement thyroïdien ultérieur le ramena à la normale.

La radiothérapie des tumeurs de l'hypophyse. — M. Béclère a observé l'action heureuse de la radiothérapie dans ces cas. De sa statistique personnelle et de celle d'autres auteurs, il ressort que, en particulier dans les formes ophtalmiques, la radiothérapie amène l'agrandissement du champ visuel, l'augmentation de l'acuité visuelle, la disparition des paralysies oculaires, la disparition des signes d'hypertension et des troubles intellectuels, l'amélioration des troubles des échanges nutritifs; dans certains cas, il y a eu aussi disparition des troubles génitaux. Il y a un fait sur lequel Cushing et ses élèves ont avec raison insisté, c'est l'importance du diagnostic des tumeurs propres de l'hypophyse et de celles du voisinage (poche de Ratke, etc.). Les premières sont radiosensibles, les autres le sont beaucoup moins. M. Béclère fait observer que les troubles de la vision sont les premiers à apparaître et à dénoncer la tumeur.

Glycémie et épreuve d'hyperglycémie chez les hépatiques. — MM. Labbé et Fl. Nepveux. Le trouble de la glycorégulation est presque constant chez les sujets atteints d'une affection hépatique, quelle que soit la nature de celle-ci. Il se décèle par une glycosurie transitoire, par une épreuve de glycosurie provoquée, ou mieux par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glycose. Par ce procédé, nous l'avons mis en évidence 64 fois sur 56 cas, 6 fois la réaction faite indiquait un trouble de la glycorégulation, de caractère diabétique, le plus souvent la réaction est d'intensité moyenne. On voit des obèses offrant un trouble glycorégulateur qui aboutissent au diabète vrai, par la suralimentation prolongée. Inversement, on voit des petits diabétiques qui, à la suite de cures répétées et prolongées, s'améliorent et n'ont plus qu'un trouble de la glycorégulation modéré et susceptible de guérir. L'étude de la réaction d'hyperglycémie permet de suivre les étapes de cette évolution vers l'aggravation ou vers la guérison.

Sanocrysine par voie intrapleurale. — MM. Léon Kindberg et E. Royer de Véricourt ont tenté de traiter certaines

complications du pneumothorax artificiel, et en particulier les pleurésies purulentes tuberculeuses, par la sanocrysine intrapleurale. Ils apportent, à titre d'exemple, trois observations. Ils suivent en ce moment neuf malades et n'ont jusqu'à présent constaté nul inconvénient de la méthode, ils se défendent, d'observations aussi récentes et aussi peu nombreuses, de vouloir tirer des conclusions fermes. Mais il y a là des exemples encourageants et ils espèrent que l'on pourra ainsi obvier à des complications jusqu'ici sans remède, et d'autre part éviter l'oléothorax toujours aléatoire ou des interventions importantes et définitives comme la thoracoplastie.

Syndrome neuro-anémique traité par la méthode de Whipple. — M. Picard (de Nantes). Syndrome neuro-anémique, avec action dissociée du traitement de Whipple qui impressionne favorablement l'anémie, mais est sans action sur le syndrome neurologique.

(SÉANCE DU 1er MARS 1929)

L'aurothérapie dans les rhumatismes chroniques. — M. J. Forestier rapporte les observations de quinze cas de polyarthrite infectieuse grave d'origines diverses qu'il a traités par des injections intramusculaires d'aurothiopropanol, sulfonate de sodium (allochrysine), sel organique d'or qui a été proposé dans le traitement de la tuberculose. Le résultat de ces injections chez des sujets suivis depuis six à dix mois a été, dans 70 p. 100 des cas, extrêmement favorable.

Maladie exostosante. — M. Apert présente deux enfants, frère et sœur, atteints de maladie exostosante. Les exostoses multiples sont très nets sur les radiographies.

Thrombo-phlébites et infarctus du myocarde. — MM. Pr. Merklen et Jean-Albert Weil rapportent deux observations avec autopsie superposables. La première se spécifie par trois crises d'angine de poitrine avec fièvre et signes d'infection générale. Défaillance myocardique progressive. Puis phlébite gauche bien caractérisée, phlébite droite plus atténuée. A la nécropsie, infection à point de départ et à prédominance veineuses; artérite coronarienne oblitérante et infarctus anévrismatique du myocarde; endocardite pariétale au niveau de l'infarctus. Seconde observation : péricardite aiguë ayant débuté par un syndrome angineux avec pleurite bilatérale et signes généraux d'infection. Après la chute de la fièvre, phlébite du bras gauche. Puis rémission incomplète de plusieurs mois aboutissant à une crise rétrosternale angoissante, à une insuffisance cardiaque terminale avec artérite sténosante et œdème du bras droit. A la nécropsie, péricardite en organisation symphysaire; endartérite oblitérante de la coronaire gauche et infarctus anévrismal; endocardite pariétale au niveau de l'infarctus; thrombo-phlébites très étendues et diffuses; artérite non oblitérante de l'humérale droite. Dans les deux cas, l'autopsie a montré que l'infection veineuse occupait une place prépondérante dans le processus. Elle s'est compliquée de réactions endartéritiques de la coronaire gauche avec infarctus cardiaque et endocardite pariétale consécutive.

Le traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale. — MM. Sézary et Duruy traitent par la protéinothérapie locale les collections purulentes telles que hydrosadénites et bartholinites. Dans les formes non fistulisées, ils évacuent le pus par ponction et injectent de l'eau peptonée à 10 p. 100. Les résultats ainsi obtenus sont extrêmement satisfaisants. Ils sont beaucoup plus rapides que ceux des interventions chirurgicales.

Artériotensiomètre. — M. Donzelot présente un nouvel appareil du type Riva-Rocci qui diffère des appareils actuellement en usage par les perfectionnements suivants :

1° Contrôle automatique du manomètre par une aiguille libre s'inscrivant au repos dans un ovale qui sert de repère;

2° Brassard dont l'agrafage très simple et très solide se fait par des boucles à ardillons permettant un « serrage optimum »;

3° Poche pneumatique munie d'une gaine de soie amovible;

4° Pompe entièrement métallique, se manipulant aisément d'une main, et pratiquement inusable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1929)

Luxation isolée de la tête radiale chez l'enfant. — M. Boularan rapporte l'histoire clinique et l'examen radiographique d'un enfant de six ans qui en tombant du haut d'un mur avec son avant-bras gauche en flexion et pronation marquée se fit une luxation externe de la tête radiale. Le diastasis radio-cubital était considérable, la tête étant perceptible sous la peau.

La réduction fut des plus faciles et se maintint parfaitement ce qui n'est pas la règle. Quelques petits troubles du côté du nerf radial mais restitutio ad integrum au bout de quinze jours.

Du choix de la voie d'accès vers l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien. — M. Escat. D'accord avec MM. A. Broca, Morestin et G. Laurens, l'auteur dès 1900, dans son *Traité des maladies du pharynx*, recommanda comme voie chirurgicale exclusive contre ces abcès, la voie cervicale latérale à ciel ouvert (rétro-angulo-maxillaire ou rétro-sterno-mastoïdienne, suivant le cas), et réprouva d'autre part la voie pharyngée strictement applicable à l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien proprement dit. Resté fidèle à ce bon principe chirurgical qui donne toute sécurité au cas où l'adéno-phlegmon formé en dehors des gros vaisseaux de l'espace maxillo-pharyngien refoulerait ces derniers vers la cavité pharyngée, M. Escat instruit par une longue pratique de ces abcès, admet aujourd'hui une dérogation au précepte classique, et estime qu'on peut recourir sans danger à l'incision pharyngée contre l'adéno-phlegmon, latéro-pharyngien à progression manifestement pharyngée, lorsqu'il est nettement caractérisé par les trois signes suivants :

1° Superficialité exagérée du pouls carotidien du côté correspondant;

2° Absence rigoureuse de tout battement artériel dans la cavité pharyngée;

3° Fluctuation indubitable et surtout disposition plongeante et souvent en besace de l'abcès pharyngien;

M. Escat rapporte à l'appui deux cas récemment opérés : un homme de cinquante-huit ans, et un enfant de dix-sept mois.

REVUE DES THÈSES

Des polyglobulies à court terme par contraction de la rate (1), par Mlle Berthe Fournier.

Le taux des hématies circulant dans le sang est susceptible de subir des augmentations brusques, importantes et temporaires. A quoi sont dues ces polyglobulies à court terme? Telle est la question que s'efforce de résoudre Mlle le docteur Fournier dans une thèse des plus intéressantes, et qui ne manquera pas de retenir l'attention des physiologistes.

Les unes sont dues à des *variations de la fonction respiratoire*, qu'il s'agisse d'asphyxie aiguë par strangulation (L. Binet et Williamson, Zunz, Hall, Williamson) : elles sont alors intenses, constantes, persistantes; ou par embolie pulmonaire mécanique; d'anoxémie aiguë par dépression barométrique

(1) *Th. de Paris*, 1929, in-8° de 89 p. — Saint-Etienne, Mulcey.

expérimentale (L. Binet, A. Strohl et Mlle B. Fournier), ou d'intoxication oxycarbonée (de Boer et Carroll).

Les autres sont le fait de *petites hémorragies* : déjà signalées par Vierordt, Willebrandt, Ch. Richet, Brodin et Saint-Girons, elles ont été étudiées à nouveau par L. Binet et l'auteur; ils ont pu ainsi constater, dans les cinq minutes qui suivent, des polyglobulies dépassant 2.000.000, mais peu durables, fait aisé à comprendre si l'on songe à l'arrivée rapide de la lymphe et du liquide interstitiel qui vont diluer le sang.

D'autres enfin sont produites par le *mouvement* (Scheunert et Krywanek) : aussi rapides et aussi passagères que les précédentes, elles sont moins importantes.

Pourquoi ces polyglobulies, qu'accompagnent constamment de la leucocytose et de la plaquettose? Les travaux de Barcroft sur la rate considérée comme organe régulateur de la circulation sanguine, confirmés par ceux de L. Binet et L. Perles semblaient indiquer *a priori* qu'elles sont dues à la mobilisation des globules rouges. Les expériences de Barcroft, complétées et confirmées par Keller, A. Scheunert et Krywanek, de L. Binet et de ses collaborateurs, montrent que les hématies mobilisées viennent de la rate, où elles sont accumulées à l'état normal, et que, si elles abandonnent cet organe, c'est sous l'influence de la spléno-contraction. C'est ce qui se passe dans les diverses asphyxies par strangulation, où la polyglobulie peut être considérée comme une véritable réaction de défense de l'organisme dans sa lutte contre l'asphyxie; dans l'asphyxie par strangulation ou par embolie pulmonaire, dans l'anoxémie aiguë, dans l'intoxication oxycarbonée; — dans les petites saignées, où la polyglobulie est le fait d'une contraction splénique engendrée par l'hémorragie elle-même; — dans le mouvement : sur la jeune fille qui lui a servi de sujet d'expérience, l'auteur a pu, après chaque course, constater que la rate se contractait, diminuait de largeur, devenait plus dure, tandis que ses bords paraissaient plus aigus. La rate est donc un réservoir d'hématies. C'est ce que montre l'étude comparative du sang de la veine splénique — d'ailleurs particulièrement dense — et du sang artériel. Contractile, grâce aux fibres lisses qu'on trouve dans la capsule et dans les travées, cet organe fait passer dans le sang veineux splénique les globules rouges accumulés dans ses mailles, lorsque l'organisme est soumis à l'une des causes précitées, ou encore lorsqu'on introduit, par voie intraveineuse, certaines substances à action spéciale sur les fibres lisses : adrénaline, extrait de genêt, éphédrine, pilocarpine. La polyglobulie de chasse brusque, intense et courte qui suit l'injection de ces substances, ne fait-elle pas défaut lorsque l'animal est dératé?

Joli travail, présenté avec art, orné de graphiques personnels, fondé sur des nombreuses expériences effectuées au laboratoire du professeur Roger, en collaboration avec M. L. Binet, et qui fait grand honneur à la fine et gracieuse Mlle B. Fournier. L. BABONNEIX.

NOTES DE PRATIQUE

EN PÉRIODE DE GRIPPES...

Il n'existe pas encore de traitement spécifique de la grippe, de là l'emploi de médications les plus variées, le plus souvent symptomatiques. L'expérience montre que la meilleure méthode de traitement de la grippe — comme de la plupart des infections aiguës — consiste à « parer » aux complications d'ordre pulmonaire et intestinal.

Le Cétémol, par sa composition judicieuse de produits volatils, introduit par la voie intestinale ou sous-cutanée, réalise au maximum l'antisepsie des voies digestives et de l'arbre pulmonaire; de plus, par son camphre, il soutient le cœur.

NUCLÉARSITOL ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE
R. C., 221.839, Seine
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme
VANADARSINE GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.
DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.
VANADARSINE GUILLAUMIN
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
VANADARSINE injectable EN AMPOULES
Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.
AUGMENTE L'APPÉTIT
Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.

LE SULFARSÉNOL
Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires
Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE
LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.
Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,
Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.
Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).
Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr 30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA
Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.
DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE. R. PLUCHON, O ✱. 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

LA MÉNOPAUSE ET SES TROUBLES

IV. — L'hypertension.

Les troubles habituels de la ménopause (bouffées de chaleur, phénomènes congestifs, hémorragies, palpitations) sont causés par de l'hypertension ou au moins par une instabilité vaso-motrice remarquable. Les recherches sphygmo-manométriques, si répandues à notre époque, ont permis de se rendre compte que l'hypertension véritable n'affecte pas toutes les femmes à l'âge critique, tant s'en faut. C'est ainsi que dans sa thèse de 1926 Perrin dit avoir examiné 101 femmes qui se plaignaient de troubles circulatoires marqués : 53 seulement parmi ces femmes avaient de l'hypertension.

Ajoutons que pour le symptôme hypertensif comme pour tous les autres, l'intensité et la fréquence sont l'apanage de la ménopause chirurgicale.

On peut mentionner ici un symptôme singulier souvent dû à l'hypertension, souvent aussi d'origine sympathico-tonique : l'extrasystole.

L'instabilité vaso-motrice, les alternatives de pâleur et de congestion de la face, qui accompagnent bien souvent les extrasystoles, se rapportent en effet à l'excitation du sympathique.

L'observation suivante a trait à des extrasystoles que le traitement a fait rapidement cesser :

Mme B..., âgée de 51 ans, a vu cesser sa fonction menstruelle il y a deux ans. Depuis cette date, elle souffre de bouffées de chaleur avec sueur, ainsi que de maux de tête et de troubles digestifs. Ce qui l'inquiète le plus, ce sont des extrasystoles survenant à toute heure du jour et même de la nuit, et s'accompagnant de sensation d'arrêt du cœur et d'angoisse. Deux comprimés par jour de *lachésine* ont mis fin à tous ces troubles qui ont progressivement disparu en un mois.

L'hypertension de la ménopause comporte une élévation plus ou moins forte de la tension maxima et de la tension minima : quelquefois seulement cette dernière est augmentée. En général, les chiffres constatés sont de 19 à 22 pour la maxima et de 12 à 13 pour la minima. A tout prendre, cette hypertension est bénigne et bien supportée. Cependant, Perrin lui attribue un pronostic un peu plus sombre dans certains cas. En effet, on observe à l'âge critique des poussées d'artérite qui, aggravées du fait de l'hypertension, provoquent une légère distension sus-sigmoïdienne et, par conséquent, une fuite diastolique : on constaterait alors les signes de l'insuffisance aortique fonctionnelle, laquelle pourrait évoluer vers l'insuffisance ventriculaire gauche et même vers l'hémorragie cérébrale.

Il y a donc un grand intérêt à lutter contre l'hypertension de la ménopause : la *lachésine* fournit au médecin une arme efficace, comme le montre l'observation suivante :

Mme N..., âgée de 48 ans, a été opérée il y a trois ans (ablation des ovaires). Quelques semaines après l'opération, elle a été prise de troubles variés dont le maximum se produit aux environs de la date de ses règles antérieures. Ce sont des bouffées de chaleur survenant une quinzaine de fois par jour et suivies de palpitations, de sueurs abondantes. Elle se plaint également d'une sensation de pesanteur dans la nuque presque constante.

Nous prenons la tension de cette malade au Vaquez-Laubry (5 juillet 1928), et nous notons :

Tension maxima : 20 ; tension minima : 12.

Nous prescrivons des comprimés de *lachésine* et nous voyons notre cliente le 21 juillet suivant. Les bouffées de chaleur ont considérablement diminué puisqu'il ne s'en produit plus qu'une ou deux par jour au lieu d'une quinzaine. La sensation de pesanteur dans la nuque a disparu et la recherche de la tension donne les chiffres suivants :

Tension maxima : 18 ; tension minima : 11.

Le traitement est continué.

Cette malade, revue le 26 août suivant, nous donne au Vaquez-Laubry : Mx 16 1/2, Mn 10. (Les chiffres primitifs au 5 juillet étaient Mx 20, Mn 12.)

Dr MENDEL,
Ancien int. des hôp. de Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU RACHIS

ANATOMIE, SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nous ne décrirons que la fracture du corps et de l'arc postérieur et éliminerons les fractures partielles des vertèbres (apophyse épineuse, lame) qui n'interrompent pas la continuité du rachis.

La fracture du corps vertébral, de par ses déplacements, a un retentissement constant sur l'axe nerveux. Ce retentissement qui devra être étudié avec soin constitue toute la gravité de la fracture.

Etiologie. — La fracture du rachis résulte surtout de l'action de chocs indirects, lors de *violents traumatismes* : chute d'un lieu élevé sur la tête (plongeurs), sur les ischions, sur les pieds, sur le dos; éboulement.

Très rarement et chez des prédisposés (tabes) la cause est minime.

Anatomie. — Le siège de la fracture est le plus souvent la région dorso-lombaire (D_{12} ou L_1).

Le trait coupe l'apophyse épineuse, l'arc postérieur de la vertèbre en avant et en arrière de l'apophyse articulaire, le corps.

Au niveau du corps, il est oblique en bas, en avant, d'où il résulte que le fragment supérieur sera haut en avant, le fragment inférieur ayant la disposition inverse.

Le déplacement se fait par glissement en avant du fragment supérieur solidaire de tout le rachis sus-jacent; le fragment inférieur se trouve menacer la moelle de son bord supérieur aigu.

Les lésions associées sont variables suivant les cas. On peut voir un hématorachis isolé. Plus souvent la moelle est comprimée, contuse, ou même sectionnée.

a. Compression : par l'arête vive du fragment inférieur.

Elle entraîne le ramollissement rouge, la dégénérescence.

b. Contusion : elle réalise une hématomyélie qui peut s'étendre dans la substance grise, se reproduire à distance.

c. Section : seulement lorsque le déplacement est considérable.

Partielle, elle se répare parfois.

A titre accessoire, signalons la possibilité de radiculalgies si le trait touche le trou de conjugaison.

Mécanisme. — Deux théories expliquent les fractures de cause indirecte :

1° **Flexion forcée** (arrachement). — Le sujet pris dans un éboulement, plié en deux. La courbure dorsale s'exagère, la courbure lombaire se redresse.

Les ligaments interépineux arrachent le sommet des épineuses; puis sont arrachés le bord supérieur des lames par les ligaments jaunes; enfin la moitié supérieure du corps par les ligaments postérieurs.

2° **Ecrasement ou tassement.** — Le sujet tombe sur les ischions ou sur les pieds. Il se produit successivement : un écrasement du corps vertébral facilitant la flexion; les ligaments postérieurs arrachent alors secondairement lames et épineuses.

En définitive, les deux mécanismes semblent donc le plus souvent se compléter.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous prendrons comme type une fracture de la charnière dorso-lombaire avec *syndrome de section* complète de la moelle.

Après un violent traumatisme :

Le sujet est amené à l'hôpital sans connaissance;

Ou bien il est conscient, un peu pâle, avec un pouls rapide. Il souffre et n'a pas pu se relever.

Examen. — Le blessé est dans la *phase de choc médullaire.*

La *paraplégie* est facilement mise en évidence; elle est flasque, la tonicité musculaire, conservée au début, disparaît.

Elle s'accompagne d'*anesthésie* totale à tous les modes, le malade peut accuser la sensation d'être coupé en deux.

Les *troubles réflexes* consistent en abolition des réflexes tendineux.

Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis, le réflexe crémastérien conservé; quant au réflexe plantaire il est parfois en extension.

Les *troubles des réservoirs* sont constants et importants du point de vue pronostic. Ils consistent en rétention d'urines, associée le plus souvent à de l'incontinence des matières.

On pourra rechercher, à titre accessoire, une diminution de la tension artérielle, avec fragilité vasculaire, légère hyperthermie aux membres inférieurs. La sécrétion sudorale est tarie, il peut exister un semi-priapisme.

L'existence de ces troubles nerveux mènera à examiner la colonne. Cet examen doit être pratiqué avec précaution.

En glissant la main sous le dos du blessé ou en le retournant avec douceur, on localisera une douleur vive et localisée, accompagnée de gonflement.

La déformation perçue est souvent légère, consistant en une simple dépression interépineuse; parfois elle est plus nette, pouvant réaliser une véritable gibbosité associée à une scoliose brusque. On sent la saillie de l'épineuse sus-jacente qui pointe en arrière, et une saillie plus petite au-dessous.

En définitive, la paraplégie, la douleur locale à la pression devront suffire au diagnostic si la déformation est peu marquée. La radiographie n'est souvent pas possible à cette période.

ÉVOLUTION. — L'évolution, malgré l'intensité des signes de choc médullaire, peut se faire de façon favorable. Il s'agissait alors de phénomènes commotionnels. Mais le plus souvent le blessé reste paraplégique et va évoluer vers une phase d'*automatisme médullaire*, puis de *cachexie*.

Mais ces périodes chevauchent les unes sur les autres; de plus, le blessé peut être emporté dès la phase de choc, ou succomber dans les jours suivants à des complications infectieuses précoces (escarres). La mort est très fréquente dès la seconde semaine, avant l'automatisme qui apparaît au quarantième ou cinquantième jour.

Phase d'automatisme médullaire. — Elle n'est donc rencontrée que chez les malades qui ont survécu assez longtemps.

La motilité volontaire, la sensibilité restent abolies. Mais il est apparu des mouvements automatiques; nous insisterons sur les *réflexes de défense* que l'on met facilement en évidence.

La réflectivité tendineuse peut réapparaître en même temps que les réflexes cutanés augmentent.

Enfin, il apparaît une *miction automatique* par trop plein, des érections automatiques.

(*A suivre.*)

Fds de **FABRIC**ON DE PERLES et CAPSULES MÉDICINALES, à VINCENNES, 3, r. Diderot. Adjon Et. VIDECOQ, not. Paris, 20 mars. M. à Px pt ét. b. : 25.000f. Matér. et march. en sus. S'adr. PLANQUE, synd., 6, r. Savoie, et not.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LIPOIDES H. I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL

Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL

Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

Contre les **MALADIES DE LA PEAU** et les **ENGELURES**

LIPOL { **liquide** à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES :**

PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :**

BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

"CALCIUM - SANDOZ"

Gluconate de chaux pur — Sel soluble entièrement assimilable — Calcium scientifique

La première préparation calcique injectable à doses efficaces sans inconvénients par la voie intra-musculaire

Granulé sans sucre

Adultes : 3 cuillerées à café bien pleines par jour
Enfants : 2 à 3 cuillerées à café par jour

Ampoules à 10 cc.
pour injections intra-musculaire et intra veineuse

Adultes : Une tous les 2 à 3 jours
Enfants : 2 à 5 cc. tous les 2 à 3 jours

Bien spécifier " CALCIUM-SANDOZ "

PRODUITS " SANDOZ " 3 et 5, rue de Metz, PARIS (Xe), M. Carillon, Pharmacien de 1re classe

MUTHANOL

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG PARIS (10)

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE

CONSTIPATION HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparténée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
à
o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Poullain, directeur du Service de santé de la 13e région, en remplacement du médecin général Chavigny, passé au cadre de réserve, et M. le médecin colonel Foutrein (des troupes coloniales).

— Le médecin colonel Lahaussois est nommé directeur du Service de santé de la 6e région, à Metz.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — M. Collesson, pharmacien de la Seine, a été désigné pour faire partie de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1929 comme membre suppléant, en remplacement de M. Léger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — VOYAGE MÉDICAL DE PAQUES SUR LA CÔTE D'AZUR. — Nous avons annoncé le beau voyage organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen à l'occasion de Pâques (voyage Rose). Voici les détails complémentaires :

Le voyage aura lieu du 6 au 15 avril, et l'on visitera Nice, le Cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu.

Une excursion dans les Alpes montrera Saint-Martin-Vésubie et la Suisse Niçoise, et une excursion en Italie permettra de voir Bordighera, Ospedaletti et San Remo.

Le prix forfaitaire de ce voyage est de 1.050 fr., tout compris, même les excursions en Italie et dans les Alpes.

Un voyage facultatif en Corse est prévu, du 14 au 19 avril, pour ceux qui en feront la demande. Il donnera lieu à une cotisation supplémentaire.

Le nombre des places étant partout limité, il y a intérêt à se faire inscrire le plus tôt possible. Les étudiants en médecine, les femmes et les enfants de médecins sont admis.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice (Alpes-Maritimes).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis-Philippe Focquet (de Liége), Bindé (d'Ancenis), Léon-H.-Joseph Puistienne (de Paris), Victor Tonglet (de Bruxelles), F. van Diest, médecin principal au Congo belge; Chabrun, conseiller général de la Mayenne.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. Gougerot.) — *Cours de perfectionnement.* — *Dermatologie et vénéréologie*, sous la direction de M. le professeur Gougerot.

Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 15 avril au 11 mai 1929.

Le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 13 mai au 8 juin 1929.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 10 juin au 29 juin 1929.

NÉVRALGIES
et toutes douleurs
empêchant le sommeil, agitation,
insomnies, etc,..
ALLONAL "ROCHE"
Chaque comprimé représente
0 g 16 cgr allylisopropylbarbiturate de diméthylamido-antipyrine
DOSES:
1 à 4 comprimés par jour et plus
N.B. L'Allonal Roche ne contient ni opium, ni morphine, ni hyoscine, ni scopolamine, ni aucune substance du tableau B.
analgésique
sédatif
hypnogène
sans actions secondaires
R. C. Seine 127 006
Echantillon et Littérature sur demande :
Produits F. Hoffmann-La Roche & Cie, 21, Place des Vosges, PARIS


MÉTRITES
GUIDE CHAUMEL
OVULES CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE
Prescrire :
OVULES CHAUMEL SIMPLES
OVULES CHAUMEL ICHTHYOL
Établissements FUMOUZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS


DENTITION DES ENFANTS
Sirop Delabarre
En douces Frictions sur les Gencives
Facilite la Sortie des Dents
Calme les Cris de l'Enfant
Prévient les Accidents de la
1re Dentition
SIROP DE DENTITION du Dr DELABARRE
SANS NARCOTIQUE
Dépôt: ÉTABLISSEMENTS FUMOUZE
78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultraviolets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 à 5 h.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

— CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. (Professeur : M. Maurice VILLARET.) — Le voyage annuel d'études hydrologiques et climatologiques, réservé aux étudiants venant de passer leur examen de thérapeutique, aura lieu les samedi, dimanche, lundi et mardi 18-19-20-21 mai 1929 dans les stations des Vosges.

Départ de Paris. Visite en auto-cars de Vittel, Contrexéville, Bourbonne, Plombières, Gérardmer, Bussang, crêtes des Vosges. Retour à Paris.

Le nombre des adhérents est fixé à 50.

Les inscriptions seront reçues tous les matins par M. Deval, chef de laboratoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, qui fournira en temps utile de plus amples renseignements.

Prix approximatif : 250 fr.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Jean Gatellier, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 18 mars 1929, à 17 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme : « Pathologie chirurgicale des membres. »

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours de vacances de Pâques*, du 21 au 28 mars 1929, pour les médecins français et étrangers, sous la direction du professeur Paul Carnot, du professeur Maurice Villaret et du professeur agrégé Etienne Chabrol. — *Les données nouvelles de clinique et de thérapeutique tirées du sang.* — A la demande des auditeurs et pour condenser le cours dans le minimum de temps, vingt-huit leçons seront faites en une semaine et auront lieu quatre fois par jour; elles seront suivies de démonstrations techniques et de présentations de malades, à l'amphithéâtre Trousseau, aux laboratoires Dieulafoy, à la Policlinique physiothérapique Gilbert.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Vaudescal, professeur agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, Suzor, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; Mlle Bardy, M. de Manet, ancien et chef de clinique adjoints, assistés des moniteurs de la Clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 23 mars 1929; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

— ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — *Conférences d'anatomie radiographique.* — M. le docteur Basset, agrégé, fera une série de conférences tous les jeudis, à partir du jeudi 18 avril, à 17 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Sujet : « Etude radiographique du squelette des membres et de ses lésions traumatiques. »

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — CONSULTATION CIVIALE. *Voies urinaires.* (Service de M. le professeur agrégé MARION.) — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundi, mardi et vendredi, à 11 h., à partir du lundi 15 avril 1929.

Programme. — La blennorragie chez l'homme. Anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires. Les traitements et leurs indications, par M. Eudel, ancien assistant du service.

La blennorragie chez la femme, par M. Dalsace, assistant adjoint chargé de la consultation des femmes.

L'urétroscopie, par M. Busson, chargé des examens urétroscopiques du service.

La haute fréquence en urologie. Principes généraux. La diathermie chez l'homme et chez la femme, par M. Roucayrol, chargé du service de la diathermie.

Bactériologie des urétrites. Diagnostic bactériologique de la guérison, par M. Colombet, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M., salle Béclard.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande.

Droit d'inscription : 300 fr.

SIX LEÇONS SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES, par le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck, du lundi 25 mars au samedi 30 mars.

Programme des cours. — Lundi 25 mars : Traitement du mal de Pott.

Mardi 26 mars : Traitement de la coxalgie.

Mercredi 27 mars : Traitement de la tumeur blanche du genou.

Jeudi 28 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied.

Vendredi 29 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur.

Samedi 30 mars : Traitement des ostéites tuberculeuses. Traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin, à l'Hôpital maritime. Ils commenceront le lundi matin, à 9 h. Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Les après-midi seront consacrés aux visites

**

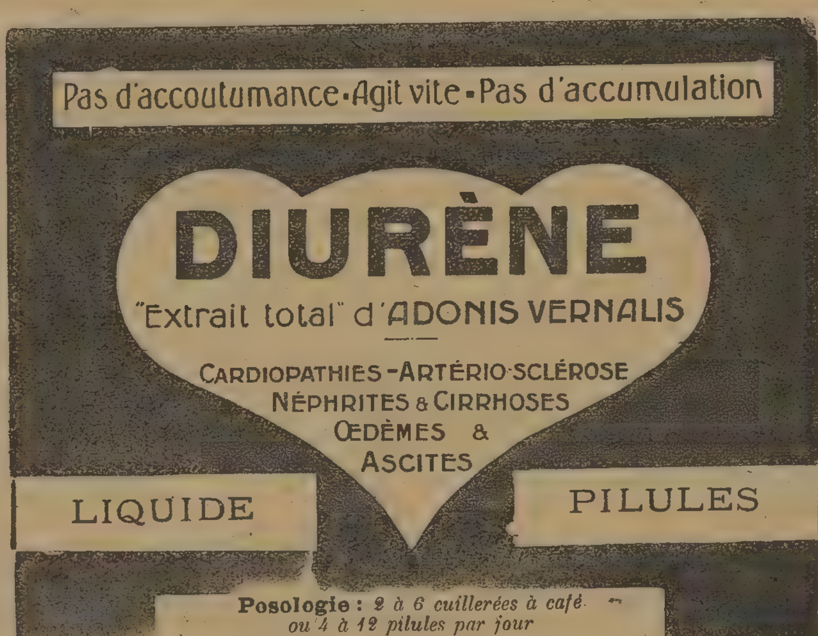
LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs
de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTABLISSEMENT DE LA PATENTE

M. Loubat, sénateur, demande à M. le ministre des Finances si un médecin marié à la directrice d'un collège qui est tenue, par les règlements, d'habiter dans cet établissement, doit être imposé pour la patente, à la fois à son domicile professionnel et à son domicile conjugal, alors que le premier pourrait suffire à ses besoins, et qu'il lui est interdit de se livrer dans le second à l'exercice de sa profession et qu'il se l'interdit lui-même rigoureusement. (*Question du 7 décembre 1928.*)

Réponse. — Aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, le droit proportionnel de patente est établi sur la valeur locative tant de la maison d'habitation que des locaux professionnels occupés par le patentable, et, d'après l'article 14 de la même loi, le droit proportionnel sur l'habitation est dû à la fois pour l'habitation principale et pour les habitations secondaires servant à l'exercice de la profession. Il s'ensuit que le médecin visé dans la question est redevable de la contribution des patentes non seulement pour l'appartement où est installé son cabinet, mais encore à raison de l'appartement qu'il occupe avec sa famille et qui constitue son habitation principale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 18 mars. — Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Gosset et Ombrédanne. — M. FOURREY. A propos de quatre observations d'iléus. — M. HUMBERT. Etude de la valeur thérapeutique de l'opération d'Albee (mal de Pott. — M. DI RUGGIERO. Etude du traitement des ruptures de l'urètre périnéo-bulbaire. — M. MARCOU. Les manifestations urinaires dans le cancer du rectum. — M. ARMINGEAT. Le syndrome pâleur chez les nourrissons opérés.

Mardi 19 mars. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Gougerot et Lévy-Valensi. — M. JAMBON. Etude du traitement de l'asthme. — M. DUPONT. Etude de la démence précoce syphilitique. — M. GÉZA-KLEIN. La photosensibilité.

Mercredi 20 mars. — Jury : MM. Bernard, président; Lemierre, Debré et Chlray. — Mlle FONTAINE. L'oléothorax (indications, etc.). — M. GINDRAUD. Tuberculose et gangrène pulmonaire. — M. RELLIAUD. L'Asile national des convalescents de Saint-Maurice (Seine).

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, Dechambre et Robin. — M. LECERF. Essai sur l'alimentation et le travail du cheval. — M. AUBRY. L'élevage du cheval pur sang anglais au haras de Memeval (Eure).

Jeudi 21 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Maignon et Robin. — M. DUPAS. Etude des troubles de la sécrétion chez le cheval.

Vendredi 22 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. M. Labbé, président; Dechambre et Henry. — M. FLAMENT. Etude des industries du poisson.

Samedi 23 mars. — Jury : MM. Achard, président; Lecène,

IODALOSE GALBRUN
IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme
Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin
Doses quotidiennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 Rue du Petit-Musc, PARIS (IVe)
Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Olivier et Vaudescal. — M. DOUBLET. Essai sur les spondylites d'origine typhique. — M. GONTON. Etude historique de la peste dans la région toulonnaise. — M. MARIE. Fonctionnement du préventorium marin de Graye-sur-Mer (Calvados). — M. GRANDPERRIN. Chirurgie conservatrice et diathermie (traitement des salpingites).

CHRONIQUE

UN SIÈCLE DE MÉDECINE COLONIALE FRANÇAISE EN ALGÉRIE (1830-1929)

Au printemps de 1930, il y aura cent ans que les français sont venus s'installer dans le Nord de l'Afrique. A l'occasion de ce centenaire on célébrera les hauts faits militaires qui ont marqué l'Epopée africaine, on exaltera les bienfaits de l'administration française et l'énergie persévérante des colons. Pensera-t-on à rappeler les travaux des médecins qui ont tant fait pour l'œuvre d'assainissement, pour l'hygiène, pour l'assistance et pour la pénétration pacifique?

Il faut savoir gré au docteur Jean Tremsal d'avoir été au-devant d'un oubli possible et d'avoir étudié dans un remarquable travail « *Un siècle de médecine coloniale française en Algérie* » (1).

Lorsque les français débarquèrent à Sidi Ferruch, le 14 juin 1830, ils allaient avoir à lutter contre des adversaires courageux, mais ils allaient aussi se trouver en face d'ennemis plus redoutables encore : les épidémies de variole et de typhus, le paludisme, la peste, le choléra, la fièvre typhoïde, etc.

C'est dire combien d'emblée fut rude la tâche médicale.

Le service de santé du corps expéditionnaire comprenait une centaine de médecins dirigés par MM. Roux, médecin en chef du service des hôpitaux et Beaupré, chirurgien en chef, M. Charpentier était pharmacien en chef.

Tous étaient placés sous l'autorité du baron Denniée, intendant en chef (2).

Dès le début, le Corps médical est aux prises avec des difficultés sans nom qu'il arrivera à vaincre par son courage, sa constance et son dévouement.

Ces difficultés sont d'autant plus graves que les siècles de domination arabe et de domination turque ont ruiné toute la civilisation ancienne de Carthage, de Rome et de Byzance et que l'Algérie, au point de vue de l'hygiène, est livrée à l'anarchie et à l'empirisme. Dans les villes, « la vermine est la maîtresse de la rue et de l'habitation ». (L. Raynaud.)

Le livre de M. Tremsal montre l'œuvre immense que les médecins eurent à réaliser parallèlement à l'action militaire. Les documents qu'il a pu réunir, grâce à M. Lucien Raynaud, l'éminent inspecteur général des services de l'hygiène et de la santé publique en Algérie, grâce à ses maîtres d'Alger, grâce aux éléments si précieux qu'ils a trouvés à Tunis, grâce enfin à la vie de médecin de colonisation qu'il a menée lui-même, donnent à son livre un intérêt tout particulier.

Trois hommes dominent la pléiade de médecins qui ont contribué si largement à fonder notre grand empire de l'Afrique du Nord : MAILLOT, qui sut vaincre le paludisme; LAVERAN, qui en découvrit l'hématozoaire, enfin Charles NICOLLE, le directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, le prix Nobel d'hier, dont l'œuvre magnifique rayonne bien au delà de la mer latine,

(1) *Th. d'Alger*, un vol. in-8. — Tunis, Imprimerie Barlier, 4, rue Annibal, 1928.

(2) Léon GALIBERT, *L'Algérie ancienne et moderne*. — Paris, 1844.

Quand Maillot arriva à Bône, en 1834, le *paludisme* faisait des ravages dont les chiffres suivants donnent une idée :

En 1832, l'hôpital de Bône avait reçu 4.033 entrants pour paludisme, on constata 449 morts soit 1/9.

En 1833, il y eut 6.704 entrants et 1.526 morts soit 1/3 1/2.

Maillot, instruit par un premier séjour en Corse, abandonne les saignées pronées par Broussais et prescrit le sulfate de quinine à haute dose, il obtient les résultats suivants :

En 1834 sur 11.593 entrants il y a 538 morts soit 1/21.

En 1865, toujours grâce à l'action de Maillot, la mortalité était tombée à 1/62 (1).

Est-il besoin de rappeler les luttes que Maillot eut à soutenir pour faire admettre son opinion? C'est en 1888 seulement que le Parlement, en lui votant une pension nationale, consacra l'œuvre de ce bienfaiteur de l'humanité.

En 1880, LAVERAN découvre à Constantine l'*hématozoaire du paludisme*, et fait selon Calmette « l'œuvre la plus importante en médecine et en hygiène après celle de Pasteur ».

Ch. NICOLLE, enfin, établit l'étiologie et la prophylaxie du *typhus exanthématique* et ses découvertes permettent aux armées alliées d'éviter pendant la grande guerre le plus redoutable des fléaux.

Le nom de Nicolle et de ses collaborateurs Etienne Burnet, Conseil, Gobert, etc., se retrouvent d'ailleurs à chaque pas lorsqu'on étudie, la pathologie du Nord Afrique.

Dans l'étude de la *fièvre récurrente*, Charles Nicolle, Blaizot, Conseil, Lebailly fixent le rôle de transmission joué par le pou et complètent les travaux des frères Sergent et de Foley à Alger.

C'est Nicolle, Burnet et l'Institut Pasteur de Tunis, qui donnent les moyens de combattre la *fièvre ondulante*, qui précisent l'étiologie de la *rougeole*, du *Kala-Azar*, du *bouton d'Orient*, qui permettent d'organiser la lutte contre le *trachome* qu'étudient de leur côté, Petit en Tunisie, Sergent, Cange et Foley en Algérie, Remlinger et Bernard au Maroc. Ce sont encore les travaux de Ch. Nicolle, de P. Durand et Reenstierna qui permettent d'arriver à la vaccinothérapie du *chancre mou*.

Avec les recherches de Nicolle sur les *infections inapparentes* nous sortons de la pathologie coloniale pour aborder une question qui intéresse la pathologie au sens le plus étendu du mot.

Le livre de M. Tremsal ne montre-t-il pas, d'ailleurs, le rôle considérable que jouent désormais dans le monde les centres de recherches constitués par la Faculté de médecine d'Alger, par les Instituts Pasteur d'Alger, de Tanger et surtout par celui de Tunis.

La place nous manque pour suivre l'auteur dans son étude de la *médecine arabe au début du XIXe siècle*, dans son exposé de l'*assistance médicale aux indigènes*, des services d'*hygiène* et de *prophylaxie*.

Qu'il s'agisse des services de l'Algérie ou de ceux si remarquablement organisés au Maroc par les collaborateurs médicaux du maréchal Lyautey, qu'il s'agisse des œuvres d'assistances créées en Tunisie sous la protection si active de M. et de Mme Lucien Saint : on ne peut qu'admirer l'immensité de l'œuvre réalisée.

Comment ne pas en reporter l'honneur sur ceux qui en furent les artisans modestes et persévérants; le médecin militaire qui a commencé le premier, avec quelle abnégation, l'œuvre de pénétration pacifique, et le médecin de colonisation, héros obscur, qui fait aimer la France et succombe trop souvent à la tâche.

En leur rendant un hommage particulier, le docteur Tremsal, a fait une œuvre de justice.

F. L. S.

(1) Considérations sur l'état sanitaire de la garnison de Bône de 1832 à 1881, *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 209, et 9 aout 1894, n° 92.

LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ANGINE DE POITRINE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection
quotidienne hypodermique ou
intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
J.B. FIALIP, PH cien
97, RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph : LITTRÉ 68-24

DEUX MÉTHODES
DE TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE

En réalité il n'y en a qu'une qui mérite le nom de méthode, l'autre étant tout au plus un procédé ; donnons-lui cependant la priorité de notre examen.

1° Prendre des extraits de toutes les glandes dont on peut supposer l'insuffisance et dont l'action est souvent antagoniste ; en faire le mélange et l'administreravec l'espoir que la glande en cause saura trouver là son excitant fonctionnel : *procédé aveugle, empirique, tenant de l'alchimie beaucoup plus que de la physiologie.*

2° Etablir le bilan endocrinien du malade dont la symptomatologie révèle la déficience glandulaire. Choisir alors des extraits correspondants à ses insuffisances parmi les préparations de choix que les procédés d'extraction scientifique permettent d'obtenir actuellement : *méthode rigoureuse, rationnelle, la seule qui permette desrésultats positifs dans de nombreux cas où l'opothérapie banale était restée sans effet.*

l'Agomensine,
la Sistomensine,
l'Androstine,

sont à placer au premier rang de ces préparations de choix.

INDICATIONS

Agomensine Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

Sistomensine Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée. — Ménorragie des jeunes filles.

Androstine Troubles ménopausiques et pubertaires. — Hypersthénie génitale. — Psychoses et névroses. — Obésité, hypotonie.

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

SUR QUELQUES CAS DE TUMEURS CÉRÉBRALES[1]

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de la Charité.

Messieurs,

Je voudrais vous parler aujourd'hui de quelques cas de tumeurs cérébrales que j'ai eu l'occasion d'observer et qui m'ont paru dignes d'intérêt. Ne cherchez donc pas, dans cette leçon, l'histoire dogmatique d'une affection si bien décrite dans tous les classiques! Voyez-y plutôt une causerie familière qui, peut-être, évoquera à vos esprits de lettrés ces « images flottantes comme des guirlandes rompues et sans cesse renouées »! Faisons ensemble, si vous le voulez bien, dans les jardins de la neurologie, l'école buissonnière! Et surtout, gardons-nous d'être complets. Au souci de tout dire, préférons cette « curiosité vague et légère qui s'attache à tout sans vouloir rien épuiser ».

I. ÉTUDE ANALYTIQUE DE NOS CAS

Nous les répartirons en six classes, selon qu'ils concernent des *tubercules*, des *gliomes*, des *méningiomes*, des *neurinomes*, des *sympathomes* ou des *tumeurs indéterminées*.

A. **Tubercules.** — Ils ne se développent que chez des sujets porteurs d'un autre foyer de tuberculose : péritonéale, hépatique, ganglionnaire, osseuse et surtout pulmonaire. C'est dire qu'ils sont toujours *secondaires*.

Ils peuvent rester *latents* d'un bout à l'autre de leur évolution et n'être découverts qu'à l'autopsie.

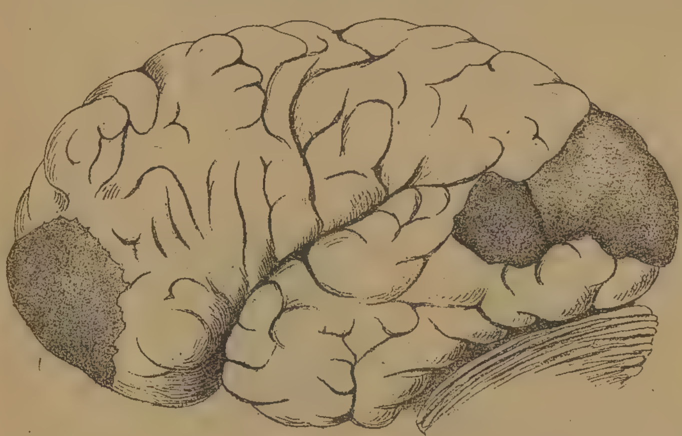


Fig. 1. — *Tubercules de l'hémisphère cérébral gauche*, occupant, pour le plus volumineux, le lobe occipital; pour l'autre, la partie antérieure du lobe frontal.

Tel est le cas de la fillette que nous avons jadis étudiée avec M. Paisseau (2), et chez laquelle le professeur Hutinel, dans le service duquel elle se trouvait, avait fait le diagnostic de cirrhose cardio-tuberculeuse. Elle ne présentait aucun trouble nerveux, abstraction faite, peut-être, d'une certaine torpeur cérébrale. L'examen nécropsique nous montra qu'il



Fig. 2. — *Tubercules cérébraux, cérébelleux et méningé*, ce dernier situé à droite de la ligne médiane et encore adhérent à un morceau de dure-mère.

existait, en plus de la cirrhose cardio-tuberculeuse, de nombreux tubercules intracraniens occupant, les uns le cerveau, les autres le cervelet (fig. 1 et 2).

Autre cas. Un homme entre dans notre service, à la Charité, en 1925, pour une tuberculose pulmonaire cavitaire. Les derniers jours, nous constatons chez lui, avec M. J. Hutinel, d'importantes réactions méningées, tant d'ordre biologique : hyperalbuminose, lymphocytose considérable, présence dans le liquide céphalo-rachidien de bacilles de Koch, que

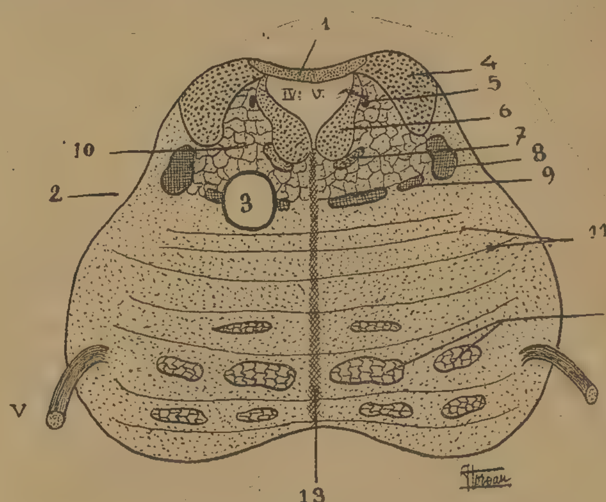


Fig. 3. — *Tubercule occupant la partie supérieure de la protubérance.*

1. Valvule de Vieussens. — 2. Sillon latéral de l'isthme. — 3. Tubercule. — 4. Pédoncule cérébelleux supérieur. — 5. Racine supérieure du trijumeau. — 6. Substance grise de l'aqueduc de Sylvius. — 7. Bandelette longitudinale postérieure. — 8 et 9. Ruban de Reil. — 10. Formation réticulaire. — 11. Fibres transversales de la protubérance. — 12. Faisceau pyramidal. — V. Trijumeau.

clinique : raideur de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski, rapidité et irrégularités du pouls, intermittences respiratoires, céphalée, troubles vaso-moteurs, etc. A l'autopsie, en plus des lésions habituelles à la méningite tuberculeuse, tubercule

(1) Leçon faite chez M. le professeur Sergent le 25 janvier 1929.

(2) L. Babonneix et G. Paisseau. Un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse, *Arch. des mal. du cœur*, mai 1909.

du volume d'une lentille occupant la partie supérieure de la protubérance (1) [fig. 3].

Dans ce cas, comme dans le précédent, latence absolue du tubercule, mais tandis que dans celui-ci, il n'existait aucun symptôme cérébral, dans celui-là, on avait porté le diagnostic de méningite tuberculeuse, rien ne pouvant faire soupçonner l'existence d'un tuberculome protubérantiel.

D'autres fois, les tubercules cérébraux se comportent comme des *tumeurs cérébrales*. Il est assez facile de les reconnaître en se fondant sur l'un des arguments suivants :

a. *Apparition, chez un sujet atteint de tuberculose, et notamment de tuberculose pulmonaire, de phénomènes attribuables à une néoformation intracranienne.*

Voici, par exemple, un jeune sujet entré dans mon service de la Charité, à la fin de 1925, pour une tuberculose pulmonaire cavitaire, compliquée de vomissements faciles, en fusée, et de céphalée occipitale. A l'examen ophtalmologique, stase papillaire. Bien que l'état précaire du malade rendît



Fig. 4. — *Tubercule du cervelet* (dessin demi-schématique de M. Jourdan).

malaisée toute observation quelque peu minutieuse, nous avions pensé à un tubercule du cervelet. En effet, à l'autopsie, tubercule gros comme une mandarine, caséifié, situé le long du bord latéral du cervelet, aux confins des substances grise et blanche (fig. 4).

b. *Constatation, à l'examen ophtalmologique d'un sujet présentant des signes de tumeur cérébrale, de ces tubercules choroïdiens jadis décrits par Bouchut* et retrouvés par M. Bourdier.

En 1909, nous avions, avec M. Roger Voisin, l'occasion d'observer dans le service du professeur Hutinel, dont nous avions l'honneur d'être alors les chefs de clinique, un petit garçon de trois ans qu'on nous amenait pour une hémiplégie droite, d'abord légère, puis de plus en plus marquée. A l'examen, troubles de l'équilibre avec tendance à la chute vers la droite, hémiplégie droite, paralysie faciale gauche, c'est-à-dire syndrome de Millard-Gubler, céphalée, vomissements à type cérébral. Nous faisons donc le diagnostic de tumeur occupant la partie basse de la protubérance, comprimant le cervelet ou les pédoncules cérébelleux, et nous prions M. Terrien de voir si cet enfant ne présentait pas de stase papillaire. Sa réponse fut la suivante : 1° stase papillaire double; 2° présence de cinq ou six tubercules sur la choroïde de l'œil gauche. Il s'agissait donc, selon toute vraisemblance (et le caractère positif de l'intradermoréaction plaidait encore dans ce sens), d'un tubercule protubérantiel. Les jours suivants, convulsions suivies d'une explosion de « méningite » rapidement mortelle. Bien qu'il se soit agi d'un cas de la ville, et que nous n'ayons pu procéder à l'examen nécropsique, il était facile de reconstituer l'histoire du petit malade. Il était porteur d'un tubercule encéphalique qui, à un moment donné, s'était ouvert dans les méninges. C'est là une éventualité si spéciale à cette variété de néoformations intracraniennes que nous voulons lui consacrer un paragraphe spécial.

c. *Evolution particulière et presque pathognomonique.* — On voit, chez un sujet atteint de tuberculose, survenir des convulsions à type comitial, d'abord assez espacées, et que, faute de meilleure explication, on considère comme essentielles. Ne disparaissent-elles pas sans laisser la moindre trace? Dans la période qui les sépare, le petit malade



Fig. 5. — *Tubercule* (en noir, en bas et à droite) *de la frontale ascendante droite.*

n'offre-t-il pas tous les signes de la santé? Puis, un beau jour, éclate une méningite tuberculeuse qui emporte le malade.

Que s'est-il passé dans ces cas, que connaissent

(1) L. Babonneix et J. Hutinel. Tuberculome protubérantiel, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 31 juillet 1925, t. XLIX, n° 28.

bien tous les médecins d'enfants, et qui, pour la première fois, ont été décrits par Rilliet et Barthez sous le nom de *tuberculisation chronique du cerveau*? Le tubercule cérébral, d'abord situé dans la profondeur d'une circonvolution, comme dans le cas ci-joint (fig. 5) que j'ai observé jadis à la Salpêtrière, chez le professeur Raymond, agit sur les circonvolutions motrices et détermine, par le mécanisme habituel, des crises comitiales plus ou moins fortes, plus ou moins espacées. Peu à peu, conformément à une loi générale qui veut que les productions pathologiques se dirigent toujours de la profondeur vers la surface, le tubercule tend à s'extérioriser, et, à un moment donné, il affleure la pie-mère. Si des adhérences protectrices ne s'établissent pas, il ensemence la cavité sous-arachnoïdienne, y projette d'innombrables bacilles de Koch et déclanche ainsi une méningite tuberculeuse typique.

N'oubliez pas, non plus, que les tubercules cérébraux ne peuvent traduire leur existence que par un *état de mal comitial* rapidement mortel. Etant de garde aux Enfants-Malades, en 1901, j'ai été appelé une nuit pour voir une fillette qui venait d'être prise de convulsions épileptiformes. Cette fillette, je la connaissais bien. Il y avait plusieurs mois qu'elle était soignée dans le service pour une péritonite tuberculeuse. Comme elle allait mieux, nous avions décidé son départ pour Berck. C'est dans la nuit qui a précédé le jour où elle devait partir qu'elle fut prise d'accidents convulsifs que rien n'avait fait prévoir, qui se répétèrent plusieurs heures de suite et se terminèrent, au matin, par la mort. A l'autopsie, gros tubercule situé à la face externe de l'hémisphère gauche et comprimant, de ce côté, la frontale ascendante.

Résumons-nous. Les tubercules cérébraux peuvent :

1° *Rester latents d'un bout à l'autre de leur évolution*;

2° *Se comporter comme des tumeurs cérébrales*. On peut alors les reconnaître :

a. A l'apparition de symptômes d'hypertension intracranienne chez un sujet suspect de tuberculose;

b. A la présence, chez un sujet présentant ces symptômes, de tubercules choroïdiens;

c. A leur évolution spéciale : crises convulsives d'apparence essentielle, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées, pour se terminer par méningite tuberculeuse;

3° *Rester latents jusqu'au moment où ils se traduisent par un état de mal épileptique rapidement mortel.*

B. **Gliomes.** — Rien de plus difficile, dans bien des cas, que le diagnostic de gliome. De cette assertion, voulez-vous quelques preuves?

Un homme de trente et un ans entre dans mon service, en 1925, pour une tuberculose pulmonaire qui aurait paru banale, n'était l'existence d'une polyurie ancienne et considérable; d'après le malade, elle remontait à plusieurs années; en tout cas, elle atteignait 10 litres par vingt-quatre heures. Quoi de plus vraisemblable, en tel cas, que l'existence d'un tubercule situé au voisinage de l'hypophyse? C'est donc à cette hypothèse que nous crûmes, avec M. J. Hutinel, devoir nous arrêter.

A l'autopsie, non pas tubercule de l'hypophyse, mais *gliome du tuber* (fig. 6).

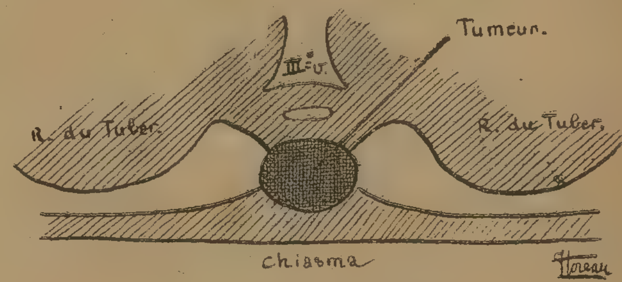


Fig. 6. — *Gliome du tuber.*

Ainsi, tumeur cérébrale :

1° N'ayant, peut-être en raison de son petit volume, déterminé aucun phénomène d'hypertension intracranienne;

2° Consistant, non pas comme on aurait pu croire chez ce phtisique en un tubercule, mais bien en un gliome;

3° Ayant manifesté son existence par une polyurie que l'on peut mettre sur le compte, non d'un hypothétique trouble fonctionnel hypophysaire, mais d'une lésion tubérienne. Ne sait-on pas qu'expérimentalement (J. Camus et G. Roussy), comme anatomiquement (L. Babonneix et J. Lhermitte), les lésions du tuber tiennent sous leur dépendance divers symptômes génito-urinaires, dont la polyurie (1)?

Voici maintenant deux cas de gliomes anatomiquement vérifiés où le principal symptôme a été la *somnolence*.

Un jeune homme entre dans mon service, en 1927, pour une somnolence invincible, continue, datant de trois mois. Encéphalite léthargique? Non, car, à cette somnolence, s'associaient d'autres phénomènes d'ordre neurologique permettant le diagnostic de tumeur cérébrale : céphalée diffuse, mais surtout frontale; vomissements en fusée; vertiges; bourdonnements d'oreilles; stase papillaire énorme (J. Blum); hyperalbuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Nous pensons à un néoplasme occupant la région des tubercules quadrijumeaux et de la glande pinéale. Une trépanation décompressive n'est suivie d'aucune amélioration. Au bout de quelques jours, mort par syncope. A l'autopsie, gliome infiltré de la calotte protubérantielle, des pédoncules cérébelleux, de la région thalamique, mais intéressant surtout les tubercules quadrijumeaux, et, en un point limité, envahissant

(1) L. Babonneix et J. Hutinel. Polyurie liée sans doute à un gliome de la région tubérienne, *Gaz. des hôpit.*, mars 1925, nos 22, 24 et 26.

***

les méninges (1) [fig. 7 et 8]. Cas passionnant, puisqu'il vient à l'appui de la théorie soutenue par M. J. Lhermitte dans son beau rapport à la Réunion neu-

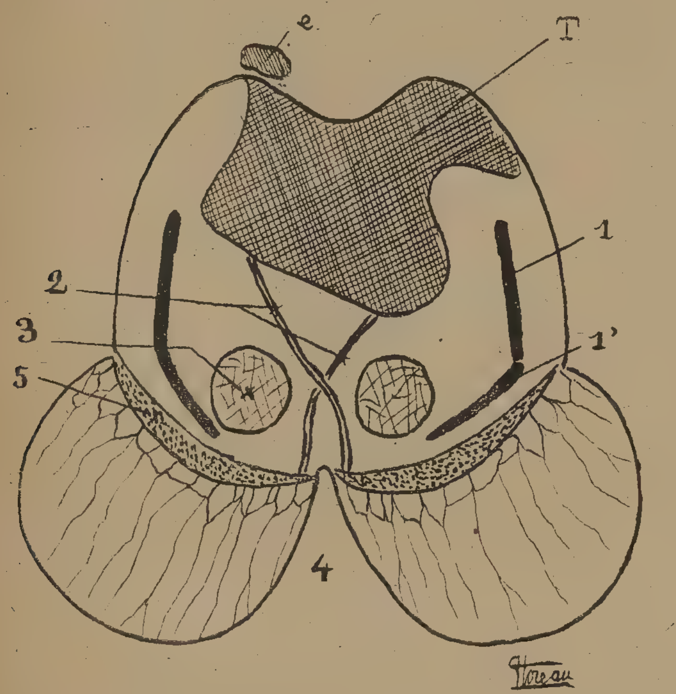


Fig. 7. — *Gliome de la calotte.* (Partie supérieure des pédoncules cérébraux.)

1 et 1'. Ruban de Reil. — 2. Faisceau de Forel. — 3. Noyau rouge. — 4. Espace interpédonculaire. — 5. Locus niger. — T. La tumeur. — *e*. Epiphyse déjetée sur le côté.

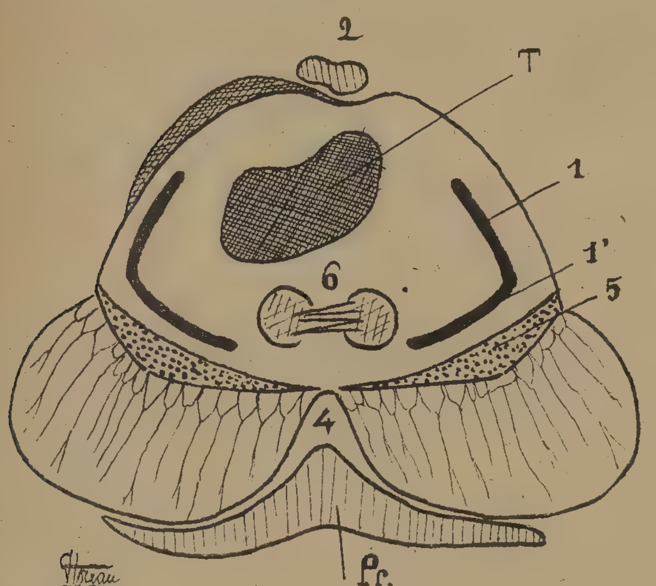


Fig. 8. — *Partie inférieure des pédoncules cérébraux.*

1 et 1'. Ruban de Reil. — 2. Epiphyse, à gauche de laquelle se voit la méninge molle, infiltrée. — 4. Espace interpédonculaire. — 5. Locus niger. — 6. Commissure de Wernekink. — T. Tumeur.

rologique annuelle de 1927, à savoir qu'il existe un centre hypnique, siégeant à la base du cerveau, et, plus exactement encore, occupant l'espace opto-pédonculaire et la calotte mésocéphalique, si bien que « les lésions destructives de la partie ventrale du ventricule moyen et de la substance grise qui s'étale en arrière sous l'aqueduc de Sylvius, s'accompagnent avec une régularité saisissante, soit de narcolepsie, soit d'hypersomnie prolongée » (1) [fig. 9 et 10]!

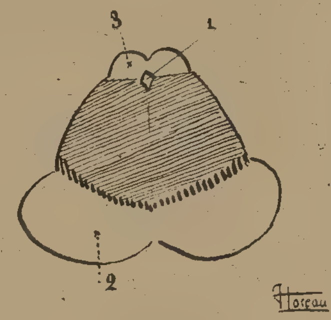


Fig. 9. — *Coupe transversale des pédoncules cérébraux.*

1. Aqueduc de Sylvius. — 2. Pied du pédoncule. — 3. Tubercules quadrijumeaux. — 4. Calotte.

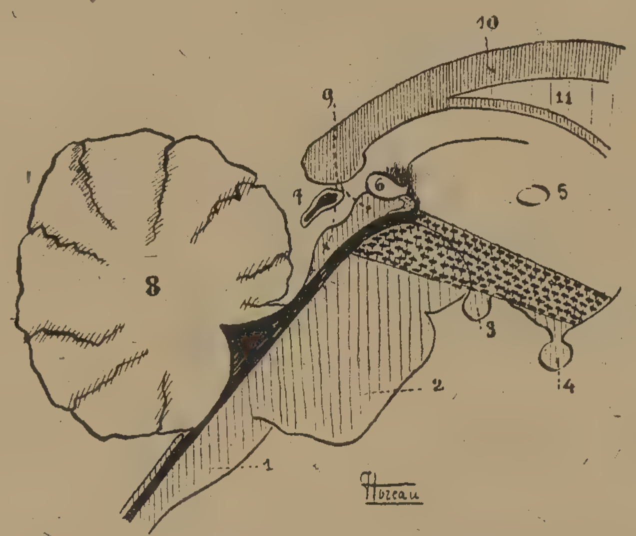


Fig. 10. — *Coupe antéro-postérieure et médiane de l'encéphale.*

1. Bulbe. — 2. Protubérance. — 3. Tubercules mamillaires. — 4. Hypophyse. — 5. Commissure grise. — 6. Commissure blanche postérieure. — 7. Ampoule de Galien. — 8. Cervelet. 9. Tubercules quadrijumeaux. — 10. Corps calleux. — 11. Trigone. — En quadrillé, le centre hypnique. (D'après la description de M. J. Lhermitte.)

Dans le cas précédent, la somnolence était assurément le symptôme capital. N'empêche qu'il existait des phénomènes d'hypertension intracranienne permettant le diagnostic de tumeur cérébrale. Dans le suivant, tout semblait conjuré pour rendre l'erreur inévitable : somnolence ; phénomènes cliniques pouvant être attribués à la neuro-syphilis ; réaction de Bordet-Wassermann positive pour le liquide céphalo-rachidien.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, sans antécédents, et que nous avons eu l'occasion d'examiner avec M. Chabrol (2). Elle était entrée à la Charité pour des symptômes nerveux : céphalée, hémiparésie gauche et, surtout, somnolence, datant

(1) L. Babonneix et A. Widiez. Gliome des tubercules quadrijumeaux avec, comme principal symptôme, la somnolence. *Revue neurol.*, juin 1927, n° 6.

(1) J. Lhermitte. Le centre hypnique, Réunion neurologique, 1927, p 816 du tome I de la *Revue neurologique* de 1927.

(2) L. Babonneix et Chabrol. Gliome cérébral, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 20 juillet 1923.

de plusieurs mois. A l'examen, en plus de la torpeur, en plus d'une hémiparésie gauche du type organique, ce qui frappait le plus, c'étaient les signes oculo-pupillaires : ptosis droit; inégalité pupillaire (O. G > O. D); déformation et irrégularités pupillaires, sans signes d'Argyll. A la ponction lombaire, xanthochromie manifeste du liquide céphalo-rachidien, riche en albumine; réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Fallait-il, en raison de la somnolence et du ptosis, penser à une encéphalite léthargique, ou, prenant en considération les réactions sérologiques comme l'existence de phénomènes oculo-pupillaires, mettre en cause une syphilis cérébrale?

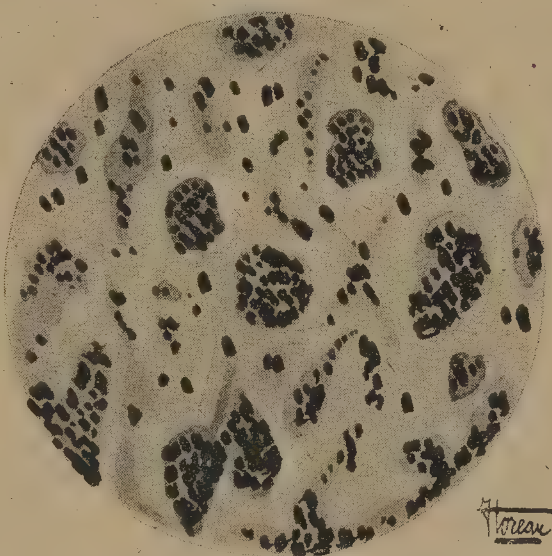


FIG. 11. — *Eléments cellulaires de grandes dimensions, mûriformes, riches en inclusions cellulaires.*

Nous hésitions encore lorsque survinrent des phénomènes complexes : paralysie faciale périphérique droite, réactions méningées, troubles sphinctériens, dysarthrie, etc., sans modifications des réflexes tendineux, sans altération de la sensibilité objective, des escarres. Finalement, mort dans le marasme. A l'autopsie, tumeur infiltrée, très étendue, occupant surtout la région de la base, d'où elle se propage transversalement. Sur une coupe du pédoncule cérébral droit, infiltration gélatineuse de la partie interne, destruction du noyau rouge, du locus niger et des régions voisines. A la coupe de l'hémisphère gauche, infiltration de la paroi du IIIe ventricule, de la partie gauche du septum lucidum et du pilier correspondant du trigone. Pour l'hémisphère droit, infiltration de toute la paroi correspondante du IIIe ventricule, du tubercule mamillaire, et, surtout, du corps opto-strié, prédominant sur le thalamus et sur le globus pallidus, respectant le putamen. Histologiquement, gliome à petites cellules, présentant une seule particularité d'ordre histologique : la présence d'éléments cellulaires de grandes dimensions, d'aspect mûriforme, riches en inclusions cellulaires consistant surtout en débris nucléaires, et qui ne sont sans doute que des macrophages (fig. 11).

Dans ce cas, n'aurions-nous pas été autorisés à porter le diagnostic d'encéphalite léthargique ou de neuro-syphilis à foyers disséminés plutôt que celui de néoplasme cérébral ? Et, pourtant, il s'agissait d'un gliome infiltré de la base.

D'autres fois, on pense bien à une tumeur cérébrale, on arrive même à la localiser, mais rien ne permet, jusqu'à l'opération ou jusqu'à l'examen nécropsique, d'affirmer le gliome.

C'est ainsi qu'avec M. Kauffmann, nous avons vu, en 1907, un enfant du service de M. Richardière, chez qui, depuis dix mois, étaient apparus des convulsions de plus en plus fréquentes, des troubles de la marche, une cachexie progressive. A l'examen, hydrocéphalie, dysphagie, raideur de la nuque, rétro-

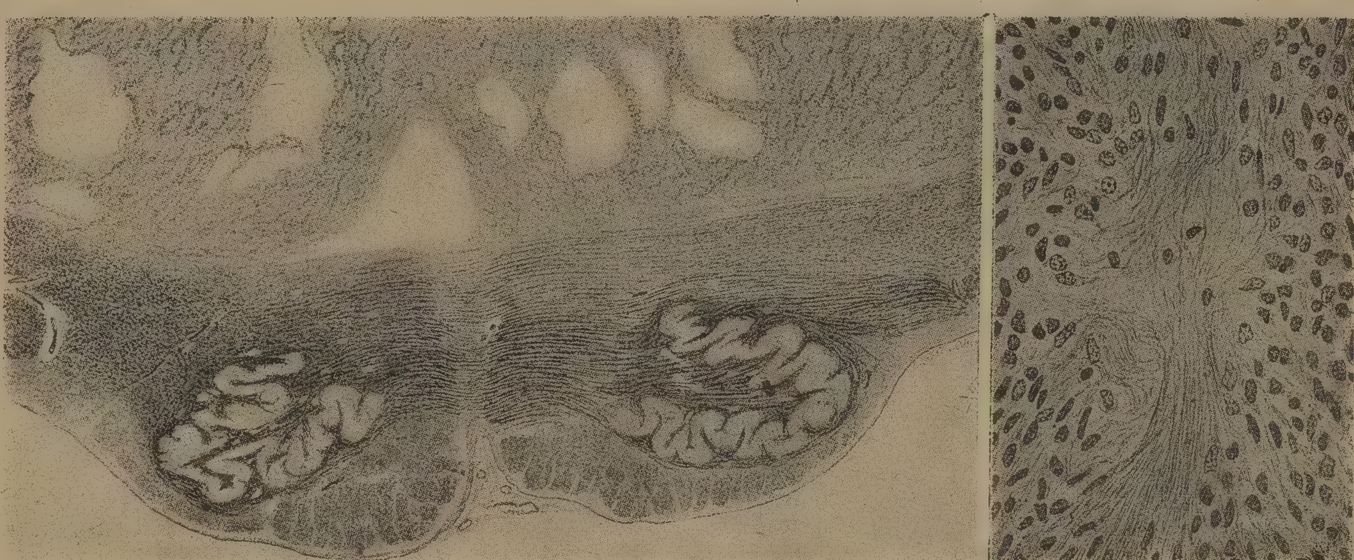


FIG. 12. — *Tumeur du IVe ventricule.*

A gauche, la tumeur, alvéolaire, occupant la partie dorsale du bulbe.
A droite, un fragment de la tumeur, coloré à l'hématéine-éosine et montrant nettement : 1° les noyaux névrogliques; 2° le fin réticulum d'aspect pénicillé (Gr. $\frac{650}{1}$).

et latéropulsion, diminution générale des réflexes tendineux, mais avec signe de Babinski. Etant donné ces symptômes, nous admettons, avec les réserves d'usage, l'existence d'une tumeur située dans le voisinage du cervelet, et intéressant bulbe et protubérance. A l'examen ophtalmoscopique (Terrien), kératite neuro-paralytique, indiquant, comme vous savez, une lésion du trijumeau; début de stase papillaire, surtout à droite. La mort ne tarde pas à survenir. A l'autopsie, épendymo-gliome occupant le IVe ventricule, plongeant, par son extrémité postérieure, dans le trou occipital, et surtout développé aux dépens de la face postérieure du bulbe (1) [fig. 12 et 13].



Fig. 13. — *Tumeur du IVe ventricule.*

En haut, le cervelet; en bas, la tumeur (Gr. $\frac{15}{1}$).

Autre cas de ce genre. Avec M. R. Voisin, nous voyions, en 1909, un garçon de quatorze ans et demi, se plaignant depuis un an de céphalées, d'abord attribuées à des troubles digestifs, de vomissements à type cérébral, et sujet, depuis la même époque, à des crises comitiales. A l'examen, démarche cérébelleuse, titubation, vertiges, hémiparésie droite, légers troubles intellectuels. Nous prions M. Dupuy-Dutemps de bien vouloir examiner les yeux. Il trouve une double stase papillaire. Donc, tumeur cérébrale, mais de quel siège? Nous avions, étant donné les symptômes, pensé à la région cérébelleuse. L'opération montra qu'il s'agissait d'un « sarcome » — entendez gliome — du cerveau, sans autres précisions, et non du cervelet (1).

(1) L. Babonneix et Kauffmann. Contribution à l'étude des tumeurs du IVe ventricule chez l'enfant, *L'Encéphale*, 1909.

Ainsi, les gliomes peuvent :

1° *Se développer chez des tuberculeux*, faisant penser, tout naturellement, à un tubercule de l'encéphale;

2° *Avoir comme principal symptôme la somnolence*, d'où confusion possible avec l'encéphalite léthargique;

3° *Simuler la neuro-syphilis*, et par les signes cliniques, et par les réactions sérologiques, fait sur lequel a justement insisté M. Cl. Vincent;

4° *Se comporter comme des tumeurs cérébrales*, faciles à reconnaître et même à localiser, mais dont il est impossible, avant l'autopsie, de connaître la nature.

C. **Méningiomes.** — Jadis, les méninges molles étaient considérées comme étant de nature conjonctive. Aujourd'hui, on admet qu'elles sont constituées sinon uniquement, du moins principalement par de la névroglie, et l'on décrit des méningiomes : tumeurs cérébrales, d'origine méningée, siégeant souvent sur le bord interne des hémisphères cérébraux et qui, histologiquement, diffèrent des gliomes par la présence, au milieu de cellules d'apparence gliomateuse, de plages formées par des cellules aplaties, isolées ou soudées entre elles, d'aspect endothélial ou syncitial. En voici un cas que j'ai eu l'occasion d'observer avec M. A. Widiez.

Une dame de quarante-cinq ans se présente à notre consultation de la Charité pour des crises convulsives, survenues au cours d'une santé en apparence excellente, et auxquelles, bientôt, s'adjoignent des signes d'hypertension intracranienne : céphalée, vomissements à type cérébral. Aucun œdème papillaire (Terrien). Aucun signe clinique ni sérologique de syphilis. Peu après, fourmillements occupant, d'abord le pied gauche, puis la jambe, puis la cuisse du même côté, et survenant par crises; ultérieurement encore, somnolence, troubles de la démarche, à la fois ébrieuse et figée, si bien que nous décidons la malade à entrer dans notre service. Ce qui frappe alors à l'examen, c'est l'existence d'une hémiplégie gauche de type organique, d'abord légère, et se complétant peu à peu, compliquée de paresthésies localisées au même côté. Accessoirement, obnubilation intellectuelle, état dépressif; à la ponction lombaire, un peu d'hyperalbuminose. En présence de ce syndrome, nous pressons les ophtalmologistes de procéder à de nouveaux examens, leur disant que s'ils trouvent une stase papillaire, rien ne sera plus facile que de faire opérer la malade, étant donné qu'elle siège sur la partie supérieure de P. A. D., et qu'elle semble unique. Malheureusement, tous leurs examens, effectués avec le plus grand soin, aboutis-

(1) Cf. L. Babonneix et R. Voisin. *Op. cit.*

sent à des conclusions négatives. Etant donné cette absence totale, constatée à plusieurs reprises, de stase papillaire, nous n'osons pas faire appel au chirurgien. Au bout de quelques mois, mort. A l'autopsie, tumeur arrondie, unique, du volume d'un œuf de poule, bien limitée, non adhérente, occupant la partie supérieure de pariétale ascendante droite



FIG. 14. — *Face externe de l'hémisphère droit.* Tumeur de la partie supérieure de P. A. D.

(fig. 14), et envahissant, en dedans, le lobule paracentral. A l'examen histologique, pratiqué comme les précédents, avec l aide de notre ami J. Lhermitte, cellules et fibrilles disposées en tourbillons; nombreux calcosphérites; placards endothéliaux. Il s'agissait donc d'un méningiome (1), au sujet duquel une réflexion vient à l'esprit. C'est que *l'absence de stase papillaire ne permet pas d'exclure l'hypothèse de néoplasme cérébral.* N'a-t-elle pas été signalée un certain nombre de fois dans des cas où l'existence du néoplasme a pu être constatée soit à l'opération, soit à l'autopsie? Remarque d'autant plus importante qu'ici, toutes les conditions se trouvaient réunies pour un succès opératoire : tumeur unique, bien limitée, superficielle, de siège exactement repéré (2).

D. **Neurinomes.** — Ce sont des néoplasies qui, par leur multiplicité comme par leur structure (elles sont constituées par des éléments de forme régulière, sans monstruosité nucléaire ni cellulaire, rangés autour d'un vaisseau) se différencient des gliomes et des méningiomes. Elles étaient jadis décrites sous le nom de neuro-fibro-sarcomatose et considérées comme résultant de la dégénérescence maligne des tumeurs nerveuses qui caractérisent la maladie de Recklinghausen. Nous en avons observé un cas avec M. A. Widiez (3). Il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital pour un syndrome d'hypertension intra-cranienne, avec céphalée et vomissements à type cérébral, se plaignant de vives douleurs dans le membre inférieur gauche et à l'autopsie de laquelle nous avons trouvé:

1° Une tumeur grosse comme un pois, occupant la partie droite de la région ventrale de la protubérance et comprimant le ruban de Reil;

2° Une tumeur arrondie, bien limitée, ferme, du volume d'une châtaigne, occupant la partie moyenne de F^1 et de F^2 à droite et s'enfonçant en coin dans la profondeur. L'une et l'autre, d'après M. J. Lhermitte, étaient des neurinomes typiques.

E. **Sympathomes.** — Un petit garçon de six ans nous est amené, en 1926, par M. le docteur Lanzenberg, pour des phénomènes généraux : état subfébrile, ictere, hépato et splénomégalie, et locaux : tuméfaction limitée de la voûte cranienne, le tout survenu sans cause il y a quelques mois. Bientôt, cette tuméfaction osseuse devient plus nette, en même temps qu'en apparaissent d'autres dans les régions temporales. Puis, exophalmie, céphalée, ecchymoses de la paupière et de la conjonctive bulbaire.

A l'examen, pâleur excessive, les téguments ayant une teinte jaune verdâtre, obnubilation intellectuelle, et surtout, tuméfactions craniennes nombreuses, dures, adhérentes à l'os, indolentes à la pression, occupant le front, les tempes, les régions pariétales et occipitales, le sommet du crâne. Nous demandons l'avis de M. Baumgartner qui conclut à une tumeur sarcomateuse des os du crâne et nous conseille la radiothérapie. Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de traiter l'enfant dans notre service, nous l'envoyons au professeur Nobécourt, qui a publié son cas dans le *Concours médical* (11 juillet 1926, p. 1841-1848). De cette clinique intitulée : *Tumeurs cancéreuses multiples des os du crâne, myélocytomes et myélosarcomes*, extrayons quelques données cliniques particulièrement intéressantes et relatives aux examens ophtalmoscopique, hématologique et radiographique : stase papillaire (Poulard), pour le premier, anémie avec présence de nombreuses hématies nucléées, mais sans modifications du nombre des leucocytes; pour le second, élargissement et déformations du crâne, fusion entre les tumeurs et la table externe de l'os, parfois érodée, amincissement de la table interne. Malgré tous les traitements, la cachexie s'aggrave et, en moins de quatre mois, la maladie se termine par la mort.

Bien que nous n'ayions pas eu de vérification, il semble que nous avons eu affaire à un cas de *neuroblastome sympathique*, sorte de tumeur maligne qui a pour siège initial la partie médullaire des capsules surrénales et qui a été décrite, pour la première fois, par Wright (1910), puis par divers auteurs : Pick et Bielschowski, Pick, Landau, Herscheiner, etc., et en 1918, par Wohlback et J. Lowell Morse. Dans ces tumeurs, les métastases craniennes sont fréquentes; elles occupent, de préférence, les fosses temporales. A l'examen histologique, petites cellules rondes ou fusiformes groupées en rosace, entourant une masse centrale fibrillaire, formation caractéristique du ganglion sympathique embryonnaire, comme l'a, le premier, fait remarquer Virchow et qui justifient l'expression de *ganglion em-*

(1) M. le professeur Roussy, qui a bien voulu examiner nos coupes, a conclu à un méningiome de type psammomateux.

(2) L. Babonneix et A. Widiez. Tumeur cérébrale volumineuse de P. A. D., avec troubles de la sensibilité subjective et hémiparésie à gauche, sans stase papillaire, *Revue neurol.*, juillet 1927, n° 1.

(3) L. Babonneix et A. Widiez. Tumeurs multiples du système nerveux, *Soc. de neurol.*, fév. 1929.

bryonnaire sympathique proposée par Pick et Bielschowski (1).

F. **Cas indéterminés.** — Chez quelques-uns de nos malades, il a paru, pendant un temps plus ou moins long, s'agir uniquement d'*épilepsie* essentielle alors que, selon toute vraisemblance, l'épilepsie était symptomatique d'une tumeur cérébrale. Nous disons : selon toute vraisemblance, car il manque à tous nos cas le contrôle anatomique.

Un de mes anciens élèves vient, un soir, me demander d'urgence pour son logeur, qui venait d'être pris d'une crise comitiale. A l'examen, aucun symptôme organique. Nous faisons le diagnostic d'épilepsie tardive, avec les réserves que l'on devine. Au bout de quelque temps, j'ai appris que cet homme était entré à la Salpêtrière, et y était mort d'une tumeur du corps calleux.

J'ai vu, dans ces derniers temps, deux adultes chez qui, brusquement, avaient apparu des crises d'épilepsie. Chez les deux, stase papillaire, constatée, une fois par M. Terrien, l'autre, par M. Onfray.

Conclusion. *Méfiez-vous des épilepsies tardives que vous ne pouvez rattacher, ni à la syphilis, ni à l'hypertension artérielle,* et, dans ces cas, pensez toujours à la possibilité d'un néoplasme cérébral.

D'autres fois, le tableau clinique est celui d'une *tumeur cérébrale* ordinaire, dont on peut même préciser le siège. Voici, par exemple, un petit garçon de six ans, que ses parents nous amènent pour convulsions et pour céphalée occipitale. A l'examen, démarche cérébelleuse, raideur de la nuque, vomissements, grosse stase papillaire (Terrien), donc, néoplasme cérébral probable, paralysie des VIe et VIIe paires droites, donc siège protubérantiel avec compression ou atteinte du cervelet. Mais la nature de la tumeur? En l'absence de tout examen nécropsique, impossible de se prononcer. Tout ce que l'on peut dire, c'est que l'évolution très rapide et la mort au milieu de phénomènes bulbaires permettent de songer à un gliome.

De même, chez cette fillette de quatre ans que nous avons adressée à M. Cl. Vincent, les phénomènes suivants : démarche cérébelleuse, avec tendance à tomber sur la droite, torticolis spasmodique, vomissements, céphalée occipitale, stase papillaire, faisaient penser à une tumeur cérébelleuse ou paracérébelleuse, de nature indéterminée.

De même encore, chez une dame d'un certain âge que nous avons été appelé à voir vers la fin de 1928, et chez laquelle, depuis quelques mois, était apparu un syndrome d'hypertension cérébrale : céphalées, vertiges, nausées, et qui avait, au moment de mon examen, une démarche un peu ébrieuse, de la surdité à gauche, un peu d'adiadococinésie, de l'exagération des réflexes tendineux, avec signe de Babinski à gauche, et une stase papillaire bilatérale. Ici encore, très probablement, tumeur voisine du cervelet.

(1) Cf. J. Comby. Le neuroblastome sympathique, *Arch. de méd. des enf.*, 1919, p. 142-147.

De même enfin, chez ce petit garçon de neuf ans, vu en 1925, et qui, depuis décembre 1924, présentait les symptômes suivants : démarche ébrieuse, strabisme interne gauche, céphalées nocturnes, vomissements à type cérébral, crises d'épilepsie. A l'examen, signes cérébelleux bilatéraux : décomposition des mouvements, adiadococinésie, dysmétrie, latéro et rétropulsion; paralysie faciale gauche périphérique; stase papillaire (Magitot, Terrien). Comment, dans ce cas, ne pas penser encore à une tumeur cérébrale occupant la protubérance, et comprimant ou détruisant le cervelet?

L'expression symptomatique peut être des plus *réduites*, et l'on ne trouve, à l'examen le plus minutieux, en dehors de la stase papillaire, qu'un ou deux signes. Tel était le cas de cet enfant de trois ans que nous avons vu, avec M. Turquéty, en 1927. Depuis quelques mois, céphalée occipitale, vomissements à type cérébral, paraplégie spasmodique; devant ces symptômes, nous demandons au professeur Terrien de bien vouloir examiner le fond d'œil. Il trouve une stase papillaire des plus nettes. Donc, selon toute vraisemblance, tumeur cérébrale intéressant les faisceaux pyramidaux, mais à quelle hauteur? et de quelle nature?

D'autres cas sont, non seulement indéterminés, mais *incompréhensibles*. Tel celui de ce jeune homme que nous avons eu l'occasion d'examiner avec M. Maurice Lévy, et qui, en 1923, présente l'ensemble symptomatique suivant : céphalées, vomissements à type cérébral, stase papillaire bilatérale avec hémianopsie homonyme gauche (Bourdier), et chez lequel on procéda à une opération décompressive. Au bout d'un certain temps, amélioration définitive, puisqu'elle dure encore. Gliome? On n'est guère habitué à les voir évoluer ainsi. Tuberculome cérébral? On pouvait y penser, en raison de la présence d'un noyau épididymaire. Ici encore, pourquoi cette régression presque complète de tout accident? Syphilome? Il n'y a, en sa faveur, que deux arguments : caractère très faiblement positif de la réaction de Wassermann, disparition de tout accident à la suite d'un traitement spécifique. De quelque côté qu'on se tourne, l'énigme est donc indéchiffrable, en ce qui concerne la nature de la lésion qui comprimait les voies optiques.

II. SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Comme vous le voyez, rien de plus variable, selon les cas, que la symptomatologie des tumeurs cérébrales; rien de plus malaisé que leur diagnostic! Et pourtant de lui dépend le seul traitement à conseiller, le traitement chirurgical, puisqu'abandonné à lui-même, le malade peut être considéré comme perdu.

Le chirurgien spécialisé auquel nous nous adressons nous pose les questions suivantes :

1° *Y a-t-il tumeur?*
2° *Quel est son siège?*
3° *Est-elle primitive ou secondaire?*
4° *Est-elle unique ou non?*

Pour répondre à ces questions, sur quels éléments nous appuyer?

1° **Y a-t-il tumeur?** — Nous avons vu quelques *causes d'erreur : encéphalite léthargique; troubles digestifs* avec vomissements et céphalées; *neurosyphilis.* Au cas que nous avons observé avec M. Chabrol, et que nous avons rapporté plus haut, ajoutons-en un second, que nous avons eu l'occasion d'observer avec M. J. Lhermitte (1). Il s'agissait d'une femme de mon service, entrée pour céphalée et pour polyurie. A l'examen, symptômes disparates : cancer du sein, en voie de généralisation, d'une part; signes de neuro-syphilis : signe d'Argyll-Robertson, irrégularité et inégalité pupillaires, lymphocytose, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, qui était le siège d'une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive. Jusqu'au dernier moment, nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas d'une de ces métastases cancéreuses tubériennes signalées par Simmond, Neuburger, etc. A l'autopsie, méningite basilaire syphilitique, sans l'ombre d'éléments néoplasiques. Autre cause d'erreur par nous mentionnée dans une précédente leçon (2) : *certaines formes de maladie de Heine-Medin*, avec céphalées, vomissements, paralysie faciale, monoplégie.

Comment éviter l'erreur? En procédant, comme toujours, à un examen clinique et biologique aussi complet que possible, en se rappelant que tous les symptômes d'hypertension intracranienne, y compris la stase papillaire (fig. 15), peuvent faire défaut, en cherchant à *déterminer la tension rétinienne*, selon la méthode de M. Bailliart. Cet auteur a eu le mérite d'appliquer, à la tension artérielle rétinienne, les méthodes (Riva-Rocci, Pachon) qui servent à explorer la pression artérielle en général et à assimiler le globe de l'œil à un manchon d'oscillomètre. Lorsqu'on le comprime progressivement, on voit, pour un certain chiffre, battre l'artère rétinienne, jusqu'alors immobile; augmente-t-on la pression, les battements disparaissent. Le premier chiffre donne la minima; le second, la maxima. C'est surtout la pression minima dont on étudie les variations.

En cas de tumeur cérébrale, cette pression est augmentée, par le fait de l'hypertension intracranienne s'exerçant sur l'artère ophtalmique, branche de la carotide interne qui, naissant en pleine cavité cranienne, reçoit directement le contre-coup de cette hypertension, et qui compte elle-même, parmi ses branches, l'artère centrale de la rétine.

L'hypertension rétinienne constitue un symptôme d'hypertension d'autant plus précieux, comme nous l'avons vu, dans un cas, avec M. Marcel Kalt, qu'elle est précoce et qu'elle précède, de plus ou moins loin, l'apparition de la stase papillaire. Plus tard, quand celle-ci est installée, l'ingénieuse méthode de M. Bailliart n'est plus applicable, la pression rétinienne diminuant, quelle que soit d'ailleurs la cause, encore discutée, de cette diminution.

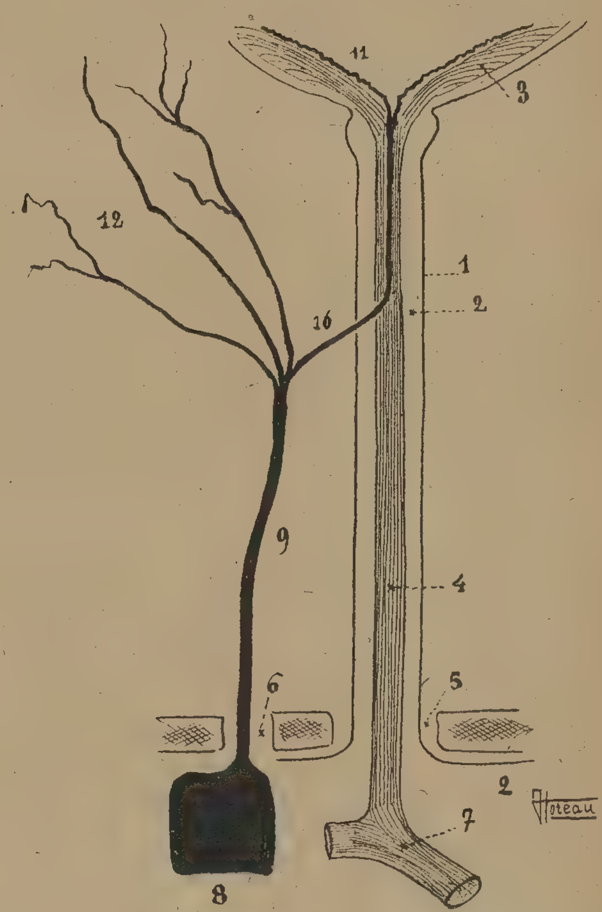


Fig. 15. — 1. Gaine du nerf optique. — 2. Espace sous-arachnoïdien. — 3. Rétine. — 4. Nerf optique. — 5 Trou optique. — 6. Fente sphénoïdale. — 7. Chiasma du nerf optique. — 8. Sinus caverneux. — 9. Veine ophtalmique. — 10. Veine centrale de la rétine avec 11. ses branches de bifurcation — 12. Anastomoses de la veine centrale de la rétine avec les veines superficielles de la face. L'accumulation de liquide céphalo-rachidien dans la gaine du nerf optique comprime la veine centrale de la rétine, au moment où elle traverse l'espace sous-arachnoïdien et détermine ainsi la stase papillaire (Deyl, 1897). La compression de la veine centrale de la rétine, en dehors du nerf optique ou de la veine ophtalmique, ne détermine pas de stase papillaire, la circulation se rétablissant par les anastomoses de ces veines avec les veines superficielles de la face. (D'après Dupuy-Dutemps.)

2° **Où siège la tumeur?** — Pour résoudre une question dont tous les neurologistes de métier connaissent les difficultés, il ne suffit pas toujours d'un examen clinique soigné. Souvent, on est obligé de recourir à des méthodes d'exploration particulières, qui sont surtout la craniographie et l'encéphalographie.

Dans la *craniographie*, on procède à la radiographie du crâne.

Quant à l'*encéphalographie*, elle propose de radiographier l'encéphale; elle est immédiate ou médiate, celle-ci pouvant être :

Gazeuse [Dandy (de Baltimore)] : injection d'air dans les ventricules, par un petit orifice de trépanation;

Artérielle : injection d'iodure de sodium dans la carotide (Egas Monisz);

(1) L. Babonneix et J. Lhermitte. Diabète insipide par encéphalite infundibulo-tubérienne, *Soc. de biol*, déc. 1925; — Le diabète insipide d'origine syphilitique, *Ann. de méd.*, déc. 1925.

(2) L. Babonneix. Diagnostic de la paralysie infantile, *Gaz. des hôpit.*, 28 déc. 1927, n° 104.

Sinuso-veineuse : injection de lipiodol dans le sinus longitudinal supérieur (Sicard, Haguenau et Wallich).

Je n'insiste pas sur la technique, vous renvoyant aux beaux travaux de M Cl. Vincent et au rapport de M. Béclère (1). Qu'il me suffise de vous dire qu'en montrant les déformations et déplacements du ventricule, cette méthode fournit, au diagnostic topographique, des renseignements supérieurs à toute autre, et qui compensent largement les risques qu'elle fait courir au patient!

3° **Est-elle primitive ou secondaire?** — Ici encore, nécessité absolue d'un examen général. Je me rappelle avoir été appelé, il y a quelque trente ans, auprès d'un vieillard qui venait d'être pris d'épilepsie bravais jacksonnienne. En me rendant à son domicile, je demandais quelques détails au domestique qui m'accompagnait. « Mon maître, me répondit-il, a toujours été bien portant jusqu'à il y a quelques mois. Il s'est mis alors à maigrir, à vomir, à avoir des digestions douloureuses. Une consultation a eu lieu. Ces Messieurs ont déclaré qu'il s'agissait d'un *fibrome* de l'estomac. » Fibrome? Euphémisme pour le malade ou pour son entourage : comprenez cancer avec métastase intracranienne.

4° **Est-elle unique ou non?** — Question décisive, la multiplicité des tumeurs excluant l'intervention d'une manière absolue, mais comment la résoudre à coup sûr? Sans doute, la multiplicité des symptômes, inexplicable dans l'hypothèse d'un seul foyer, doit-elle être prise en sérieuse considération. Encore faut-il savoir que, par les processus vasculaires qui les accompagnent, et sur lesquels insiste justement M. J. Lhermitte, les tumeurs cérébrales provoquent souvent des réactions plus ou moins éloignées, plus ou moins durables, et qui ne doivent jamais être perdues de vue quand il s'agit de discuter le siège de la tumeur, et de savoir si elle est unique ou non.

Nous en avons fini avec nos examens. Allons-nous perdre du temps à essayer le traitement spécifique? Erreur funeste au malade! Il serait temps, une fois pour toutes, de renoncer à cette méthode, fondée sur la possibilité hypothétique d'un syphilome intracranien se comportant à la manière d'une tumeur (je pourrais citer tel grand clinicien qui n'en a jamais vu un cas), et qui fait perdre un temps d'autant plus précieux qu'en cas de gliome, le traitement spécifique semble, au début, donner quelques résultats. Un seul traitement, je ne saurais trop le répéter : l'*intervention opératoire*, confiée à un chirurgien spécialisé, et qui a d'autant plus de chance de réussir qu'elle aura été plus précoce!

(1) Cl. Vincent. Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal, IX° Réunion neurologique, 3-4 juillet 1928. *Revue neurol.*, juin 1928, n° 6, t. L, p. 801-884. — Béclère. *Radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale.*

LES LORDO-CYPHOSES SOUPLES DE L'ADOLESCENCE ET LEUR TRAITEMENT

Par M. LANCE,
Chargé de la consultation d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le sujet que j'aborde intéresse tous les médecins tout au moins ceux qui ne considèrent pas comme négligeable le fait qu'un enfant « se tient mal ».

C'est, en effet journellement, qu'une maman nous amène son enfant, une fillette le plus souvent, de dix à quatorze ans parce qu'elle remarque que depuis quelques mois son dos s'arrondit, elle se tient toujours la tête penchée en avant. Fatiguée de lui répéter « tiens-toi bien », objurgation qui n'a pour effet que de la faire se redresser quelques secondes, elle l'amène au médecin. Ce n'est pas, explique-t-elle, qu'elle soit malade; au contraire, elle a bien profité de ses vacances et a beaucoup grandi depuis son séjour à la mer, mais depuis qu'elle retourne en classe, elle se tient très mal, le nez sur ses livres. Cependant elle a une bonne vue ou bien sa myopie est bien corrigée par une paire de lunettes.

***

Faites déshabiller l'enfant et regardez-le.

L'aspect est toujours le même, surtout frappant de profil.

Il se tient là en avant, le cou tendu, le dos voûté, les épaules tombantes, le moignon projeté en avant, la pointe des omoplates soulevée, décollé du thorax

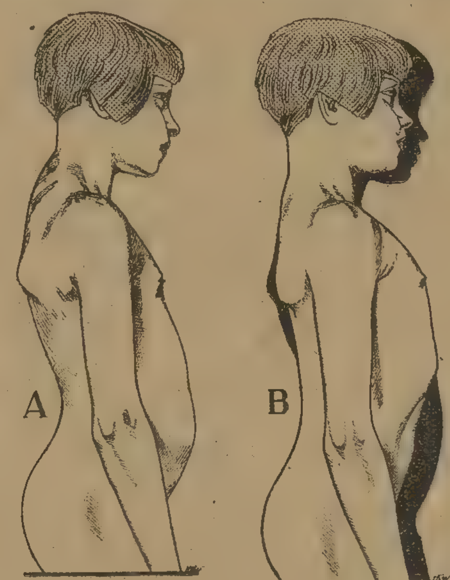


Fig. 1.

A. *Lordo-cyphose en position de relâchement.*
B *La même en position de tension musculaire.* — La silhouette n'est que le calque de la figure précédente.
Remarquer combien le fait d' « avaler le ventre » fait bomber la poitrine, permet de reporter la tête en arrière, de reporter le moignon de l'épaule et le bras en arrière, de recoller les omoplates.

en ailes d'anges. En avant, la poitrine est rentrée, creusée, rétrécie, son expansion à peu près nulle. Le ventre, au contraire, projeté en avant, bombé, se

soulève largement pendant l'inspiration ; la région lombaire est anormalement ensellée. Voûté du dos, creusé des reins, la malade se tient en S (fig. 1).

Marquez d'un point de crayon dermographique la ligne de gravité normale du corps : la mastoïde, la pointe de l'acromion, le bord postérieur du grand trochanter. Ces trois points sont normalement dans la station debout, sur la même verticale. Mettez ici le fil à plomb derrière l'oreille, le fil vient bien tomber sur le grand trochanter, mais il passe en avant de l'épaule, laissant le sommet de l'acromion 4, 5, 6 centimètres en arrière. Dites alors à l'enfant de rentrer, d' « avaler son ventre ». Immédiatement, comme par enchantement, tout rentre dans l'ordre : les reins, le dos, le cou se redressent, les épaules s'effacent, les omoplates se recollent, et le sommet de l'acromion est revenu sur la ligne mastoïdo-trochantérienne. En se « tenant bien », en se contractant ainsi, en redressant l'S de son rachis, l'enfant a allongé, il est plus grand de 1 à 2 centimètres.

Continuez à le regarder. L'enfant s'est redressé en « avalant son ventre », mais il se fatigue vite.

Au bout de quelques secondes, il y a des soubresauts dans la musculature du tronc; puis, peu à peu, par chutes successives vous voyez le thorax « tomber » en arrière, et au fur et à mesure son cou se tendre, le moignon des épaules basculer en avant.

Alors on comprend la marche du processus. L'enfant n'a pas la force de maintenir contractés les muscles de son tronc, il le laisse tomber en arrière, mais pour rétablir l'équilibre il est obligé de tendre la tête en avant et d'y ramener les épaules et membres supérieurs. Il se tient alors, somme toute, dans l'attitude du relâchement musculaire le plus complet possible, exagérant les courbures normales du rachis, jusqu'à obtenir la mise en tension des ligaments indispensable pour conserver la station verticale.

*
* *

Ce n'est pas tout. Si parfois la « chute du tronc » se fait uniquement dans un plan strictement antéro-postérieur, le plus souvent, en même temps la chute a lieu en même temps dans un plan latéral, à droite ou à gauche, à gauche le plus souvent. Et ceci s'explique bien. Nous verrons tout à l'heure que le manque de tonicité musculaire et ligamentaire qui caractérise ces enfants est généralisée à tout le corps. Aussi, de même ils se fatiguent vite de contracter les muscles du tronc pour tenir leur rachis en attitude correcte, de même ils se fatiguent vite de tenir leur tronc sur leurs membres inférieurs au moyen de leurs muscles. et, là aussi, relâchant les muscles, prennent-ils la position de stabilité articulaire par la seule tension des ligaments, la position hanchée.

Or, dans la position hanchée, le bassin est de travers, par compensation le rachis aussi.

En fait, la majeure partie des lordo-cyphoses présentent, plus ou moins marqué, une chute latérale du tronc : le fil à plomb placé au centre de la fosse sous-occipitale tombe à droite ou à gauche du sillon interfessier (fig. 2).

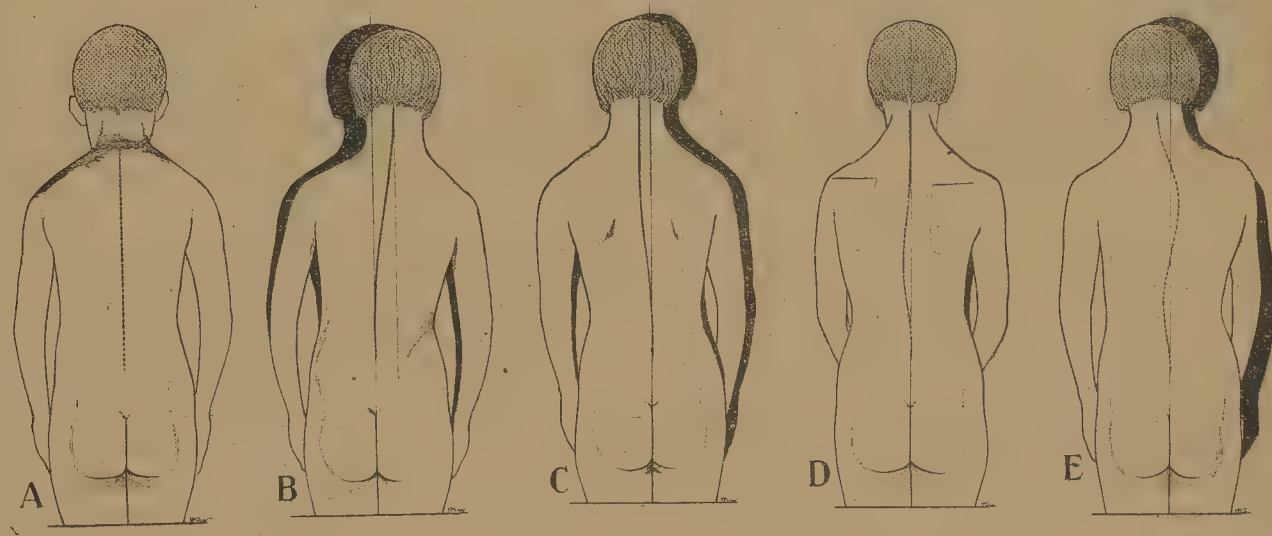


FIG. 2.

A. *Lordo-cyphose sans chute latérale du tronc.*
B. *Lordo-cyphose avec chute à droite.* — Silhouette de la position de redressement.
C. *Chute à gauche.*
D. *Scoliose totale gauche consécutive à une lordo-cyphose.*
E. *Double courbure non équilibrée consécutive à une lordo-cyphose.*

Cette chute latérale reste pendant un certain temps corrigeable en même temps que la chute antéro-postérieure par la seule mise en tension de la musculature dans le mouvement d' « d'avaler le ventre »

*
* *

Voici donc comment se présentent à nous ces lordo-cyphoses souples. Quelle est leur gravité ? Abandonnées à elles-mêmes, que deviennent-elles ?

Il faut bien dire que, en dehors de tout traitement beaucoup de ces enfants « prennent le dessus » et guérissent spontanément, mais pas tous

Quelques-uns, au moment du développement des points osseux complémentaires du corps vertébral (douze à quinze ans) fixent leur cyphose dorsale par formation au centre de courbure des vertèbres cunéiformes, et restent des cyphotiques.

D'autres, au moment d'une poussée de croissance, des fatigues de la formation ou des études, ou bien encore prédisposés par une asymétrie congénitale du squelette rachidien, stabilisent leur chute latérale du tronc soit sous forme de courbure rachidienne totale gauche, soit sous forme de double courbure lombaire gauche, dorsale droite, encore souples, mais quelquefois à progression rapide. Bien des scolioses essentielles de l'adolescence, la majorité peut-être, ont été au début des lordo-cyphoses.

L'avenir « rachidien » de ces enfants doit donc déjà être réservé.

Mais ce n'est pas le seul danger qui les menace. Le relâchement de leur tonus musculaire et ligamentaire n'est pas limité au tronc. Regardez-les bien : presque tous présentent des pieds plats, du genu recurvatum, les coudes, les poignets, les doigts peuvent être renversés dans une hypertension parfois extraordinaire. Ils semblent construits en caoutchouc. Voilà donc pour l'avenir des candidats aux pieds plats douloureux, au genu valgum conséquence possible du relâchement ligamentaire du genou, autant qu'à la cyphose et à la scoliose.

Enfin, avec leurs thorax rétrécis, à épaules rapprochées, ventilés seulement dans leur partie inférieure par la respiration diaphragmatique, dans le milieu urbain, ces enfants sont désignés pour la contagion tuberculose.

Certains présentent de ces crises « d'anémie de la croissance » sur l'origine desquelles les examens radioscopiques nous ont fixés.

*
* *

Donc, à notre avis il ne convient pas de se contenter d'espérer qu'avec le temps, le développement, quelques « fortifiants » cela s'arrangera. Il faut prendre la lordo cyphose au sérieux, non pas tout à cause de la déformation elle-même, qu'à cause de l'état général qu'elle traduit et des conséquences lointaines qui peuvent en résulter.

Il faut donc instituer un traitement.

Mais lequel?

Ici les difficultés commencent. Tâchons de les scinder.

Le traitement comporte deux indications :

1° Remédier au trouble de la santé générale.

2° Reconstituer localement la forme et la musculature.

*
* *

Sur le premier point on s'entend assez bien. Ces enfants sont avant tout des fatigués (croissance, développement), des surmenés (programmes scolaires surchargés). Il convient tout d'abord de leur donner un repos physique et intellectuel. Ce dernier ne sera pas le plus facile à obtenir des familles. Donc envoyez ces enfants à la campagne, à la mer, à la montagne, mais pas du tout pour s'y promener, et seulement pour y rester allongés, couchés au grand air.

Ceci est capital, indispensable. Si le climat, la saison le permettent joignez-y l'héliothérapie, vous obtiendrez une action très efficace sur la tonicité musculaire. Nous avons pendant longtemps, sur la foi des traités, recommandé à ces malades les bains de mer et surtout les cures dans les stations thermales salines. On obtient ainsi un relèvement rapide de l'état général, mais nous n'avons pas obtenu la même action sur la tonicité musculaire qu'on observe avec l'héliothérapie.

Donc pour ces malades : repos, grand air, soleil; c'est tôt dit. Mais pendant combien de temps. Il faut avouer que si l'on veut que l'action soit durable il faut poursuivre cette cure pendant des mois et des mois, un an, et plus parfois. Rarement les conditions sociales se prêtent à une telle thérapeutique.

La médication interne ne peut-elle venir à notre secours? Nous avons essayé bien des médications chez ces enfants : iode, phosphore, arsenic. C'est le dernier de ces médicaments qui donne les meilleurs résultats. Et nous sommes arrivés à cette constatation que dans les cas de grande hypotomie musculaire et ligamentaire chez un enfant il fallait le traiter comme s'il était un hérédo-syphilitique.

Il l'est parfois, peut-être souvent; en tout cas la médication par les arsenicaux (sulfarsénol, acetylarsan, hectine, etc.), intensive et longtemps prolongée, aide puissamment à la cure.

*
* *

Quant au traitement local, il semble à première vue que la reconstitution de la musculature par la gymnastique soit rationnelle et efficace. Elle n'est ni l'une ni l'autre, au moins telle qu'on la pratique ordinairement. Je m'explique.

Prenez les exercices de gymnastique que vous faites faire à un enfant sain, pour lesquels ils constituent déjà une fatigue, et essayez de les faire faire à un enfant qui n'a pas la force de se tenir debout parce que c'est pour lui un effort trop grand, croyez-vous qu'il puisse en tirez profit? Aucun; c'est ce que nous montre l'expérience.

J'ai suivi des lordo-cyphoses qui avaient fait sous le contrôle d'un professeur de la gymnastique individuelle trois fois par semaine pendant deux et trois ans et qui « se tenaient aussi mal » qu'auparavant.

Faut-il pour cela abandonner toute gymnastique? Non, mais il faut l'approprier à la capacité du malade. Il faut chercher le mouvement simple, élémentaire, qui suffit à corriger la déformation sans fatiguer l'enfant. Ce mouvement nous l'avons sous les yeux quand nous examinons le malade. C'est celui d' « avaler son ventre » qui corrige tout sans grand effort. Si nous pouvions le faire répéter à tout instant à l'enfant, il arriverait à récupérer peu à peu les muscles nécessaires à son redressement et leur tonicité. Mais comme le professeur ne peut être là toute la journée, s'il pouvait être remplacé par un appareil porté par le malade et le forçant à exécuter automatiquement le mouvement, ce serait parfait, or cet

appareil existe. C'est la ceinture de Spitzy (de Vienne). Nous l'employons depuis trois ans et ses résultats sont si concluants que les familles qui l'ont expérimenté font du prosélytisme autour d'elles pour son emploi.

Le principe en est simple.

Une ceinture de cuir souple moulée sur le bassin porte une tige rigide qui monte le long de la ligne médiane du dos. Articulée en bas pour laisser au tronc ses mouvements de latéralité, elle porte en

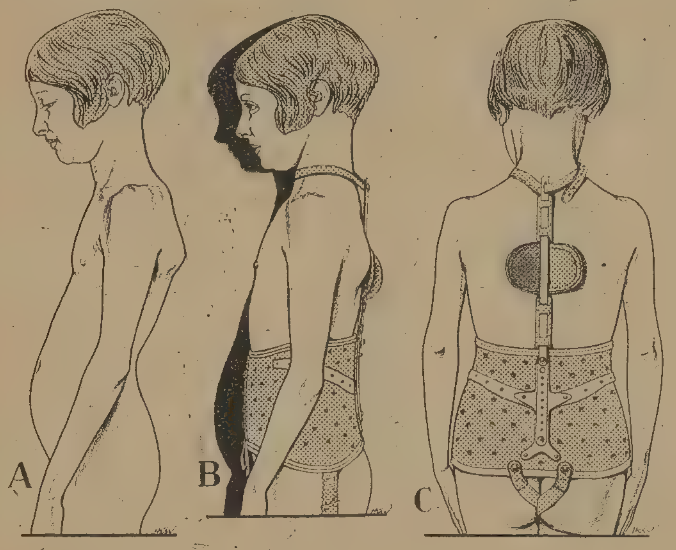


Fig. 3.

A. *Lordo-cyphose en attitude de relâchement.*
B. *La même avec la ceinture de Spitzy.* — La silhouette représente le calque de la figure précédente.
C. *Ceinture de Spitzy vue de dos.*

haut une courroie qui se noue devant le cou (fig. 3). Toutes les fois que l'enfant laisse tomber son dos en arrière, par raison d'équilibre il est forcé de tendre le cou en avant, la courroie le serre, et alors, immédiatement, il prend l'attitude correctrice, il « avale son ventre ».

L'appareil est porté du matin au soir et l'enfant fait ainsi de la gymnastique toute la journée. Cela ne va pas sans quelques crampes passagères, pendant quelques jours seulement. On en est vite dédommagé.

Les effets de l'appareil sont étonnants : non seulement le rachis reprend ses courbures normales, mais bien vite les épaules sont rejetées en arrière, le thorax se développe. En effet, à chaque mouvement de « rentrer le ventre » le malade fait une inspiration, et, cette fois, non avec son abdomen, mais avec son thorax. Il fait constamment de la gymnastique respiratoire. Aussi voit-on souvent ces enfants transformés : l'appétit, la gaîté, la vivacité sont revenus.

L'appareil doit être porté sans interruption si on veut voir l'action se produire rapidement, et cela pendant un temps qui, pour obtenir un résultat durable, définitif, variera selon les malades entre huit à quatorze ou quinze mois.

Certains parents sont effrayés par l'aspect « orthopédique » de la ceinture de cuir et la tige d'acier, cet attirail leur répugne. Aussi avons-nous fait construire un appareil plus discret qui suffit dans les cas légers, bien souples. C'est un corset en coutil baleiné, montant haut en arrière, en avant une ceinture basse en tissu élastique renforcé de baleines. De chaque côté de la laçure médiane postérieure est inséré dans le corset un ressort conique qui à son extrémité supérieur porte un bouton ou s'insère la sangle faisant le tour du cou (fig. 4).

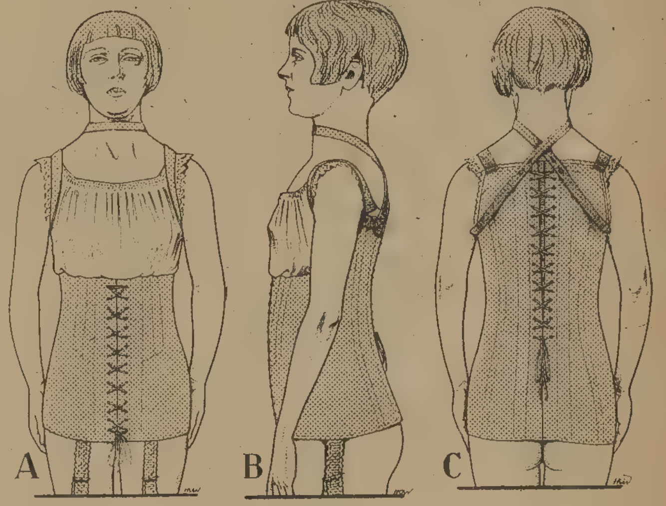


Fig. 4.

Corset-ceinture que nous avons fait construire selon le principe de la méthode de Spitzy.

Ce mode d'appareillage des lordo-cyphoses souples renforcé par un traitement médicamenteux (arsenic) suffit dans la majorité des cas à transformer l'état général de ces enfants par une méthode déambulatoire, sans avoir à suspendre leurs études, et les séparer de leurs familles pour les envoyer de longs mois à la mer, à la montagne, au soleil.

Elle permet au moins d'attendre la période des vacances où ce complément indispensable sera plus facilement obtenu des familles.

C'est pourquoi il nous a paru utile de la signaler à l'attention des praticiens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MARS 1929)

L'ammoniaque du sang humain à l'état normal et dans les états pathologiques. — MM. Marcel Labbé, F. Nepveux et Hedja. Même dans des états pathologiques où l'on observe souvent un trouble dans le métabolisme de l'azote et où l'ammoniurie est fréquente, le taux de l'ammoniaque du sang reste très voisin de la normale. Il n'en est pas de même dans la *tuberculose pulmonaire*. Ici il y a une élévation de l'ammoniémie. Celle-ci est d'autant plus élevée que la gravité et l'étendue des lésions pulmonaires sont plus accusées. Il est impossible de donner une explication satisfaisante de cette hyperammoniémie.

Recherches biochimiques sur la spécificité et les transformations des protides du plasma sanguin. — M. H. Bierry.

Contribution à l'étude des mycétones : un nouveau cas d'actinomycose à grains jaunes. — MM. A. et R. Sartory, Marcel et Jacques Meyer.

VIIe Centenaire de l'Université de Toulouse. — MM. Emile Picard, B. Baillaud, G. Koenigs, P. Sabatier, E. Cosserat et L. Guillet sont désignés pour représenter l'Académie aux fêtes du VIIe Centenaire de la Fondation de l'Université de Toulouse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MARS 1929)

Rapport sur les demandes d'autorisation en vue de la fabrication de sérum. — M. RENAULT.

De la tolérance et de la latence des corps étrangers métalliques dans les voies aériennes. — M. J. GUISEZ. Les extractions récentes par la bronchoscopie supérieure d'une pièce de 50 centimes en argent qui avait séjourné pendant seize ans dans la bronche droite d'un homme âgé de cinquante-six ans et soigné depuis de longues années pour de l'asthme avec emphysème; d'un crochet de fer qui était resté pendant sept mois dans la trachée d'un enfant de vingt et un mois; d'une vis qui siégeait dans la bronche d'une enfant de trois ans depuis au moins trois mois et qui avait été opérée pour pleurésie purulente à répétition; et antérieurement d'un copeau de fer qui était inclus depuis deux ans et demi dans la bronche d'une petite fille, amènent l'auteur à insister de nouveau sur ce fait que des corps étrangers sont souvent latents dans les voies aériennes : c'est par hasard, à l'occasion d'une radiographie faite pour trouver la cause de bronchites à répétitions, de suppurations broncho-pulmonaires, d'une pleurésie purulente, que le corps étranger a été découvert et a pu être extrait par la bronchoscopie, amenant la guérison du malade.

Ces corps étrangers métalliques, bien que tolérés pendant longtemps, déterminent des complications au bout d'un temps plus ou moins long; celles-ci sont beaucoup plus rapides en cas de corps étrangers septiques (os, arêtes) et surtout de corps pouvant se gonfler dans la bronche et l'obstruer (grains, noyaux).

Aussi, lorsque dans le passé pathologique d'un sujet, il y a une histoire de corps étranger avalé, il faut penser que celui-ci n'a pas toujours passé dans les voies digestives qui l'ont évacué mais qu'il a pu filer dans les voies aériennes. Chez les enfants le commémoratif manque même souvent, et il faut y songer chaque fois qu'il y a une affection broncho-pulmonaire et même pleurale de cause inexpliquée.

Cet accident étant beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit généralement, un simple examen aux rayons X permettrait ainsi de sauver de nombreux malades, car nous possédons actuellement dans la bronchoscopie un moyen merveilleux d'extraire ces corps par les voies naturelles.

La vaccination antirabique du chien au Maroc. — MM. REMLINGER et J. BAILLY. Il n'existe aucune raison valable pour priver le chien des bénéfices de la vaccination pasteurienne et pour que la France se montre réfractaire à une pratique aujourd'hui couramment adoptée à l'étranger.

MM. Remlinger et Bailly préconisent la vaccination par virus-éther et font trois injections en trois jours.

A titre provisoire et sauf indication tout à fait particulière, il est préférable de ne vacciner après morsure que les chiens déjà immunisés préventivement.

La vaccination du chien doit naturellement laisser intacts tous les règlements de police sanitaire. Les auteurs demandent, qu'à l'exemple de ce qui se fait au Maroc, les chiens vaccinés depuis moins d'un an puissent, en cas de morsure, ne pas être abattus, à condition d'être soumis le plus tôt possible après l'accident à une nouvelle vaccination et d'être tenus en observation pendant les six mois qui suivent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1929) [*suite*]

Obtention des variantes du bactériophage adaptées à lyser les formes secondaires, par le procédé de sélection sur les bactéries partiellement immunisées. — M. Vladimir SERTIC. Description d'un procédé pour obtenir des bactériophages actifs contre les formes bactériennes secondaires.

Phénomènes de variations de la morphologie des plages d'une race de bactériophage. — M. Vladimir SERTIC. Description des phénomènes de variations d'un bactériophage. Elles sont d'une part dépendantes, d'autre part indépendantes des formes bactériennes secondaires et montrent une analogie nette avec les phénomènes de variations des bactéries.

Ces faits sont d'accord avec la conception de d'Hérelle : « Le bactériophage est un être vivant. »

(SÉANCE DU 2 MARS 1929)

Comportement de l'ultravirus tuberculeux dans l'organisme des cobayes. — M. T. DE SANCTIS : 1° Le délai le plus favorable pour mettre en évidence dans le système lymphatique les formes acido-résistantes issues de l'ultravirus est de quatre à cinq semaines après l'inoculation; 2° Ces dernières ne peuvent plus être décelées après le troisième mois, soit chez les cobayes inoculés directement avec les filtrats, soit chez les animaux neufs réinoculés avec les ganglions de ces derniers; 3° La virulence des formes acido-résistantes issues de l'ultravirus est totalement différente de celle des germes acido-résistants de culture, puisqu'elle ne parvient pas à donner directement les lésions typiques tuberculeuses et que le système lymphatique du cobaye parvient à s'en débarrasser spontanément vers le troisième mois; 4° Chez 92 cobayes neufs, dont il a examiné scrupuleusement les préparations microscopiques des ganglions lymphatiques, il n'a jamais observé de bacilles acido-alcoolo-résistants.

Gomme arabique et tachyphylaxie. Rapport du phénomène avec l'état colloïdal et l'incoagulabilité du sang. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. L'injection intraveineuse de gomme arabique provoque une chute de pression forte et durable, pendant laquelle apparaît un état de tachyphylaxie. Cette tachyphylaxie n'est pas spécifique, elle est provoquée également par le benjoin, le nucléinate de soude, la gomme adragante, la gélatine et les matières pectiques. La nature colloïdale de la substance injectée paraît être une condition suffisante pour la création de la tachyphylaxie. Toutefois, ce n'est pas une condition nécessaire, puisque la peptone et l'atropine produisent aussi cette immunité. L'action anticoagulante bien connue de ces deux substances permet de penser que cette propriété conditionne également la tachyphylaxie créée par les colloïdes.

M. GAUTRELET. La gomme exerce-t-elle une action hypotensive sur le chien et sur le lapin?

M. BUSQUET. En aucune manière.

Recherches sur la formation de l'ammoniaque dans le rein perfusé. — MM. H. BÉNARD et L. JUSTIN-BESANÇON rapportent leurs recherches sur la formation de l'ammoniaque dans le rein isolé. Ils donnent les détails de leur technique de perfusion du rein dans des conditions constantes de température, de pressions artérielle et veineuse, d'oxygénation, de récupération du sang, etc. Ils ont vérifié, au cours de leurs expériences, le fonctionnement du rein isolé en étudiant, sur l'urine excrétée, la concentration de l'urée et de la phénolsulfonephtaléine. Ils ont opéré sur le chien dont le sang, par autolyse in vitro, forme très lentement de l'ammoniaque.

Leurs dosages ont été effectués par la méthode de Parnas,

la Blédine

JACQUEMAIRE

est une farine spécialement préparée pour les enfants en bas âge.

Sa composition simple - (formule exacte détaillée sur la boîte) - répond cependant complètement aux besoins physiologiques de la croissance du nourrisson, même si celui-ci n'apporte en naissant que des réserves minérales insuffisantes.

Sa préparation simple - (procédé Miguet-Jacquemaire) - assure cependant son adaptation parfaite aux fonctions digestives des nouveaux-nés, même chez ceux qui sont atteints d'insuffisance glandulaire, chez les vomisseurs, chez les intolérants pour le lait, et même chez les prématurés.

Ni lactée, ni maltée, ni cacaotée.

est aussi pour les adultes un aliment reconstituant et très léger

qui peut faire partie de tous les régimes

Aliment de minéralisation : pendant les 3 derniers mois de la Grossesse, pendant l'Allaitement (action galactogène) et contre tous états tuberculeux.

Aliment liquide post-opératoire : après les interventions naso-pharyngiennes, celles sur le tube digestif, et les opérations gynécologiques.

Aliment régulateur des fonctions digestives : Constipation, Diarrhée, Gastro-entérite. (Modification de la flore intestinale).

Aliment des malades de l'estomac et de l'intestin : États dyspeptiques de toutes natures, Ulcères du tube digestif, Entéro-colite, Convalescence de la typhoïde.

ÉCHANTILLONS

Établissements JACQUEMAIRE

VILLEFRANCHE (Rhône)

en déplaçant l'ammoniaque à pH 9,2, dans le vide à 30 degrés.

Dans ces conditions, ils ont constaté que le rein isolé formait des quantités importantes d'ammoniaque qui triplent ou quadruplent après dix passages à travers le rein en vingt minutes.

Le rôle ammonio-formateur du rein est donc une fonction interne de cet organe qui persiste lorsque toutes les connexions nerveuses sont supprimées.

Sur les relations entre le bacille de la peste et le bacille de la pseudo-tuberculose des rongeurs. — MM. A. Boquet et Ed. Dujardin-Beaumetz étudient les rapports entre le bacille de la peste et le bacille de la pseudo-tuberculose des rongeurs au double point de vue de leurs caractères antigènes et de leurs propriétés immunisantes, homologues et hétérologues.

Contribution à l'étude des éléments filtrables du virus tuberculeux. — M. A. Saenz. L'infection provoquée chez le cobaye par les filtrats de produits tuberculeux est une infection vraie, mais transitoire, susceptible de guérir totalement ou d'aboutir par passages au retour des bacilles à la virulence initiale, comme l'ont observé Valtis, Arloing et Dufourt et d'autres auteurs, quand les réinoculations successives sont faites à des intervalles de quatre à cinq semaines, c'est-à-dire pendant la période où les organes renferment en plus grande abondance des germes acido-résistants.

Variations des chronaxies musculaires avec l'état de tension du muscle dans la contracture hémiplégique. — MM. G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler. Sur seize hémiplégiques avec contractures prononcées, les chronaxies musculaires changent leurs valeurs suivant que le muscle examiné est tendu ou relâché. Pour les muscles contracturés, les chronaxies diminuent lorsque le muscle est tendu, tandis que celles de leurs antagonistes augmentent. Ces constatations rentrent dans la notion récemment formulée par L. et M. Lapicque sous le nom de chronaxie de subordination.

En conclusion, les auteurs soulignent l'importance de la voie nouvelle ainsi ouverte, permettant à la méthode chronaximétrique de mettre en évidence des modifications dynamiques et reversibles des centres nerveux.

Existe-t-il dans le plasma diabétique une substance modifiant l'absorption globulaire du glucose. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle S. Gibert. Lœwi et ses collaborateurs ont pretendu que le plasma diabétique empêchait la fixation du glucose par les hématies. Cette action serait sous la dépendance d'une substance antagoniste de l'insuline : la glycémine présente dans la fraction dialysable du plasma. Les auteurs établissent, au contraire, que le plasma diabétique ne modifie pas le taux d'absorption des hématies vis-à-vis du glucose ajouté à ce plasma.

Les pourcentages d'absorption sont sujets aux mêmes variations que pour le plasma normal. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de Lœwi.

Le principe même de l'hypothèse de la glycémine est donc controuvé.

L'absortion de glucose par les hématies provenant de chiens diabétiques. — MM. Rathery, R. Kourilsky et M[lle] S. Gibert, poursuivant leurs études sur l'absorption du glucose par les hématies *in vitro* — dont la conclusion avait été défavorable aux résultats expérimentaux de Lœwi, — établissent avec une technique précise que les hématies diabétiques et les hématies normales se comportent de la même façon. Les taux d'absorption sont variables dans un cas comme dans l'autre de 7 à 24 p. 100. La dépancréatation ne confère donc aux globules aucune propriété nouvelle à cet égard.

Sur le sucre virtuel du sérum de cheval. — MM. Brocq-

cachet d'allophaquina

ANALGÉSIQUE - TONIQUE

Une nouvelle application de l'allophanate de benzyle qui a la propriété d'amorcer et de renforcer l'action du pyramidon

L'allophanate se dédouble, in vivo, en alcool benzylique, antispasmodique remarquable et en urée, diurétique direct

FORMULE { Allophanate de benzyle. 0.10 / Pyramidon .... 0.30 / Poudre de quinquina.. 0.10

cachet contre la douleur

JÉCOL

à la fin de chaque repas 1 ou 2 CACHETS de

JÉCOL

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

DRAINAGE biliaire — — intestinal

Littérature et échantillons médicaux sur demande

Laboratoire, 3, rue Watteau, Courbevoie (SEINE)

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET

Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin et 10 Juillet 1928)

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU

DÉPÔT : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS

— TRAITEMENT —

DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX

PROPHYLAXIE DU CANCER

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie des AFFECTIONS PULMONAIRES par la Voie intestinale (Syndrome entéro-pulmonaire)

Perles glutinisées 6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées. Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications, tous ÉTATS INFECTIEUX

Échantillons et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Rousseu, Gruzewska et G. Roussel. Le sérum ou les albuminoïdes du sérum hydrolysés, soit directement, soit après traitement par la potasse, formant des ozasones qu'on peut classer en deux groupes, d'après leur solubilité et leur point de fusion différents.

Le sérum dialysé, puis hydrolysé, contient la même quantité de sucre virtuel, exprimé en glucose, que le sérum normal.

Les globulines et les sérines, après hydrolyse acide, donnent des substances qui réduisent la liqueur de Fehling.

Nouveaux essais de vaccination par voie buccale contre la fièvre typhoïde. — MM. Kandiba, Solovieff et Triodine. Sur 12.960 vaccinés, il y eut 13 cas de fièvre typhoïde, alors que sur 10.000 non vaccinés il a été enregistrés 116 cas de fièvre typhoïde. Chez les vaccinés, l'évolution de la maladie a été notablement plus bénigne, plus courte et suivie de moins de complications que chez les non vaccinés.

Calcul de la quantité de chaleur dégagée par la d'Arsonvalisation diathermique. — M. A. Strohl indique comment malgré les effets de capacité qui interviennent dans la conductibilité du corps humain en haute fréquence, il semble possible de déduire la quantité de chaleur dégagée, à partir de l'intensité efficace, à condition de prendre, comme résistance du sujet, la résistance initiale mesurée dans les mêmes conditions où l'on pratique la d'Arsonvalisation.

De l'utilisation de la spléno-contraction adrénalique pour les opérations spléniques. — MM. P. Emile-Weil et R. Grégoire ont appliqué aux interventions spléniques l'injection d'adrénaline pour obtenir la spléno-contraction. Ils ont pu enlever trois rates de splénomégalies primitives (pesant vides de sang 1kg130, 1kg650 et 730 grammes), l'une complètement exangue, la seconde ne renfermant qu'un dixième de sang; dans le troisième cas, l'action évacuante fut faible et ne put être bien mesurée γ. D'ordinaire, ces rates renferment pour leur poids un cinquième, ou un quart et même plus de sang.

L'injection d'un milligramme d'adrénaline doit être faite un quart d'heure avant la splénectomie. On peut prévoir l'action de l'adrénaline, en faisant dans les jours qui précèdent l'opération une injection d'épreuve et en observant les modifications de volume spléniques sur les diagrammes pris avant et après l'injection.

Cette injection d'adrénaline permet d'éviter une grosse perte de sang au malade; elle semble inoffensive et diminue la gravité de l'intervention.

M. Busquet demande si on ne pourrait obtenir le même résultat par : 1° la compression de la rate, 2° l'injection de l'alcaloïde vaso-constricteur du genêt.

M. P. Emile-Weil. Les grosses rates leucémiques sont trop friables pour qu'on les manipule sans danger. Quant à l'alcaloïde du genêt, nous ne l'avons pas expérimentée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1929)

La vaccination buccale dans le syndrome entéro-uro-génital. — M. Colanéri constate que par sa situation anatomique et par ses connexions lymphatiques ou circulatoires le domaine uro-génital est sous la dépendance étroite du tube digestif et de ses ensemencements microbiens.

Il a constaté le balancement entre l'évolution d'une métrite, même d'origine gonococcique vraie, et l'infection intestinale, vaccinée ou non contre l'entérocoque et le colibacille.

La vaccination intestinale par voie buccale est la seule logique, la seule efficace, la seule inoffensive. Il faut y joindre un régime approprié. Cela ne supprime pas le traitement vaccinant de l'utérus par instillation intra-utérine ou imprégnation vaginale.

Le vaccin employé par l'auteur est un vaccin en milieu isotonique, physiologique; il comporte des corps microbiens et des lysats.

Les réactions pulmonaires de l'appendicite chronique. — M. Mélamed attire l'attention sur la fréquence relative (15 p. 100) de l'appendicite chronique chez les pulmonaires tuberculeux ou non, et il conseille de rechercher systématiquement l'appendicite chez tous les pulmonaires.

Activation de consolidation des fractures par l'emploi de l'huile irradiée. — Dans six cas de fractures diverses des membres, M. Roederer pense avoir obtenu un résultat de consolidation plus rapide par l'emploi de l'huile irradiée aux rayons ultraviolets; sept jours pour une fracture complexe de la clavicule; trois semaines pour une fracture en spirale de la diaphyse humérale. Les cals étaient particulièrement réduits.

Contribution au diagnostic et au traitement des névralgies rachidiennes. — M. Filderman expose sa méthode de diagnostic et de traitement des lumbagos, sciatiques et névralgies intercostales par les injections dans les trous de conjugaison vertébraux.

Erythème de Bazin et tuberculides cutanés. — M. Et. David communique quelques observations de tuberculides papulo-nécrotiques et d'érythème de Bazin rapidement et définitivement guéris par la cure thermale de Salies-de-Béarn.

Traitement chirurgical des pleurésies purulentes. — M. Petit de la Villéon est partisan de la ponction explora-

1872



d'Auto, de Chemin de fer, d'Avion

Hyosciamine....... 1/4 mgr. } par
Sulfate-strychnine. 1/2 — } granule

Dose maxima : 5 à 6 par jour
— un à un par 1/2 heure.

Enfants : 1 granule dissous dans 60 cc. d'eau de sirop, de Soda : 1 cuiller à café par année.



SEDLITZ
CHANTEAUD

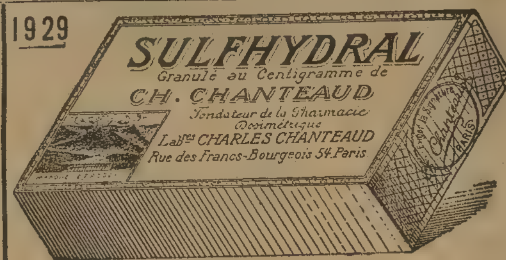
Sulfate de magnésie pur
Tartrate de Soude

LAXATIF : 1 cuiller à café
PURGATIF : 1 à 3 cuillers à soupe le matin à jeun dans de l'eau sucrée.

FOIE - INTESTIN

54, rue des Francs-Bourgeois, Paris

1929



1 cgr. de sulfure de calcium pur par granule dégageant H^2S naissant bactéricide énergique sans aucun danger, désinfectant des voies aériennes et digestives.

ANGINE — LARYNGITE — GRIPPE
RHUME — INFECTIONS



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**. relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

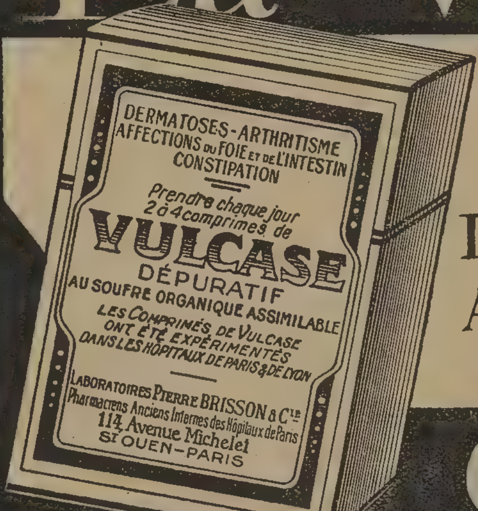
Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

La Vulcase



Comprimés laxatifs-dépuratifs
au Soufre organique assimilable

Dermatoses - Arthritisme
Affections du Foie et de l'Intestin

Constipation

trice faite toujours au trocart pour éviter les ponctions blanches.

Afin de se bien « mettre dans l'œil » la topographie de l'épanchement le chirurgien doit procéder, avec le radiologiste, à l'examen radioscopique du malade.

Au point de vue opératoire, il préconise l'opération en position assise à califourchon sur une chaise;

L'anesthésie régionale;

La résection costale, toujours nécessaire, même chez l'enfant;

La thoracotomie basse au point déclive (IXe ou Xe côte sur la ligne axillaire postérieure).

L'auteur donne sa préférence au drainage à thorax ouvert qui lui paraît plus sûr et plus efficace que celui à thorax fermé, à la condition de recourir rapidement aux exercices respiratoires avec le spiromètre de Pescher.

Volumineux hydro-salpinx bilatéral. — M. Petit de la Villéon présente au nom de M. Durand (de Dreux) une pièce opératoire de volumineux hydrosalpinx bilatéral, provenant d'une nullipare de trente-deux ans chez laquelle on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DE L'ADONIS VERNALIS DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES

Par le docteur Dessout.

L'Adonis vernalis est une drogue connue et utilisée depuis longtemps en thérapeutique cardiaque. Citons surtout les travaux de Bubnow, Cervello, Huchard, Guirlet, etc.; mais il faut attendre l'étude systématique de MM. L.-J. et F. Mercier, qui, en modifiant les techniques de recherches, ont pu déterminer les principes actifs de l'Adonis et en préciser les propriétés (1926-1928).

Au cours de leur expérimentation ces auteurs ont vérifié, par des expériences faites sur des animaux de laboratoire, avant et après chaque manipulation chimique, l'activité et la non-activité toni-cardiaques des produits obtenus. Ils ont pu ainsi éliminer tous les produits dépourvus d'action thérapeutique et isoler les deux principes actifs, dont les propriétés chimiques et biologiques ont été parfaitement définies.

L'un de ces glucosides, soluble dans l'eau et l'alcool, insoluble dans le chloroforme, l'éther de pétrole, donnant les réactions des glycosides à chaîne fermée lactonique non saturée, ayant une activité toni-cardiaque correspondant à environ 400.000 unités grenouilles au gramme, a été dénommé « l'Adonidoside ».

Le second glucoside, presque insoluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, soluble dans le chloroforme, peu soluble dans l'éther, insoluble dans l'éther de pétrole, donnant les réactions des glycosides à chaîne fermée lactonique non saturée, ayant une activité tonicardiaque correspondant à environ 160.000 unités grenouilles au gramme, a été dénommé « l'Adonivernoside » (1).

Alors que les diverses adonidines utilisées dans le commerce sont un mélange en proportions variables, suivant les méthodes d'extraction, de ces deux glucosides avec leurs produits de décomposition, ce qui explique les différences constatées dans leur activité thérapeutique, ces auteurs ont proposé d'utiliser un mélange qui serait toujours étalonné physiologiquement et qui, par conséquent, aurait toujours une action identique. C'est l'Adoverne, comme nous le verrons plus loin.

(1) L'unité grenouille est la quantité de substance active qui tue un gramme de grenouille par arrêt systolique du cœur dans un laps de temps de quatre heures au moins.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des expérimentations physiologiques et pharmacodynamiques que MM. L.-J. et F. Mercier ont poursuivies systématiquement et qu'ils ont publiées dans la *Revue de pharmacologie et de thérapeutique expérimentale* (1). Il ressort de leurs très importants travaux que l'adonivernoside possède une action prépondérante sur le système nerveux central et la sécrétion urinaire. L'adonidoside exerce son action sur les muscles et spécialement sur les muscles lisses.

Ces données pharmacodynamiques ont été appliquées à la thérapeutique clinique; de nombreuses observations ont permis de définir la place exacte de ces corps dans la série des cardio-toniques. Signalons les travaux de M. Lutembacher (2) et de son élève Faguet (*Th. de Paris*, 1928). Ces auteurs ont étudié l'influence exercée par l'adonidoside et l'adonivernoside comparativement à celle de la digitaline et de l'ouabaïne.

« Ces glucosides ont, au point de vue pharmacodynamique une action très comparable à celle de la digitaline et de l'ouabaïne. Cependant, dans la pratique, adonidine, digitaline, ouabaïne offrent des ressources différentes (R. Lutembacher).

Nous devons signaler également la mise au point remarquable du professeur Pouchet (*Pratique méd. franç.*; 1928) et les travaux du professeur Jung et des docteurs Fontenailles et Chausset (*Th. de Lyon*, 1928).

Comme on l'a vu plus haut, tous les auteurs ont étudié plus spécialement l'adoverne, qui représente les glucosides cardiotoniques de l'Adonis vernalis, dans la proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs; leur activité est étalonnée physiologiquement à la valeur constante de 300.000 unités-grenouilles pour un gramme du complexe glucosidique.

Les principales indications de l'adoverne se trouvent, comme celles de la digitaline, dans l'insuffisance cardiaque, avec arythmie complète telle qu'on l'observe, avec une fréquence particulière, dans les cardiopathies mitrales. L'adoverne, par son action prépondérante sur le pneumogastrique et la conduction intracardiaque, amène le ralentissement du rythme ventriculaire. Ce rythme tout en restant irrégulier suffit pour amener des systoles plus efficaces. La digitaline détermine ce ralentissement et le maintient plus longtemps que l'adoverne. Mais dans certains cas, la digitale produit un ralentissement excessif du rythme qui entraîne la dilatation du cœur et la stase. Dans ce cas, l'adoverne rend de grands services; il possède une action équivalente sur la contractibilité, mais il freine moins brutalement.

L'adoverne agit encore parfaitement dans les affections mitrales en provoquant une diurèse importante avec disparition de la stase, des œdèmes, de l'hépatomégalie, sans ralentissement excessif du rythme. Si, par hasard, ce ralentissement se produit, il est de courte durée.

Dans d'autres cas, où les malades ne réagissent plus à la digitaline, l'adoverne offre l'avantage précieux d'être efficace et de rendre le cœur apte à supporter de nouveau le ralentissement digitalique. Il se produit non seulement une suppléance mais une véritable « réactivation » d'un médicament par l'autre.

L'action eupnéique et sédative de l'adoverne peut être

(1) MM. les docteurs L.-J. et F. Mercier. L'Adonis vernalis. Etude chimique et pharmacologique (travail du laboratoire de pharmacologie et de matière médicale de la Faculté de médecine de Paris), *Revue de pharmacologie et de thérap. expérim.*, Paris 1927, n° 1, p. 1-73. — MM. les docteurs R. Lutembacher, Léon-J. Mercier et Fernand Mercier. Etude expérimentale des glucosides de l'Adonis vernalis, *Revue de pharmacologie et de thérap. expérim.*, Paris, nov. 1927, p. 87-89. — M. le professeur Pouchet. *Pratique méd. franç.*, oct. 1928. — MM. les docteurs Faguet et Chausset. *Th. de Paris* et *de Lyon*, 1928, etc.

(2) Loc. cit.

LABORATOIRES CARTERET

MÉDICATION ANTIBACILLAIRE
HYPEROXYDANTE & RECALCIFIANTE

BACTIOXYNE

Manganate calcico-sodico-potassique

Gouttes
Ampoules pour instillations rectales
Ampoules pour injections intraveineuses

Échantillons & Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES

Absorption facile et rapide
Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DE LA FIÈVRE TUBERCULEUSE

Possède toutes les propriétés
de l'Antipyrine, de l'Aspirine et du Pyramidon
dont elle n'a pas les inconvénients

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT

Beaucoup moins toxique
Aucune intolérance
Jamais d'argyrisme

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté Ame des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "

9, Cours de la Liberté, LYON — Bureau à PARIS 3, Rue Paul-Dubois

utilisée dans certains accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche tels que les crises d'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire quand, pour des raisons mal connues, l'ouabaïne est mal tolérée.

De même, l'adoverne, par son action sur le système nerveux central permet d'éviter les troubles divers : phénomènes d'excitation et malaise d'origine toxique que l'on observe à la suite de la brusque résorption des œdèmes chlorurémiques chez les malades atteints d'insuffisance cardiaque avec sclérose rénale.

Ainsi donc, l'adoverne complète remplace ou continue l'action de la digitale; son emploi doit être réglé, surveillé très attentivement comme celui de la digitaline ou de l'ouabaïne. Le malade sera préparé de la même façon et, pendant le traitement, il sera maintenu au lit et au régime lacté.

L'adoverne Roche s'administre par voie buccale soit sous forme de gouttes, soit sous forme de granules. On prescrit XXX à LX gouttes par jour en trois fois ou bien 4 à 8 granules. Le traitement doit durer trois jours, suivis d'une petite période de repos; au bout de trois jours, il est nécessaire de renouveler l'administration du médicament afin de maintenir les bons effets obtenus.

L'application de cette thérapeutique bien maniée a toujours donné de bons résultats. Dans les observations cliniques des thèses de Faguet et de Chausset, l'adoverne a été employé avec succès dans les affections mitrales avec insuffisance moyenne, dans les lésions aortiques et mitrales, dans les scléroses pulmonaires des anciens syphilitiques. Dans des cas d'intolérance à la digitale, l'adoverne a été utilisé avec succès; de même certains malades ont bénéficié de l'alternance des cures d'ouabaïne, d'adoverne et de digitaline.

Nous sommes donc en possession d'un médicament qui a fait ses preuves et nous pouvons dire, avec le professeur Pouchet, que l'adoverne constitue un moyen excellent et pratique d'administrer les glucosides cardiotoniques de l'Adonis dans tous les cas d'insuffisance et d'asthénie cardiaques, dans l'œdème pulmonaire, la dyspnée et les hydropisies.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie du foie. [Fascicule XVI du **Nouveau traité de médecine**] (1), publié sous la direction de MM. G.-H. Roger, Fernand Widal et P.-J. Teissier.

Peu d'organes ont une pathologie devenue aussi « riche » que celle du foie et la table des matières de ce livre étonnerait vivement un médecin non averti des recherches biologiques de ces vingt dernières années.

La variété de la pathogénie du foie s'explique d'ailleurs par la multiplicité des fonctions que doit remplir cet organe :

Le foie a une action propre sur la digestion; — c'est une glande dont les fonctions dans le domaine de la nutrition sont importantes; — c'est un organe qui tient en réserve des substances utiles à la vie des cellules; — c'est un filtre qui arrête les produits toxiques introduits accidentellement ou formés dans le tube digestif; c'est encore un réservoir qui accumule dans son réseau vasculaire des quantités considérables de sang et joint à son action proprement biologique le rôle d'un barrage qui régularise l'hydrostatique de la circulation. Chacune

(1) Un volume grand in-8 de 1.048 pages, avec 163 fig. et 40 pl. hors texte, dont 11 en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.



LE GOMENOL

EST L'ANTISEPTIQUE IDÉAL

Le fait que le GOMENOL a été, depuis trente-cinq ans, l'objet de plus de 76 communications scientifiques à des sociétés savantes, sur ses propriétés et les avantages que son emploi offre au corps médical,

la démonstration de son haut pouvoir antiseptique, de son innocuité, de son action excitatrice de la vitalité si nette sur les tissus atones, qui ressort des multiples observations publiées depuis 1913,

le grand progrès que le Balsoforme (c'est-à-dire l'addition de GOMENOL au Mélange de Schleich) a fait réaliser à l'anesthésie générale en provoquant un sommeil plus calme et plus persistant et un réveil plus rapide sans réflexe,

attestent que le médecin qui lutte contre une maladie débilitante où il craint l'envahissement de la septicémie, et que le chirurgien qui va pratiquer une opération longue et délicate sur un anémique ou un déprimé, possèdent avec l'IMPRÉGNATION GOMENOLÉE un très sûr et très puissant facteur de guérison.

REFUSER LES SUBSTITUTIONS

Littérature, Renseignements, Echantillons : 17, Rue Ambroise-Thomas, PARIS-9e

TRAITEMENT DU PSORIASIS

PSOTHANOL

COMPOSÉ ARSÉNO-BISMUTHIQUE

Ampoules pour injections intraveineuses ou intramusculaires

Laboratoire G. Fermé - 55, Boul. de Strasbourg, Paris (Xe) - Téléph. Provence 06-63

Traitement des fermentations intestinales

Les fermentations intestinales sont à l'origine des fermentations putrides qui s'établissent dès que les éléments microbiens, cause première des fermentations, deviennent prépondérants. Ces putréfactions resorbées par les vaisseaux porte, pénètrent ainsi dans le sang et intoxiquent tous les tissus. Elles sont les facteurs les plus importants des troubles et même des lésions du foie, des reins, du poumon, ainsi que les travaux de Heitz-Boyer l'ont bien mis en lumière. Ce sont elles qui engendrent l'artério-sclérose et qui provoquent un grand nombre de troubles psychiques.

Metchnikoff a fait remarquer que tout notre organisme est influencé par les fermentations intestinales. Ce sont elles qui provoquent la sclérose des tissus par leur irritation constante ; elles sont à l'origine de la sénilité précoce.

D'autre part, les fermentations intestinales produisent sur les parois de l'intestin des phénomènes d'irritation qui occasionnent tantôt de la diarrhée et tantôt de la constipation. D'où la nécessité de les enrayer par un traitement approprié.

On obtient la disparition des fermentations et des putréfactions de l'intestin en donnant de l'Amidal à ceux qui en sont porteurs. L'Amidal n'est autre chose que l'amidon paraffiné du Professeur Doumer associé à des ferments lactiques. Ce médicament développe dans l'intestin une énorme quantité de ferments lactiques qui s'opposent au développement des germes infectieux.

Aussi l'Amidal est-il, sous forme de cachets, de comprimés ou de poudre, le seul médicament absolument efficace dans toutes les formes d'entérite, avec diarrhée ou constipation. Il coupe en moins de quarante-huit heures les diarrhées des jeunes enfants et des adultes. Dans l'entérite muco-membraneuse, il régularise les selles et empêche la constipation comme les débâcles. Chez tous les sujets, il s'oppose aux résorptions putrides, origine de tant de maladies organiques.

de ces multiples fonctions, à son tour, est l'occasion d'actions variées : pour ne parler que du rôle digestif du foie, la bile neutralise les acides, accroît l'action de certains ferments, favorise l'absorption des graisses, entrave les putréfactions intestinales, etc...

Il est donc naturel que dans un *Traité de médecine* le volume consacré à la pathologie du foie soit l'un des plus étendus, l'un des plus richement illustrés et l'un des plus variés de la série : il doit conduire le médecin à travers le dédale des formes nosologiques les plus compliquées, et également les plus fréquentes qui se puissent rencontrer au carrefour de la médecine et de la chirurgie. L. G.

La vaccinothérapie en médecine et en chirurgie, publiée sous la direction scientifique de M. Maurice LOEPER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, avec de nombreux collaborateurs.

Voici un ouvrage auquel personne ne pourra reprocher de ne pas venir à son heure. Il n'est pas une revue de médecine qui, dans ces dernières années, n'ait consacré quelques-uns de ses articles à la vaccinothérapie; il n'est pas une société savante où ne soient constamment apportés des faits nouveaux qui montrent combien s'étend chaque jour le domaine de cette méthode encore si récente.

Mais, si plusieurs monographies ont été déjà consacrées à l'étude biologique des vaccins, aucun travail d'ensemble, à notre connaissance, n'avait envisagé jusqu'ici le côté clinique de la question, c'est-à-dire les applications pratiques de la vaccinothérapie dans les diverses branches de l'art de guérir. C'est cette lacune que vient combler fort heureusement le volume que nous présentons à nos lecteurs.

Publié sous la direction scientifique du professeur Loeper, dont la haute autorité est reconnue de tous, l'ouvrage s'ouvre par un article-préface de ce maître sur la « Vaccinothérapie préventive et curative » qui forme un exposé succinct, mais complet de la question. Viennent ensuite cinq chapitres d'un intérêt très général, et qui constitue une excellente mise au point de l'état actuel de nos connaissances en la matière : « Principes généraux et indications de la vaccinothérapie », par le professeur Jeanneney (de Bordeaux); « Les colloïdes cellulaires et la défense organique, par le distingué chimiste L. Lematte; « Les auto-vaccins », par A. Bergeron; « Les stock-vaccins », par X. Colaneri; « Les incidents et accidents de la vaccinothérapie », par F. Meerseman.

A lui seul, un exposé aussi complet justifierait déjà la publication de cet ouvrage. Mais il ne forme guère que le quart du volume, et c'est surtout une étude clinique de l'emploi des vaccins que les auteurs ont entendu faire. Sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin, nous ne pouvons à notre grand regret, qu'en énumérer les différents chapitres : « La vaccination antituberculeuse par le bacille bilié de Calmette-Guérin », par L. Nègre; « Vaccinothérapie des affections pulmonaires en dehors de la tuberculose », par G. Rosenthal; « La vaccinothérapie dans les infections typhoïdes », par Ch. Zoeller et F. Meerseman; « Vaccination anti-rhumatismale », par G. Rosenthal; « La vaccinothérapie en dermatologie », par L. Bory; « La vaccinothérapie en chirurgie générale », par L. Dartigues et P. A. Digeon; « La vaccinothérapie dans les ostéomyélites », par J. Privat; « La vaccinothérapie en gynécologie », par L.-M. Pierra; « La vaccinothérapie en urologie », par L. Frigaux; « La vaccinothérapie

(1) Un vol. in-8 raisin de 216 p., dans la collection « L'évolution thérapeutique » (9e année). L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1929. — Prix : 20 francs.



Pour l'Assainissement des Habitations
Exigez de votre Pharmacien, Droguiste, etc.
le véritable CRÉSYL-JEYES. Exiger le nom : JEYES

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE LE PLUS PUISSANT
JEYES Désinfectant sans Danger
pour les malades; Désinfection assurée des Chambres de malades, literie, linges, s'emploie en Lavages, pulvérisations, etc.
Le **Crésyl-Jeyes** a été étudié à l'aide d'une méthode scientifique et d'une technique à l'abri de toute critique (en s'aidant surtout du contrôle bactériologique) par les **Savants les plus autorisés** en matière d'hygiène.
DIX FOIS plus puissant comme ANTISEPTIQUE
que l'Acide PHÉNIQUE PUR
et que tous les Produits soit-disant SIMILAIRES
(voir *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1895 ; *Revue d'Hygiène*, 5 mai 1921 ; *Union des Services Municipaux Techniques et des Travaux Publics*, n° 8, avril-juin 1911)
Se méfier des contrefaçons, le CRÉSYL JEYES ne se **vend** qu'en **récipients cachetés**, portant la marque de la Société, ainsi que le **nom CRÉSYL-JEYES**.
Échantillons et Références *GRATIS et FRANCO sur demande*
Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS, PARIS
Adr. télégr. : Crésyl-Paris Téléph. : Archives 20-55

en ophtalmologie », par P. Boussi; « La vaccinothérapie en oto-rhino-laryngologie », par G. de Parrel; « La vaccinothérapie en stomatologie », par E. Hollande.

Enfin, l'ouvrage s'achève par quelques notes documentaires sur les principaux vaccins, qui n'en constitueront pas le chapitre le moins précieux pour le médecin praticien.

L'ensemble du volume, élégamment présenté et parfaitement disposé, forme à ce jour le guide le plus complet et le meilleur auquel puissent s'adresser tous ceux qui désirent bien connaître et employer utilement une méthode qui apparaît dès maintenant comme extrêmement féconde en ressources de toute sorte, mais qui ne doit, comme toutes les méthodes nouvelles, être utilisée qu'avec discernement. L.-M. PIERRA.

Les Paradis artificiels (1), par le docteur Louis LEWIN, professeur à l'Université de Berlin. Traduit par le docteur F. Gidon, professeur à l'Université de Caen.

Les aliments seuls exceptés, il n'est pas sur la terre de substances qui aient été aussi intimement associées à la vie des peuples, dans tous les pays et dans tous les temps, que les excitants, les hallucinants et les stupéfiants : opium, morphine, cocaïne, peyotl, chanvre indien, agaric, jusquiame, datura, alcool, chloroforme, éther, chloral, véronal, kawa, camphre, bétel, café, thé, kola, maté, tabac, arsenic.

L'auteur de cet ouvrage unique, dont le titre a été emprunté à Baudelaire, est professeur à l'Université de Berlin, et le plus grand spécialiste connu dans cette science.

Pour chacune des substances énumérées ci-dessus, le professeur Lewin étudie l'historique et l'origine, la préparation, l'importance actuelle de la consommation, les troubles dus à l'usage et les mesures de défense sociale.

Certains agents étudiés par le professeur Lewin, tels que le café, le thé, le tabac, etc., sont plus ou moins tolérés par l'homme, leur action stimulante ou excitante sur le système nerveux rendant des services momentanés à l'organisme déprimé par l'agitation et le surmenage de la vie moderne.

Mais à côté du groupe de ces excitants, le groupe des stupéfiants, par l'usage habituel qui en est fait, exerce sur l'humanité une emprise non moins grande et absolument néfaste. Le nombre s'accroît chaque jour des malheureux qui en sont victimes. Si ce péril continue à se développer dans les proportions où il l'a fait depuis cinquante ans, il deviendra une calamité mondiale aux conséquences de laquelle, d'une manière directe ou indirecte, nul n'est certain d'échapper.

C'est dire l'intérêt aussi bien social que scientifique de cet ouvrage fondamental du professeur Lewin qui est le fruit de l'expérience pratique de toute une vie.

Ajoutons que l'ouvrage a été traduit par le docteur F. Gidon, professeur à l'Université de Caen, ce qui donne à l'édition française une valeur égale à celle de l'édition allemande originale. L. G.

(1) In-8 de la Bibliothèque scientifique. — Prix : 25 fr. — Paris, Payot.

Le Cardiogramme de décubitus latéral gauche en clinique. Analyse, interprétation, rapports avec la valeur fonctionnelle du cœur, par V. PACHON, professeur de physiologie, et Roger FABRE, sous-directeur de laboratoire à la Faculté de médecine de Bordeaux. In-16 de 88 pages avec 96 fig. dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boite suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. SOCQUET (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. FRISCH (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. LAGNY (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

Aliment de Régime

par excellence des troubles gastro-intestinaux du nourrisson, *la farine lactée diastasée « SALVY »* donne les résultats les plus probants dans les états :

d'intolérance lactée,
de diarrhée,
de gastro-entérite,
de sous-alimentation.

Soigneusement diastasée

en cours de fabrication, peu chargée en matières grasses, elle est toujours bien supportée et répond à ces deux indications primordiales :

« Assurer au nourrisson, sain ou malade, une ration alimentaire suffisante :

« Ne lui donner qu'un aliment qu'il puisse tolérer, assimiler. »

Les Bouillies de Farine Salvy

se préparent en dix minutes et ne comportent aucune précaution spéciale.

Conseillez-les :

1° préparées à l'eau, pendant la période d'intolérance ;
2° additionnées de lait progressivement, d'un quart, puis d'un tiers, selon l'état digestif ;
3° préparées à l'eau et additionnées de lait par moitié, à l'état normal.

Littérature, Échantillons, Cartes de pesées :

FARINE SALVY, 4, Rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine)

Grippe

et ses Séquelles

Antiseptie Générale

URASEPTINE ROGIER

Dédoublement assuré de l'Hexaméthylènetétramine (Formine) avec mise en liberté de formol naissant décelable dans les humeurs : : de l'organisme : :

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ombrédanne, Mathieu, qui acceptent; Moure, Proust, Deniker, Wiart, M. Labbé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 10 mai 1929, à 9 h. du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du lundi 15 au lundi 22 avril 1929 inclusivement.

NOUVEAUX HÔPITAUX. — La Commission d'études du programme de politique hospitalière du département envisage la construction, par l'Assistance publique, de deux hôpitaux de 1.000 lits chacun, à Garches et au plateau d'Avron.

D'autre part, la Commission étudie la création au Plessis-Robinson d'un hôpital interdépartemental de 400 lits.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. Mathey-Cornat a été nommé électro-radiologiste titulaire des hôpitaux et chargé à ce titre du service de radiologie du sanatorium Xavier Arnozan et du service des remplacements.

HÔPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Deux places d'interne sont actuellement vacantes à l'hôpital civil français de Tunis (Tunisie). — Pour conditions et renseignements, s'adresser au directeur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A l'occcasion des vacances de Pâques, la Faculté vaquera du dimanche 24 mars au dimanche 7 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 8 avril.

Bibliothèque : La bibliothèque sera fermée pendant les vacances.

Secrétariat : Le secrétariat sera fermé du samedi 30 mars inclus au mardi 2 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les autres jours aux heures habituelles. De plus, la caisse sera ouverte le samedi 30 mars pour le paiement des traitements.

— Nancy. — Il est créé, à l'Université de Nancy, un Institut d'éducation physique relevant, du point de vue scientifique, de la Faculté de médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — A été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Paolucci (de Bari), président de l'Union internationale contre la tuberculose.

GUERRE. — Service de santé. — Sont désignés pour assurer, en 1929, le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin-30 septembre). — MM. le médecin lieutenant-colonel Rebierre, médecin chef; le médecin capitaine Dumont; le pharmacin commandant Massy.

Hôpital militaire de Bourbonne (26 mai-30 septembre). — MM. le médecin lieutenant-colonel Delacroix (de Besançon), médecin chef; le médecin commandant Dellys.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (15 mai-30 septembre). — M. le médecin commandant Delacroix (de Nice), médecin chef.

Hôpital militaire du Mont-Dore (15 mai-30 septembre). — M. le médecin commandant Langlois, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai-26 octobre). — MM. le médecin commandant Fauque, médecin des hôpitaux militaires (de Bordeaux); le médecin commandant Cazalas, médecin des hôpitaux militaires (de Montpellier); le médecin

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

capitaine Dillenseger (du Val-de-Grâce); le médecin capitaine Audouy, médecin des hôpitaux militaires (de Toulouse); le médecin capitaine Lassalle, médecin des hôpitaux militaires (Dijon).

Les officiers et sous-officiers ci-dessus désignés rejoindront deux jours avant l'ouverture des établissements et retourneront à leur poste à l'expiration de la dernière saison.

En outre, les médecins lieutenants dont les noms suivent seront détachés dans les hôpitaux thermaux dans les conditions suivantes :

Hôpital militaire de Barèges (12 juillet-9 septembre). — MM. les médecins lieutenants Coulouma et Freyche.

Hôpital militaire de Bourbonne (12 juillet-15 septembre). — MM. les médecins lieutenants Barrat et Chaudey.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (12 juillet-15 septembre). — M. le médecin lieutenant Fournie.

Hôpital militaire du Mont-Dore (12 juillet-15 septembre). — M. le médecin lieutenant Borgomano.

Hôpital militaire de Vichy (12 juillet-25 septembre). — MM. les médecins lieutenants Bedos et Soulier.

Hôpital militaire de Briançon (12 juillet-15 septembre). — M. le médecin lieutenant de Casaban.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 16 mars publie deux décrets relatifs : 1° à l'organisation et au fonctionnement de l'Office national des assurances sociales; 2° à l'organisation et au fonctionnement de la Caisse générale de garantie.

— **Ilots insalubres.** — Il est institué au ministère du Travail une Commission chargée d'étudier les simplifications à apporter dans la réglementation en vigueur, en vue de faciliter la suppression des îlots insalubres.

L'ÉTAT SANITAIRE EN RHÉNANIE. — De la triste discussion qui vient d'avoir lieu à la Chambre au sujet de la violente épidémie de grippe de l'armée du Rhin, ne retenons que les déclarations du docteur Péchin et du colonel Picot au nom de la Commission de l'armée. Il en résulte que le Service de santé de l'armée du Rhin a rempli sa tâche avec un dévouement auquel on doit rendre un hommage sans réserve. C'est ce qu'a fait de son côté le ministre de la Guerre :

« Tous ici, a-t-il dit, nous rendrons hommage au Service de santé et au personnel médical qui a fait preuve d'un courage, d'une vaillance et d'un dévouement admirables. »

M. Painlevé a apporté ensuite les détails suivants sur l'épidémie :

« Tout homme de bonne foi qui compare les statistiques militaires aux statistiques des villes allemandes constatera que l'armée française a été comme immergée dans une vague de fièvre infectieuse et qu'elle a été exposée aux maladies, rougeole, scarlatine et broncho-pneumonie, qui accompagnent cette fièvre.

Les documents de la Société des Nations, les publications allemandes nous renseignent sur la mortalité de la population civile allemande. Pour les maladies auxquelles je fais allusion, la mortalité est la même chez les jeunes que dans l'ensemble de la population.

A Coblence, où la population allemande est légèrement plus élevée que l'ensemble de nos garnisons rhénanes, la mortalité dépasse un peu celle de nos troupes. Ailleurs, la mortalité est un peu inférieure. Ce sont les hasards de l'épidémie... »

SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — Composition du nouveau bureau de médecine élu en assemblée générale du 12 mars 1929 :

Président : M. Darnis; vice-présidents : intérieur, M. Traut; extérieur, M. Vioget; journal : M. Binet; trésorier : Mlle Berger; secrétaire : M. Gaber; secrétaire adjoint : M. Gillet; bibliothécaire : M. Lubas; bibliothécaires adjoints : MM. Moro et Pegourrier.

Xe SALON DES MÉDECINS. — **Changement de date.** — A la demande d'un certain nombre de nos confrères, trop pris professionnellement cet hiver pour avoir eu le temps de préparer leur exposition, il a été décidé, afin que ce Salon ne le cède pas en importance aux précédents, d'en reculer l'ouverture d'un mois, soit du 26 mai prochain au 3 juin inclus, au Cercle de la Librairie, comme à l'accoutumée. Les retardataires et nouveaux adhérents sont priés de s'adresser pour tous renseignements au secrétaire : le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Timbre pour la réponse.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 6e décade (21-28 février 1929), 1.999 décès totaux, dont 1.687 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 2.390 pendant la décade précédente et de 1.267, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 312 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Toutes les maladies infectieuses, y compris la diphtérie, sont en décroissance. Il en est de même des affections aiguës du poumon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs René Blanche (de Brienon), Naudier (de Lagny), Fourteau (de Bastia), Robert Charpentier (d'Arinthod, Jura), Delfosse (de Saive, près Liége), David James Graham (d'Edimbourg), Charles Mallet (de Paris), Julien Devos (d'Haccourt, Belgique), Camille Jadot (de Haversin, Belgique), Louis van Bœckel, inspecteur principal d'hygiène du gouvernement belge; Emile-Henri Ozenne, ancien interne des hôpitaux, chirurgien honoraire de Saint-Lazare, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, médaille de 1870 et de 1914, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris; Henry Pinard (de Paris); Félix Balzer, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre titulaire de l'A. M. dans la section de médecine depuis 1908, officier de la Légion d'honneur; Vatnick (de Liége).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CORBEIL-ESSONNES Très belle propriété parfait état, tout confort. Vastes constructions avec nombreuses chambres. Dépendance. Parc 2 hectares et demi. Potager 4.000 mètres carrés. Conviendrait maison de santé, de convalescence, etc.

Duchemin, 16, rue de Vaugirard, Paris.

BAGNOLES-DE-L'ORNE A vendre très belle et grande villa avec tout confort. Parc 5.000 mètres carrés clos de murs. Conviendrait pour maison de santé, clinique, etc.

Duchemin, 16, rue de Vaugirard, Paris.

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris

ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin

EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC

ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES

Laboratoires : 3, Quai aux Fleurs. — Paris.

Névralgies Névrites **BROMÉINE** MONTAQU

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie, le

SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE PUR)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique **l'éliminateur naturel** *(acide thyminique)* élaboré normalement par l'organisme sain;

assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,** sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. — *DOSE MOYENNE :* 3 à 6 comprimés par jour.

L'acide thyminique est un médicament qui, employé pur, suffit à la cure complète de l'arthritisme. Son association avec d'autres médicaments ne repose sur aucune nécessité scientifique et ne peut qu'entraver l'institution d'une posologie convenable.

LABORATOIRES CLIN – COMAR & Cie, PARIS 1371

R. C., 78.026, Seine

EN INJECTIONS
SOUS CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES

l'acétylarsan

RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES
PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS
DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS

LE LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON. PARIS 8e
tient à la disposition du Corps
médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation
convaincante.

renéjean

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

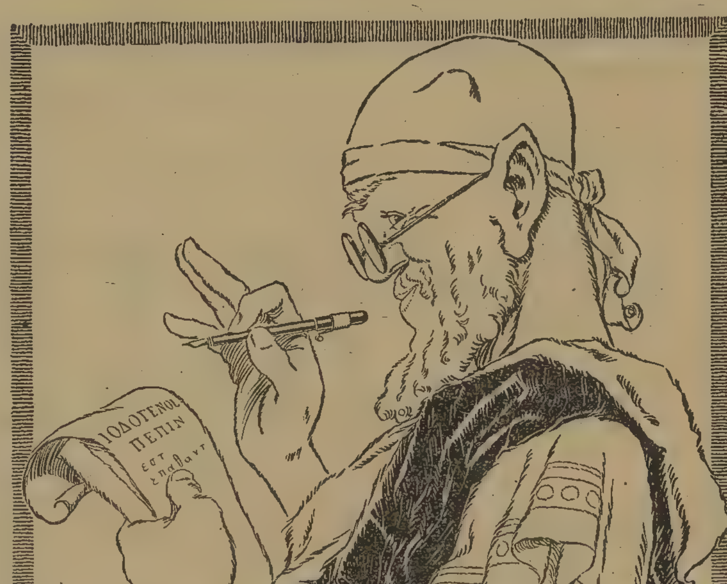
d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



FRACTURE DU CUBITUS

AVEC LUXATION DE LA TÊTE RADIALE

(Fracture de Monteggia)

Par M. Georges LECLERC,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Dijon.

(Leçon recueillie par MM. Roy et Pont, *internes du service.)*

Les fractures du cubitus avec luxation de la tête radiale, encore appelées fractures de Monteggia, dont nous avons actuellement un exemple dans le service, sont des fractures rares mais très intéressantes à étudier parce qu'elles constituent une des variétés de lésion traumatique portant sur deux os couplés. Sans doute, dans un couple osseux, l'un des os peut se fracturer seul et vous connaissez bien, pour en avoir vu un récent exemple, les fractures isolées du cubitus. Mais ces fractures isolées d'un des os de l'avant-bras ne peuvent se produire que s'il n'y a pas de chevauchement des fragments. En effet, l'un des os ne peut se raccourcir sans que l'autre, qui lui est intimement lié, ne se raccourcisse également.

C'est pourquoi la fracture du cubitus avec chevauchement s'accompagne ordinairement d'une fracture du radius : c'est la fracture classique des deux os de l'avant-bras. Si pourtant le radius résiste, il faut de toute nécessité qu'il se luxe à l'une de ses extrémités, soit à l'extrémité inférieure, ce qui est tout à fait exceptionnel, soit à l'extrémité supérieure, ce qui est plus fréquent et constitue la fracture de Monteggia.

C'est par le même mécanisme que se produisent les fractures du radius avec luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. Nous avons aussi dans le service une fracture du tibia avec fort chevauchement qui s'accompagne de luxation péronéo-tibiale supérieure. Le péroné intact n'a pu permettre le rapprochement des deux articulations du genou et du cou de pied sans se luxer en haut : la radiographie montre que la tête du péroné s'élève au niveau de l'articulation du genou. C'est à la jambe l'homologue de la fracture de Monteggia.

Cette dernière lésion est très anciennement connue, mais c'est surtout Malgaigne et Kirmisson (dans la thèse de Perrin) qui l'ont étudiée.

On la rencontre souvent chez l'enfant, mais également, vous le voyez, chez l'adulte. En général, il s'agit d'un traumatisme direct et fréquemment celui-ci s'exerce sur l'avant-bras placé dans l'attitude de défense qui l'amène devant la face. Plus rarement, la lésion est consécutive à une chute sur la main. Enfin, dans bien des cas, le blessé ne peut donner aucun détail précis sur la façon dont s'est produit le trauma.

Le mécanisme en tous cas est toujours le même : c'est le cubitus qui se fracture d'abord; puis la force traumatisante continuant son action sur le radius, celui-ci plus fuyant que le cubitus et mieux protégé par les muscles, ne se fracture pas, mais se luxe au niveau de son extrémité supérieure, la moins bien fixée. Cette luxation n'est donc que secondaire; nous verrons plus loin l'importance de ce fait.

L'étude anatomique des lésions nous apprend que sur le cubitus, le trait de fracture porte généralement à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, qu'il est ordinairement oblique en bas et en arrière, que le fragment supérieur, attiré en avant et en haut par le brachial antérieur forme avec le fragment inférieur un angle ouvert en arrière. Quelquefois, ce fragment supérieur s'incline fortement en dehors. Le fragment inférieur, étroitement lié au radius par le ligament interosseux, suit cet os dans ses déplacements et se porte en haut et en dehors.

Quant à la tête radiale, elle a quitté la petite cavité sigmoïde du cubitus et s'est portée en avant et en dehors, après avoir effondré devant elle la capsule articulaire et le ligament latéral externe.

Les lésions des organes voisins sont peu fréquentes : elles portent surtout sur le nerf radial qui peut être lésé dans sa branche postérieure motrice ou dans sa branche antérieure sensitive.

Cliniquement, je ne peux vous donner une meilleure description qu'en vous lisant l'observation du malade qui est dans le service.

Il se présente le coude fléchi, l'avant-bras en pronation. Celui-ci est à la fois raccourci, élargi, gonflé et ecchymotique. Les mouvements de flexion et d'extension du coude, ceux de pronation et de supination sont limités et douloureux.

Si on suit la crête postérieure du cubitus, on tombe, à son tiers moyen, sur le foyer fracturé, facilement reconnu par la douleur exquise localisée. Si on explore le radius, on suit sa diaphyse sans y déceler de fracture; mais si on cherche la tête radiale, en s'aidant par de petits mouvements de torsion imprimés à l'avant-bras, on ne trouve pas sa saillie habituelle, roulant sous le doigt au-dessous du condyle externe de l'humérus. A sa place le doigt explorateur s'enfonce dans une dépression et la tête est retrouvée plus en avant, sous la masse des muscles épicondyliens.

Dès lors, le diagnostic est fait; il est confirmé et précisé par la radiographie. C'est le cliché de profil qui est surtout instructif. On y voit la fracture du cubitus, la direction du trait de fracture, oblique ou transversal, la variété de ce trait, simple ou composé, c'est-à-dire avec ou sans fragment intermédiaire, le chevauchement plus ou moins considérable des fragments. Enfin, on apprécie la position de la tête radiale, ayant perdu contact avec le condyle et reportée en avant et souvent aussi en dehors.

Tel est le type clinique le plus fréquent, celui où le cubitus est fracturé entre le tiers moyen et le tiers supérieur. Mais le trait de fracture peut siéger plus haut et même s'élever jusqu'à la base de l'olécrâne. Alors, l'aspect du coude est tout à fait analogue à celui d'une luxation du coude en arrière et la radiographie est indispensable pour le diagnostic.

Abandonnée à elle-même, la fracture de Monteggia aboutit toujours à une impotence fonctionnelle importante : le cubitus se consolide en position vicieuse et la luxation radiale persistant, la prosupination est perdue. L'impotence devient plus considérable encore en cas de pseudarthrose cubitale.

Le diagnostic est très facile dans la forme habituelle, pourvu qu'on ne perde pas de vue le précepte donné par Malgaigne : en présence de toute fracture du cubitus, explorer toujours la tête radiale. Lorsque le trait cubital est haut situé, nous avons vu les difficultés de diagnostic avec la luxation du coude.

Le traitement est fort intéressant à étudier. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'il s'agit de réparer un couple osseux disloqué et que, en agissant sur un des éléments du couple, on agit forcément sur l'autre. Mais auquel faut-il s'en prendre de préférence?

« La luxation est tout, la fracture n'est rien », enseignait Kirmisson. Rien n'est fait si la tête radiale n'est pas remise en place; il faut l'y remettre coûte que coûte et par l'arthrotomie si les moyens ordinaires ne suffisent pas. Telle était l'opinion ancienne et Lambotte, dans son livre classique sur le « traitement sanglant des fractures », où pourtant presque rien n'est à reprendre, s'y rallie sans discussion. Il semble en effet que la luxation une fois réduite, le chirurgien doive se trouver en présence d'une fracture simple du cubitus dont on connaît le pronostic généralement favorable, même lorsque la réduction en est imparfaite.

Il y a quelques années, Abadie [d'Oran] (1) avait attiré l'attention sur le trop peu d'importance attribué à la fracture cubitale et il avait préconisé l'ostéosynthèse du cubitus associée à la réduction sanglante de la tête radiale. Le premier il a dit que la réparation exacte du cubitus est en effet, à l'inverse de ce qu'on croyait, la grosse affaire; si elle n'est pas absolument nécessaire à la réduction de la luxation, elle est en tous cas indispensable à son maintien et sans elle, la réduction de la tête radiale est toujours instable et précaire.

Cela est parfaitement vrai. Je pense en outre, comme le pensait Hallopeau (2), comme viennent de le dire Dujarrier et Mouchet (3) que le seul fait de redonner au cubitus sa forme et sa longueur ramène très généralement la tête radiale à sa place et qu'il est bien rare qu'on soit obligé d'intervenir directement pour la remettre en place.

Quelle est donc la conduite à tenir en face d'une fracture de Monteggia?

Il faut d'abord commencer par l'essai des moyens non sanglants. On cherche à réduire la fracture par traction sur l'avant-bras, puis la luxation par propulsion de la tête radiale dans le sens opposé au déplacement. Si on y parvient, on fixera le résultat par un plâtre en flexion et supination : une radio de contrôle indiquera la qualité de la réduction.

Ces moyens non sanglants peuvent suffire chez l'enfant dont les facultés d'adaptation permettent d'obtenir un bon résultat fonctionnel, même avec une réparation approximative des lésions. Mais chez l'adulte il en va tout autrement. Je crois qu'il est bien difficile chez eux de remettre toutes choses en état sans recourir à l'opération : celle-ci me paraît d'autant plus indiquée qu'elle peut généralement se réduire à un seul acte chirurgical, simple, facile et précis : l'ostéosynthèse du cubitus.

On commencera donc par faire cette ostéosynthèse avec une plaque vissée perdue suivant la technique de Lambotte. Cela fait, la tête radiale sera généralement revenue à sa place; elle se sera en tous cas suffisamment rapprochée du condyle pour qu'une simple pression la fasse rentrer dans sa loge. La réduction par arthrotomie me paraît avoir des indications tout-à-fait exceptionnelles. En tous cas, l'opération se fera avec avantage sous anesthésie du plexus brachial qui donne, ainsi que vous avez eu souvent l'occasion de le voir dans le service, des facilités de manœuvre considérables.

(1) Abadie. *Presse méd.*, 1913

(2) Hallopeau. *Soc. de pédiatrie*, 1921.

(3) Dujarrier et Mouchet. *Soc. de chir. de Paris*, juillet 1927.

LES SYPHILITIQUES AUX EAUX MINÉRALES

(Rapport de MM. Louis G. Blanc, Henri Flurin, Jean Heitz, Robert Pierret, Pierre Salles.)

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS

SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 18 MARS 1929

L'emploi des eaux minérales sulfurées chez les syphilitiques est connu d'ancienne date puisqu'il est préconisé dès 1546 par Fracastor et que, depuis, nombre d'auteurs lui ont prêté attention. Parmi eux il convient de citer Bordeu qui, en 1750, les employait contre les accidents du traitement mercuriel. Mais c'est seulement au XIXe siècle que fut abordée l'étude scientifique de leurs effets directs sur la syphilis, en particulier par Gaucher, Brocq et leurs élèves.

Si l'ancienne « cure d'épreuve » est maintenant abandonnée il convient de signaler que Bergeron et Jouffray ont pu, en employant conjointement le mercure et le soufre colloïdal, réactiver un Bordet-Wassermann négatif.

I. Cures sulfurées et syphilis. — La cure sulfurée comme adjuvant des traitements spécifiques. — L'iodure n'est pas en réalité un traitement spécifique et n'agit que comme un résolutif de l'élément infiltration et sclérose. C'est sans doute l'iode qui agit contre les vieilles syphilis dans les cures minérales chlorurées sodiques.

Mercure. — Il est de fait que les eaux sulfurées, plus encore que le soufre d'autre origine, agissent sur l'utilisation du mercure et sur son élimination, en particulier s'il s'agit de produits insolubles. Le soufre hâte et régularise l'élimination rénale, et, en mobilisant le mercure, le rend thérapeutiquement actif. La salivation que déclenche la cure sulfureuse est un témoin; c'est à la mobilisation du mercure qu'il faut attribuer l'heureux effet sur la syphilis d'une cure sulfureuse succédant à une cure mercurielle peu efficace.

La cure sulfureuse permet d'instituer un traitement mercuriel intensif; elle augmente la tolérance et permet d'augmenter les doses sans accidents. Ces accidents eux-mêmes peuvent disparaître par leur action sans même qu'on doive interrompre la cure hydrargyrique.

Leur action s'explique probablement par la redissolution que provoquent les eaux sulfureuses des chloro-albuminates de mercure insolubles, à la fois dans les albumines de l'organisme et dans les eaux sulfurées elles-mêmes.

Par analogie on a préparé des produits actifs contenant à la fois soufre et mercure, avec ou sans adjonction d'arsenic.

Bismuth. — Il donne des accidents analogues à ceux que

produit le mercure, mais moins graves, et vis-à-vis de lui les effets du soufre sont analogues quoique peut-être moins intenses (Hesse) ; on en conclut aisément à la mise en œuvre du même mécanisme. Si l'on suit l'élimination du bismuth dans les urines et les fèces on l'y retrouve sous forme de composés sulfurés.

De récents travaux ont montré l'importance dans l'organisme de l'action oxydo-réductrice de certaines substances sulfurées dont le glutathion est le type. Certains tissus où il est présent (tissu surrénal) forment in vitro avec le bismuth des produits particulièrement actifs par comparaison avec la quantité de métal en jeu. On peut supposer que les eaux minérales, d'une teneur en soufre analogue, peuvent agir par un mécanisme analogue.

Arsenic. — Nous ne savons ici que peu de chose, sinon que le sulfarsénol peut rendre de grands services contre certaines formes de rhumatisme, à la même enseigne que les eaux thermales sulfureuses de tous temps connues.

Cures sulfurées agents curatifs directs de la syphilis. — Les vertus de la cure sulfurée sont connues de longue date, mais le mécanisme en est encore obscur. On connaît depuis longtemps son action réactivante sur des syphilis assoupies que nous pouvons rapprocher des phénomènes d'Herxheimer que provoquent nos arsenicaux modernes et de l'activité des divers produits curatifs à base de soufre (sulfarsénol, sigmuth, intramine, etc.).

Récemment, K. Schrœder a pratiqué la pyrétothérapie au moyen d'huile soufrée dans des cas de tabes, de méningite spécifique, et ses résultats lui font préconiser ce traitement dans des syphilis viscérales autres que celles du système nerveux. Le soufre paraît inoffensif pour le rein, d'où son intérêt dans la syphilis rénale; on pourrait aussi l'employer chez le nourrisson à partir du troisième mois.

Le soufre agit aussi sur l'*état général du syphilitique* qui est à la fois déminéralisé et anémié. On voit se relever le chiffre de l'urée, le rapport azoturique, tandis que s'abaisse le rapport de l'ammoniaque à l'azote total et du soufre conjugué au soufre total, indices d'amélioration des échanges nutritifs.

Les cures thermales à base de soufre sont donc un appoint précieux du traitement spécifique à condition de n'employer que le soufre non oxydé, seul utile ici. Stations pyrénéennes : Ax-les-Thermes, Barèges, Cauterets, Luchon; stations alpines : Aix-les-Bains et surtout Uriage. Toujours combiner et associer les diverses voies d'absorption des eaux.

II. Indications spéciales de la cure hydrominérale suivant l'appareil électivement touché chez les sujets ayant été infectés par la syphilis. — Les divers appareils peuvent être touchés séparément ou simultanément aux diverses périodes de la syphilis.

Période secondaire. — Sont particulièrement frappés : moelle osseuse, tissu hépatique, système veineux d'où anémie secondaire, particulièrement nette chez la femme. Anémie habituellement bénigne et qui cède à une cure de repos; on peut cependant compléter le traitement par une cure ferrugineuse (Forges, Royat) ou arsenicale (La Bourboule, qui permet en même temps la cure d'altitude). La cure prudente à la Bourboule est surtout utile lorsqu'en raison d'une fragilité particulière le traitement spécifique exagère l'anémie; ce dernier doit dans ce cas être suspendu temporairement.

Il y a divergence sur le traitement des ictères secondaires. Il sera, en tous cas, prudent de ne recommencer de traitement arsénobenzénique qu'après cure bénigne à Vichy ou Châtel-Guyon.

La phlébite secondaire et ses séquelles relèvent de Bagnoles-de-l'Orne.

Syphilis tertiaire. — Syphilis respiratoire (formes aiguës et syphilis laryngée exceptées) les lésions chroniques du parenchyme, des bronches et du médiastin ainsi que les scléroses pulmonaires et les dilatations bronchiques consécutives ont un traitement de choix dans les cures sulfurées qui agissent sur l'organe malade et favorisent en même temps l'action du traitement spécifique.

Dans l'asthme il faut chercher à agir sur les épines irritatives par une cure au Mont-Dore ou à la Bourboule.

Appareil digestif : Les accidents leucoplasiques et les hyperkératoses buccales, surtout à leur début, sont améliorées par l'eau de Saint-Christau, en applications locales.

Les affections gastriques relèvent d'un traitement spécifique hypodermique que complétera la cure de Vichy. Contre-indications : sténose ou hémorragies. Vichy peut rendre service après gastroentérostomie.

De Vichy également sont justiciables les localisations hépatiques, quel que soit le type anatomique de la cirrhose, jusqu'à l'apparition des hémorragies et de l'ascite.

De même le diabète surtout s'il y a tendance à la congestion hépatique ou augmentation de la cholestérinémie. La Bourboule est indiquée dans les cas avec anémie et amaigrissement.

Affections rénales : Dans la convalescence de la néphrite secondaire, chez les spécifiques néphritiques et même au cas de syphilis rénale : Saint-Nectaire avec complément par une cure d'altitude à la Bourboule si l'appareil circulatoire le permet.

Si rétention azotée : Saint-Nectaire (Sapchat) ou Evian, Capvern, La Preste.

Si hypertension précoce ou tardive : Saint-Nectaire et Royat.

Appareil cardiovasculaire : Dans l'hypertension solitaire on remplacera la cure spécifique par l'action des eaux d'Ax-les-Thermes, Luchon, Cauterets, Uriage. Entre les cures spécifiques on pourra s'adresser à Royat (Eugénie).

Les spécifiques âgés, hypertendus et goutteux ou oxalémiques iront à Royat (Velléda, Saint-Mart) ou à Vittel ou Contrexéville, ou l'albuminurie ayant apparu à Saint-Nectaire.

L'insuffisance myocardique est justiciable des bains carbogazeux de Royat (Eugénie, Saint-Mart) ou des cures à Salins-Moutiers, Spa, Bex. Les troubles du rythme nécessitent une graduation nuancée dans l'application des bains carbogazeux.

L'angine de poitrine sera traitée, avec précautions du reste, à Royat, Bains-les-Bains. Les contre-indications sont avant tout l'angor de décubitus, et aussi l'élévation de la tension minima, le fléchissement myocardique et l'albuminurie.

Dans les aortites il y aura intérêt à combiner traitement spécifique et cure thermale, sulfureuse ou carbogazeuse; il conviendra de s'abstenir au cas de manifestations angineuses, d'asthme cardiaque, d'anévrisme.

La cure carbogazeuse peut soulager les aortites thoraciques postérieures et l'aortite abdominale avec hypertension difficiles d'ailleurs à diagnostiquer.

Les lésions de la circulation périphérique bénéficieront d'un traitement crénothérapique vasodilatateur associé au traitement spécifique, Royat en particulier. Il en résulte surtout une augmentation du pronostic. Ce traitement s'applique même aux formes oblitérantes à la condition que les accidents nécrotiques n'aient pas encore apparu.

Dans les affections nerveuses la cure thermale agit surtout sur le terrain; suivant les eaux et le mode d'administration, elle est tonique et réparatrice ou sédative et antispasmodique.

Lamalou atténue les contractures, surtout dans les hémiplégies, diminue les douleurs même de la série tabétique, améliore troubles moteurs et état général ; Néris s'adresse à l'éréthisme et à l'élément douleur; Royat (Saint-Mart, César) au déficit moteur et sphinctérien du tabès et de la myélite transverse; Royat (Eugénie) aux hypertendus et aux aortiques.

La plupart des manifestations articulaires spécifiques typiques sont des contre-indications à la cure thermale comme aiguës ou subaiguës.

Les diverses formes de l'hydarthrose et du rhumatisme chronique spécifique appellent au contraire la crénothérapie :

hydrothérapie chaude contre les troubles vasomoteurs du début, massage et mécanothérapie de toutes variétés; cures sulfureuse et arsenicale qui sont à la fois antisyphilitiques et antirhumatismales: Aix-les-Bains, Barèges, Cauterets, Luchon Vernet, La Bourboule.

III. **Syphilis infantile et cures thermales.** — En dehors de cas spéciaux où l'enfant est intolérant au bismuth et au mercure et où l'arsenic aussi bien que le soufre retrouvent leur rôle d'adjuvant des médicaments antisyphilitiques les cures thermales doivent être réservées chez l'enfant aux manifestations parasyphilitiques qui sont vraisemblablement le reflet de l'action des toxines microbiennes sur les glandes endocrines.

La cure thermale emploiera tantôt les eaux arsenicales fortes (type La Bourboule) où l'arsenic est mieux toléré que dans les préparations pharmaceutiques les plus perfectionnées et qui s'adresseront en particulier aux hybrides syphilis-tuberculose. S'il faut un traitement à la fois antispécifique et thermal ce seront les sources sulfureuses ou les sources chlorurées sulfhydriques comme chez l'adulte.

Cures thermales et syndromes parasyphilitiques. — Le traitement est toujours difficile à nuancer selon qu'il s'agira de tempéraments, lymphatiques, arthritiques et nerveux avec tous les types de combinaison.

Dans les syndromes neuromusculaires on combinera comme à Lamalou bains chauds, massage et rééducation en particulier dans la maladie de Little. Les troubles dystoniques, nerveux et musculaires avec retard de la marche ressortissent aux cures chlorurées sodiques; tantôt fortes (Salies-de-Béarn, Salins du Jura, Besançon-Mouillière, Biarritz-Briscous), en bains d'eaux minérales ou d'eaux-mères; tantôt faibles (Bourbonne-les-Bains, Moutiers-Salins, Balaruc, Bourbon-l'Archambault); tantôt chlorurées-sulfurées-sodiques (Uriage); tantôt chloro-arsenicales fortes (La Bourboule) et à l'occasion Saint-Nectaire. Chez les excitables on préférera Néris, Divonne, Bagnères-de-Bigorre.

Dans les syndromes endocriniens, l'arsenic a un rôle électif mais on peut aussi user avec avantage des stations sulfureuses à soufre non oxydé, des stations ferrugineuses et aussi de Saint-Honoré (arsenic, soufre et chlorures).

Diabète dans la mesure où le foie est atteint et insuffisance hépathique relèvent de Vichy et de Vals. Les anémies hérédo-syphilitiques des stations arsenicales ou ferrugineuses (Bussang, Forges, Vals [Dominique]). Les troubles rénaux relèvent des mêmes stations que chez l'adulte; les troubles respiratoires des stations arsenicales (Mont-Dore, Saint-Honoré, La Bourboule), sulfurées douces (Allevard, Marlioz) ou fortes (Ax, Cauterets, Luchon).

Ne pas oublier non plus que si les syphilitiques sont des anémiés et des déminéralisés, ils ne sont pas moins des déprimés dans le domaine psychologique; d'où l'intérêt de les traiter non pas dans des stations spécialisées mais bien dans des stations qui reçoivent des malades non spécifiques. Seule la collaboration du médecin thermal avec le médecin traitant habituel permettra de plus d'adapter la cure aux divers cas particuliers et d'ajuster avec précision cure thermale et traitement spécifique.

R. LEVENT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses, par André Breton, ancien interne des hôpitaux de Lille, préparateur à l'Institut Pasteur. Un volume de 152 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

LE LAVAGE DU POUMON

Sous ce titre audacieux, M. le docteur Garcia Vicente, chef du service de laryngologie de l'Institut municipal antituberculeux de Madrid, décrit dans *El Siglo médico* (9 fév. 1929, p. 317-320), sa technique, qui consiste à faire arriver, au moyen d'une sonde semi-rigide convenablement placée, un courant liquide à l'intérieur de l'arbre respiratoire, et ce, d'une manière *continue et constante*, tout en assurant la sortie dudit liquide, ainsi que la respiration du malade tout le temps que dure l'opération.

Les principes mêmes de la technique sont :

a. *Facilité d'introduction de la sonde, qu'on laisse tout le temps nécessaire dans l'arbre respiratoire*, grâce à la méthode, imaginée par l'auteur, de franchissement de la glotte à l'aide du toucher;

b. *Limitation de l'action du lavage à un seul poumon*, l'autre étant mis dans l'impossibilité de recevoir une goutte de liquide;

c. Le fait le plus important est que la trachée réalise *par elle-même*, et seulement aidée par l'action de la pesanteur, l'*évacuation de liquide*, sans compromettre en rien la respiration du malade. C'est-à-dire que ce conduit est capable de réaliser la triple fonction de *supporter la présence de la sonde qui conduit le liquide*, *d'évacuer le même liquide*, lorsqu'il a passé par l'arbre bronchique et de *permettre en même temps le libre accès de l'air respiratoire*.

Quels sont les détails « opératoires »?

Le patient sera à jeun : on aura pris soin de le tranquilliser en lui exposant ce qu'on va faire, et en l'entraînant, si possible, c'est-à-dire en faisant pénétrer dans sa trachée, plusieurs jours de suite, quelques gouttes d'huile goménolée. On veille à ce que ses vêtements ne soient pas serrés, à ce que cou et tronc soient libres. Ceci fait, on procède à une anesthésie légère du pharynx et du larynx avec une solution de stovaïne à 5 p. 100 dont on imbibe un

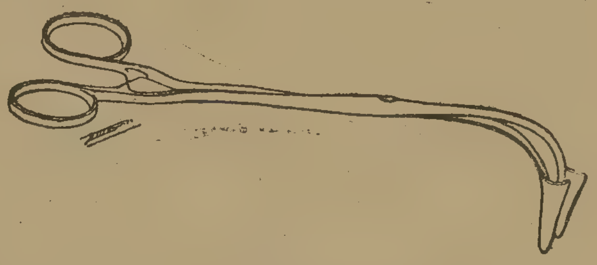


Fig. 1. — *Pince introductrice* (d'après *El Siglo medico*).

porte-coton avec lequel on touche, un peu à l'aveuglette, sans l'aide du laryngoscope, l'isthme du gosier ainsi que les environs du larynx. Ensuite, on instille dans l'intérieur de la trachée, en se servant de la seringue spéciale de l'auteur, de quelques gouttes chez les enfants à un demi-centimètre cube chez les adultes de la même solution.

Placer alors une sonde dans la trachée, en utilisant la pince introductrice imaginée par l'auteur. La sonde employée est une sonde urétrale de Forges du

calibre de 14 chez les enfants, de 15 chez les adultes; elle ne doit pas dépasser la bifurcation trachéale ; on

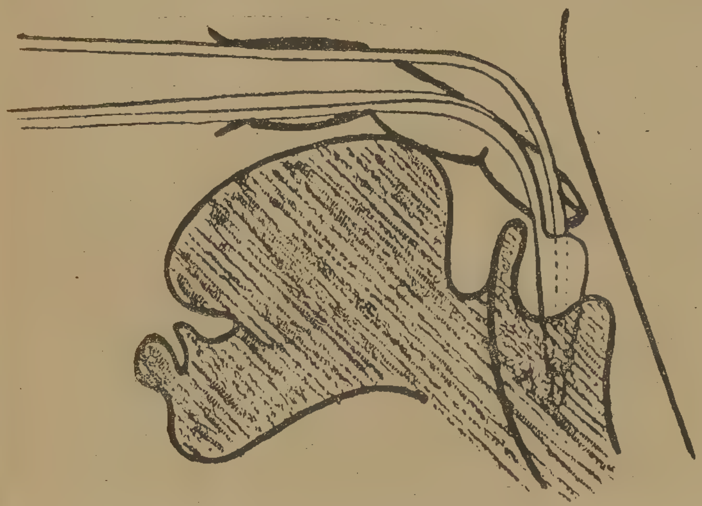


FIG. 2. — *La pince introduisant la sonde* (d'après *El Siglo medico*).

marque sur elle le point où son extrémité supérieure entre en contact avec l'arcade dentaire pour ne pas dépasser celle-ci au cours de l'introduction, lorsqu'étant appliquée au-devant de la poitrine, et suivant approximativement le chemin de la trachée, son extrémité inférieure arrive à l'insertion sternale de la deuxième côte.

Etendre alors le malade sur une table, en décubitus latéral, de façon à ce qu'il soit couché du côté qui correspond au poumon à laver; incliner la table de manière que sa tête soit à 20 centimètres plus basse que le pelvis, en prenant bien garde à ce que l'orifice de sortie de la sonde, lequel est situé latéralement, reste orienté dans le sens de la bronche principale à irriguer. Adapter alors au pavillon de la sonde, qui sort par la bouche du malade, une grande seringue pleine du liquide de lavage, et pousser doucement. Au début, aucun reflux de liquide par la bouche : il faut qu'il ait pénétré de 60 à 100 centimètres cubes pour que ce reflux se produise sans la moindre gêne pour le malade qui respire librement durant toutes ces manœuvres. Ce liquide sera du sérum isotonique à 38 degrés, à la dose de 1 à 2 litres par séance : il faut environ deux à trois minutes pour faire pénétrer cette quantité dans le poumon à laver. L'opération terminée, le malade n'éprouve aucune sensation



FIG. 3. — *La pince étant retirée, la sonde est poussée jusqu'à la bifurcation des bronches* (d'après *El Siglo medico*).

désagréable; quelques-uns même (ceux chez qui il y a rétention d'une grande quantité d'exsudats, sentent bien dégagé le poumon malade. Durant

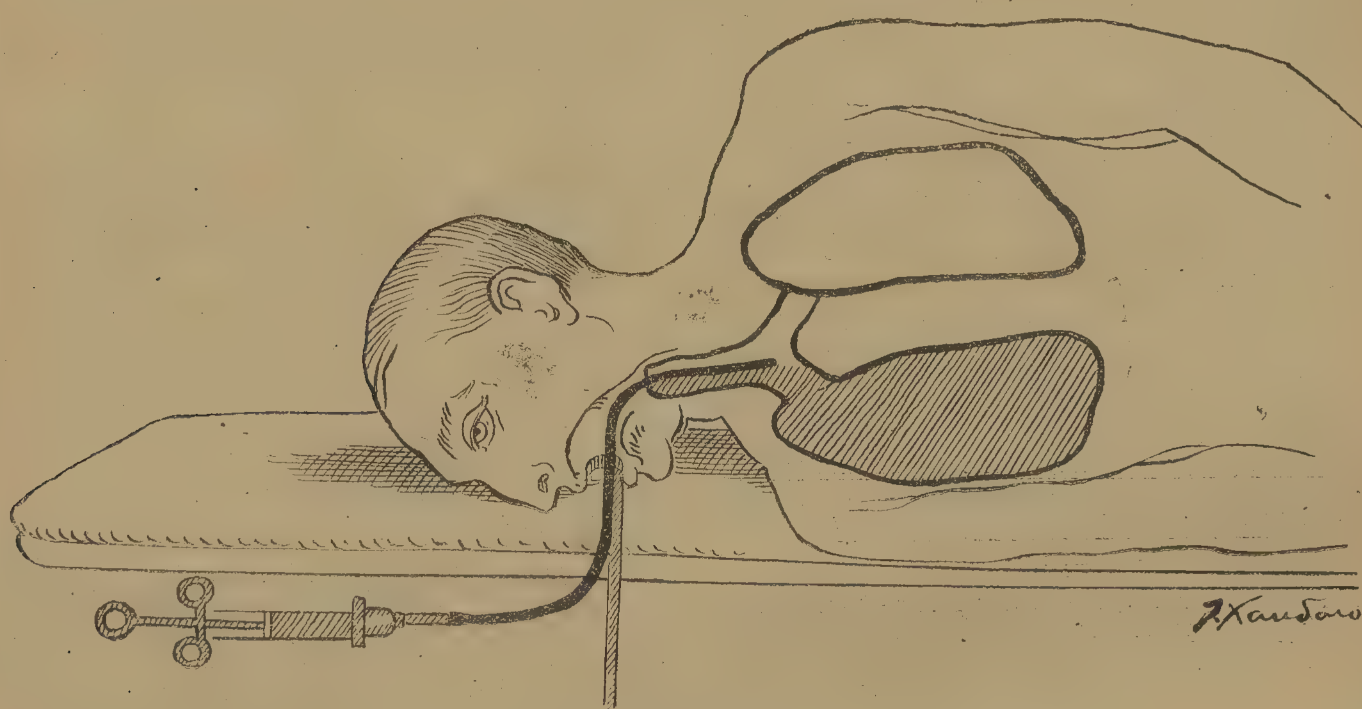


FIG. 4. — *Le lavage du poumon* (d'après *El Siglo medico*).

quelques heures ils continuent à expectorer de petites quantités de liquide de lavage.

L'auteur insiste sur la facilité de la technique, sur l'innocuité de ces lavages et sur leur efficacité, particulièrement marquée quand il y aurait inconvénient à laisser séjourner dans les poumons des exsudats ou des substances toxiques : bronchites chroniques, bronchectasies, abcès pulmonaire, gangrène pulmonaire, peut-être cavernes tuberculeuses et en général tous les processus suppuratifs broncho-pulmonaires; à noter une application intéressante de la méthode à l'extraction des corps étrangers intrabronchiques.

Des schémas complètent et éclairent la description de ce procédé dont son inventeur a fait maintes démonstrations pratiques, soit dans son service, soit dans celui du professeur Marañon.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MARS 1929)

Un cas de chondromatose à déterminations multiples. — MM. Julien HUBER et William ADVENIER présentent une jeune fille de dix-huit ans porteuse de chondromes multiples objectivement appréciables du côté droit du corps. Main droite, cubitus droit, pied et péroné droits, omoplate droite. Les radiographies montrant des lésions étendues, sauf au péroné ayant évolué lentement.

A propos des injections intrapleurales de sanocrysine au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. André JACQUELIN rappelle les recherches qu'il a effectuées en 1925 et 1926, sur les effets des injections intrapleurales d'une huile de foie de morue spéciale préparée à basse température et stérilisée sur bougie. Les communications importantes qui existent entre le réseau lymphatique sous-pleural, ses transcollecteurs et les lymphatiques intrapulmonaires expliquent la possibilité d'injecter les lympathiques pulmonaires par les lymphatiques pleuraux.

Coliques de plomb traitées par l'acétyl-choline. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean FOUQUET rapportent l'observation d'un ouvrier de trente ans intoxiqué par le plomb et qui fût pris brusquement de coliques de plomb très violentes, lesquelles disparurent sous l'influence d'injections d'acétylcholine. En même temps que les douleurs ont cessé, la cônstipation, la rétraction abdominale, l'hypertension artérielle et la vaso-constriction. Phénomène à noter : la raie de Vulpian qui, pendant la crise était exclusivement blanche, devint après la crise d'une rougeur caractéristique.

Endaortite maligne lente avec lésions anévrismales. Marche aiguë sans endocardite. — MM. CLERC et BASCOURRET. Cette observation montre la possibilité d'endocardites lentes malignes ectasiantes sans endocardite associée donnant tous les signes d'une endocardite maligne et dont le diagnostic différentiel ne peut guère se faire que postmorten. Toutefois, les anévrismes infectieux aigus consécutifs à l'endocardite en question sont de beaucoup les plus nombreux car les observations comme celle rapportée plus haut demeurent tout-à-fait exceptionnelles.

L'expectoration noire des tuberculeux. — M. André JOUSSET démontre, avec chiffres à l'appui, que l'expectoration des tuberculeux est d'autant moins virulente qu'elle est plus noire. Un crachat tout-à-fait mélanique chez un tuberculeux a bien des chances d'être stérile; en sorte qu'on possède dans la pigmentation progressive de l'expectoration chez un malade donné, un élément de pronostic important. Cette couleur du crachat ne tient nullement, comme on l'a dit, aux poussières atmosphérique, mais à une élimination de fer d'origine hémoglobique charrié par de grandes cellules dites par erreur « à poussières » et que l'auteur appelle cellules martiales.

Les modifications humorales des nourrissons atteints d'eczéma suintant. Rapprochement avec les néphrites hydropigènes. — M. L. RIBADEAU-DUMAS, Mme et M. Max LÉVY. Certains nourrissons atteints d'ezcéma suintant présentent un trouble humoral profond caractérisé par augmentation de la teneur en eau du sérum, une hypoprotéinémie parfois considérable et un abaissement du rapport albumine-globuline. Ces modifications sont à rapprocher de celles qu'on observe au cours des néphrites hydropigènes.

Maladie de Raynaud et tuberculose. — MM. Léon BERNARD et L. PELLISSIER attirent l'attention sur l'origine tuberculeuse possible de l'asphyxie des extrémités. Si cette étiologie est rare, elle a été très peu étudiée. La tuberculose peut cependant toucher les parois artérielles en même temps qu'elle déséquilibre le sympathique, d'où production du syndrome de Raynaud. Bref, on n'arrive parfois à trouver la preuve certaine de la nature tuberculeuse de diverses affections qu'après des recherches minutieuses et prolongées.

Accidents consécutifs au traitement de la maladie de Basedow par le tartrate d'ergotamine. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON et J. GOUYEN rapportent trois observations de malades atteints de goitres exophtalmique et traités par le tartrate d'ergotamine.

Chez un de ces malades, le traitement a été mal toléré et le métabolisme basal a augmenté.

Chez un autre sujet, la mort subite est survenue quelques heures après la première injection.

Chez une troisième malade, des crises d'angine de poitrine d'intensité et de durée croissante ont été observées après chacune des trois injections pratiquées.

Il y a donc lieu de d'utiliser ce médicament, si l'on y tient, qu'à doses prudentes et progressives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1929)

Recherches sur la formation de l'ammoniaque par le rein perfusé. Facteurs intervenant dans la formation de l'ammoniaque par le rein isolé. — MM. H. BÉNARD et L. JUSTIN-BESANÇON étudient par la méthode des perfusions les facteurs de l'ammonio-formation rénale.

L'augmentation du taux de l'urée dans le sang perfusant ne détermine pas un accroissement marqué de la production d'ammoniaque. Par conséquent, pas plus dans le rein que dans l'autolyse spontanée du sang (Parnos et Haller), l'urée ne semble être la substance ammoniogène.

L'addition au sang de 2 grammes par litre de glycocolle conduit aux mêmes résultats.

L'abaissement du pH du sang augmente considérablement l'ammonio-formation par le rein. L'acidose agit donc directement sur la cellule rénale pour déterminer la production d'ammoniaque, alors que l'abaissement du pH n'élève pas l'ammoniémie dans la circulation générale (Nash et Benedict). La formation de l'ammoniaque par le rein passe par un pH optimum nettement acide, alors que l'optimum de formation de l'ammoniaque par autolyse sanguine est à pH 8,4.

Mort d'un chien totalement dépancréaté traité par l'insuline pendant cinquante-sept mois. — M. E. Hédon. Un chien totalement dépancréaté a été maintenu en bon état de santé et en équilibre de poids pendant plus de quatre ans, grâce aux deux injections d'insuline par jour et un régime de viande, pain, lait sucré, additionné de pancréas cru. C'est seulement dans les derniers mois de la cinquième année qu'il commença à maigrir et à se cachectiser.

Les doses d'insuline qui, primitivement, suffisaient pour maintenir la glycosurie à un faible taux ou l'annuler complètement, devinrent alors inefficaces, et il fallut les renforcer notablement pour maîtriser le diabète; d'autre part, l'animal tolérait moins bien l'insuline et présentait fréquemment des accidents d'hypoglycémie. Il succomba dans le coma, après avoir présenté pendant plusieurs heures de violentes crises convulsives sur lesquelles des injections intraveineuses de glycose furent sans effet. L'analyse du sang montra un degré accentué d'azotémie. L'autopsie ne révéla aucune lésion macroscopique des organes. Pas le moindre résidu de pancréas : la pancréatectomie avait été rigoureusement totale. L'analyse microscopique ne montra aucune altération du foie ni des autres glandes endocrines. Seul le rein présentait des lésions marquées : sclérose interstitielle et néphrite épithéliale, avec dégénérescence graisseuse des épithéliums des tubuli dans leur partie sécrétante.

Recherches sur l'action cholagogne de différentes huiles injectées par voie veineuse. — MM. E. Chabrol, M. Maximin et J. Porin. L'huile de Haarlem est capable de tripler le volume de la sécrétion biliaire immédiatement après l'injection; l'huile d'olive et l'huile de lin restent sans effets. Cependant certains de leurs produits de saponification comme l'acide oléique et l'oléate de soude ont une action cholagogne indésirable quoique modéré : ils doublent le volume de la bile alors que l'atophan peut le quintupler. La glycérine par voie veineuse se montre inactive. Il en est de même de l'essence de térébenthine, l'un des constituants de l'huile de Haarlem.

L'influence de l'insuline sur l'absorption du glucose par les hématies normales. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle Y. Laurent ayant étudié, avec une méthode précise, l'influence de l'insuline sur l'absorption globulaire de glucose, constatent que l'insuline n'exerce sur ce phénomène aucune action favorisante, que le glucose soit ajouté dans du plasma, ou dilué dans du sérum physiologique. Le sens de l'action est différent suivant les cas; les différences d'absorption sont très faibles, malgré les quantités considérables d'hématies mises en présence du glucose.

Aucune conclusion à portée générale ne peut être fondée sur cette méthode.

Influence de l'insuline sur l'absorption globulaire du glucose chez les chiens diabétiques. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle S. Gibert. L'insuline *in vitro* n'influence pas le taux de fixation globulaire du glucose chez les chiens diabétiques. Elle n'exerce aucune action favorisante nette sur ce phénomène qui s'exerce dans des limites identiques en présence de plasmas diabétiques et de plasmas normaux.

L'injection d'insuline au chien dépancréaté ne fait apparaître dans le plasma aucune propriété qui puisse favoriser à un degré quelconque l'absorption du glucose par les hématies.

L'antagonisme, allégué par Lœwi, entre l'insuline activante et la glycémine inhibant la fixation globulaire du glucose n'est donc pas démontré.

Action des radiations sur le système neuro-végétatif. — MM. A. Zimmern et P. Chailley-Bert. Cliniquement, l'emploi des tests, réflexe galvano-psychique, réflexe solaire et réflexe oculo-cardiaque montrent qu'après irradiation (ultra-violet et rayons X), l'excitabilité du sympathique et du vague est parfois accrue légèrement, mais le plus souvent notablement diminuée.

En irradiant chez le chien, le pneumogastrique mis à nu, et en protégeant tous les autres organes contre l'action des rayons X, on observe constamment une diminution de l'excitabilité vagale, caractérisée par l'accélération du rythme cardiaque et la diminution ou la suppression du réflexe oculo-cardiaque.

La régénération hématique comparée au cours de l'anémie expérimentale du lapin traitée par le foie de cheval anémique ou normal. — MM. Noël Fiessinger et C.-M. Laur. L'action thérapeutique des extraits hépatiques dans les anémies semble démontrer pour certains auteurs que l'anémie cryptogénétique peut résulter d'une défiscience hématopoiétique du foie. Après avoir, sur le lapin, étudié le mode de régénération sanguine posthémorragique, les auteurs montrent que l'adjonction à l'alimentation d'extraits de foie de cheval, normal accélère considérablement cette régénération, et que l'adjonction d'extrait de foie de cheval anémique anémie infectieuse du cheval) non seulement ne se montre pas moins actif mais accélère encore plus le mode de réparation. Le foie de cheval anémique est donc doué d'un plus fort pouvoir hématopoiétique que le foie normal. L'analyse chimique montre cependant que la contenance en fer dans ces deux extraits est approximativement le même.

On peut conclure de ces expériences que dans l'anémie infectieuse du cheval, il peut se produire une exagération de la fonction hématopoiétique.

L'anémie résulte d'un processus différent et l'efficacité de la thérapeutique par le foie s'explique par une influence supplémentaire adductive et non substitutive.

Étude comparative de l'excitabilité des fibres sécrétoires et des fibres vaso-dilatatrices de la corde du tympan. — M. et Mme A. Chauchard, sur des chiens anesthésiés au chloroforme ou par compression du cerveau, mesurent la chronaxie de la corde du tympan qu'ils déterminent en observant successivement l'action sécrétoire et l'action vaso-dilatatrice, celle-ci étant mise en évidence par pléthysmographie de la glande sous-maxillaire. La chronaxie des fibres sécrétoires est d'environ 6 dix-millièmes de seconde, celle des fibres vaso-dilatatrices de un millième de seconde. Voilà donc un cas où cette méthode permet de distinguer dans un même nerf deux sortes de fibres à fonction physiologique différente.

Étude de la chlorémie plasmatique et globulaire chez l'homme normal. — M. Laudat expose les résultats qu'il a obtenus en étudiant la chlorémie plasmatique et globulaire chez dix sujets normaux.

1° La chlorémie plasmatique la plus élevée a été de 3g80, la plus faible de 3g58; la chlorémie plasmatique moyenne serait donc de 3g69.

2° La teneur en chlore la plus forte pour les globules a été de 2g16, la plus faible de 1g84; la chlorémie globulaire moyenne serait de 2g03.

3° Les variations de la chlorémie globulaire paraissent plus étendues que celles de la chlorémie plasmatique.

4° Le rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ ne saurait être représenté par un chiffre fixe. Sa valeur moyenne est de 0,55; elle s'est élevée à 0,58 et abaissé à 0,51.

5° Chez un même sujet, examiné à des intervalles variés, l'écart maximum entre les différents dosages a été de 0g10 pour le chlore globulaire comme pour le chlore plasmatique.

Le rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ a varié de 0,54 à 0,58.

Toxines du B. perfringens et sérums anti-perfringens. — MM. M. Weinberg et J. Barotte. Weinberg et Nasta ont montré qu'on peut mettre en évidence la toxine non hémolytique du *B. perfringens*, en traitant le filtrat de culture par un excès de globules rouges. On peut également arriver au même résultat, en injectant dans la veine du cobaye des mélanges

d'une dose mortelle de toxine et de doses décroissantes du sérum anti-*perfringens.* Lorsque ce mélange renferme une dose très faible de sérum, les animaux injectés présentent une hémoglobinurie suivie d'une hématurie, aussi abondante que les cobayes témoins injectés avec la toxine seule. Et, cependant, ces animaux survivent. La toxine non traitée renferme donc, à côté de l'hémolysine, une autre toxine non hémolytique, qui a été justement neutralisée dans le mélange toxine + sérum.

Quel que soit le mode de préparation du sérum anti-*perfringens*, l'activité de ses anticorps antihémolytiques est toujours beaucoup plus faible que celle des anticorps antineurotoxiques.

Si l'on compare l'activité antitoxique globale (action antihémolytique et action antineurotoxique), on constate que le maximum d'activité revient aux sérums préparés avec des anacultures ou avec des toxines renfermant encore des corps microbiens.

Election. — M. PRENANT est nommé membre titulaire.

Le Professeur H. TRUC

1856-1929

Les deuils qui ont frappé si cruellement la médecine française depuis quelques mois n'ont pas épargné l'ophtalmologie. Après Lagrange (de Bordeaux), presque en même temps que G. Gérard (de Lille), M. le professeur Truc vient d'être enlevé en quelques jours.

Depuis quarante ans, M. Truc occupait parmi les ophtalmologistes français une place considérable. Il la devait à un labeur constant, à sa tenacité, à son grand sens clinique, à son adresse opératoire et à ses initiatives hardies. L'une des plus heureuses fut assurément la création de l'Institut ophtalmologique de Montpellier qu'il organisa en 1891, réalisant d'emblée un hôpital modèle resté moderne après trente-huit ans d'existence.

M. Truc avait commencé ses études à Lyon : successivement interne des hôpitaux et élève de Gayet avec lequel il fait de l'ophtalmologie, puis prosecteur, il est nommé en 1886 agrégé de chirurgie et est désigné pour la Faculté de Montpellier. Il se consacre entièrement à l'enseignement de l'ophtalmologie rénovant les grandes traditions laissées dans le midi par Daviel, les Pamard (d'Avignon), Sénaux, et plus près de nous par Delpech. L'enseignement pratique de Truc se double d'un enseignement théorique qu'il prodigue dans des cours, dans des livres comme l'*Histoire de l'ophtalmologie à l'Ecole de Montpellier*, les *Nouveaux Eléments d'ophtalmologie*, dans des mémoires publiés par les *Archives d'ophtalmologie.* Œuvre didactique immense dont M. le professeur de Lapersonne a montré toute la portée dans la notice lue la semaine dernière à l'Académie.

M. Truc ne borne pas son activité à l'enseignement ou à la clientèle. Ce médecin complet aux vues larges et au grand cœur s'occupe des questions syndicales, il est l'un des fondateurs du Syndicat général des oculistes français, il s'intéresse aux questions d'enseignement, à la situation des étudiants; il donne encore son temps aux œuvres d'assistance, aux aveugles, et en particulier, aux aveugles de guerre. Récemment encore il demandait à l'Académie d'émettre un vœu relatif à la prophylaxie de la tuberculose chez les conscrits. Son activité bienfaisante s'étendait bien au delà de Montpellier : on n'a pas oublié que c'est lui qui fut appelé au Cambodge pour opérer le roi Sisovath. Là encore il a bien servi la France.



R. C., 127.006, Seine.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

Formes : ÉLIXIR GRANULÉ

Doses { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures ; Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Fixe le calcium organique.
Active l'hémopoïèse.
Nourrit la cellule nerveuse

Ampoules
Elixir
Granulés

HÉRACLÉOL

HERACLÈS = HERCULE

Laboratoires H. SALLE, 4, rue Elzévir, Paris (IIIe)

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTEGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %) attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur bénique.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

Les honneurs avaient couronné sa carrière : il était correspondant de l'Académie de médecine depuis 1920 et commandeur de la Légion d'honneur depuis l'an dernier. Mais il gardait toujours la même modestie, la même bienveillance affable qui donnait tant de charme à ses relations.

C'est avec une profonde tristesse que nous renouvelons à Mme Truc et à ses enfants, à ses gendres le professeur Jeanbrau et le docteur Dejean l'expression de notre très profonde sympathie.

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU RACHIS

ANATOMIE, SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Phase de cachexie terminale. — Elle reste purement schématique. C'est la *phase des complications*.

La mort peut résulter de troubles nerveux (anémie bulbaire). Mais le plus fréquemment ce sont des complications *infectieuses* qui emportent le blessé :

Au premier plan des *complications urinaires* fatales chez ces sujets condamnés aux sondages. C'est d'abord :

La cystite, prélude à l'infection rénale ascendante.

Parfois hématuries.

Des escarres fessières ou talonnières sont inévitables. Extensives et creusantes elles peuvent aboutir à une méningite.

Des complications pulmonaires, broncho-pneumonies, congestions pulmonaires, rapidement mortelles.

Nous ne ferons que citer les troubles intestinaux de ces malades et tous les troubles trophiques (œdèmes, maux perforants, arthropathies) qui peuvent encore aggraver la situation.

En résumé, le malade est donc à la merci, s'il n'est pas mort immédiatement des conséquences directes de ses lésions médullaires, de complications infectieuses, vésico-rénales ou pulmonaires.

FORMES CLINIQUES. — 1° Suivant l'intensité des lésions :

La section partielle de la moelle s'accompagne de contracture, de troubles sensitifs subjectifs, de réflexes exagérés. Elle est susceptible de rétrocession au moins partielle.

Rarement elle réalise un syndrome de Brown-Séquard.

La contusion donne une paraplégie irrégulière, amyotrophique ; elle ne rétrocède toujours qu'incomplètement.

La commotion s'individualise au contraire par une rétrocession rapide de tous les signes qui pouvaient simuler une interruption totale et qui étaient liés à des phénomènes d'inhibition.

C'est surtout dans ces cas, rares à la vérité, que l'on pourrait voir survenir des complications ultérieures telles que :

Un cal exubérant avec gibbosité ou déviation de la colonne ;

Une *maladie de Kümmel-Verneuil* ou spondylite traumatique.

Quant à l'*hématorachis* isolé il donne surtout des troubles radiculaires, puis des signes de compression.

2° Suivant le siège de la fracture :

A la région lombaire. — Au-dessus de L5 : la paraplégie est variable, il y a des douleurs radiculaires, une grosse amyotrophie.

Au-dessous de L5 : il n'y a plus de troubles moteurs, mais une anesthésie en selle du périnée avec rétention sphinctérienne (syndrome de la queue de cheval).

A la région dorsale la paralysie est plus étendue ; conformément aux lois de Chipault, les muscles de la paroi abdominale sont pris à la région dorsale moyenne, les muscles du thorax à la région dorsale supérieure.

A la région cervicale, la mort est presque toujours très rapide :

Dans la région cervicale basse il y a quadriplégie et la mort est consécutive à la paralysie respiratoire.

Dans la région haute (fracture des plongeurs), elle est due aux lésions bulbaires.

Cependant il existe des cas de fracture bénigne de la colonne cervicale pouvant même passer inaperçues.

PRONOSTIC. — Impossible à fixer au début, il reste dans la majorité des cas extrêmement grave. La guérison est exceptionnelle.

Même guéri, le blessé reste à surveiller en prévision de tassements ultérieurs du cal ou de maladie de Kümmel-Verneuil.

DIAGNOSTIC. — Le plus souvent il est facile.

Devant une paraplégie posttraumatique avec anesthésie, avec douleur provoquée sur la colonne, on n'hésitera pas. Seul un *mal de Pott* latent avec effondrement subit pourrait être discuté.

Parfois cependant le déplacement, la douleur manquent de netteté. Il faut penser à la possibilité d'*hystérie traumatique* (railway-spine), mais il y a alors une intense contracture avec hyperflexion de rachis.

Des symptômes locaux peuvent prêter à erreur, s'ils s'associent à des symptômes de commotion médullaire, telle une *fracture des lames* ou des apophyses épineuses. La radiographie sera alors d'un grand secours.

Enfin, on pourra être tenté d'établir un diagnostic lésionnel. Au début, ce diagnostic est impossible : ni les modifications des réflexes, ni les examens électriques ne peuvent renseigner à ce sujet. C'est l'évolution qui guidera et permettra dans les jours qui vont suivre de fixer un pronostic.

TRAITEMENT. — *A*. **Traitement de la fracture proprement dite.** — Immobilisation en lit suspendu ou en gouttière.

Réduction des déplacements : rarement on a recours aux réductions par traction brusque, la réduction lente par extension continue est de beaucoup préférable.

B. **Traitement des lésions nerveuses.** — Seules les lésions radiculaires sont justiciables de la suture et pourront être améliorées. Dans tous les autres cas, on pourrait être autorisé à faire une *laminectomie* qui permettrait le nettoyage du foyer d'attrition et peut améliorer le blessé.

En cas de compression évidente ou probable (par lames ou hématome) la laminectomie est nettement indiquée.

C. **Prophylaxie des complications.** — Les escarres seront évitées par des soins locaux minutieux ; elles seront pansées aseptiquement et fréquemment.

L'infection vésicale sera retardée par des sondages aseptiques ou surtout par une *cystostomie*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 21, p. 398.

L'Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. I. Les Endocrines dans la physio-pathologie clinique, par A.-C. Guillaume. « Les Consultations journalières ». Un vol. in-16 de 300 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
ARTHRITISME
Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

BIOSINE
LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL PARIS 11 Rue Milton (9e).
C. R., 44.342, Seine.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes. 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants* : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 40, *Rue de Maubeuge, PARIS* — Envoi franco Echantillons.

FONDS D'APPAREILS SANITAIRES ET TOILETTE, à Paris, 8, rue du CARDINAL-MERCIER. Adjon Et. CONSTANTIN, not., 9, r. Boissy-d'Anglas, 8 avril, à 14h1/2. M. à p. pt ét. b., 10.000f. Marchand. en sus. Con 5.000f espèc. S'ad. LEMAIRE, synd., 3, r. Jean du Bellay, et not.

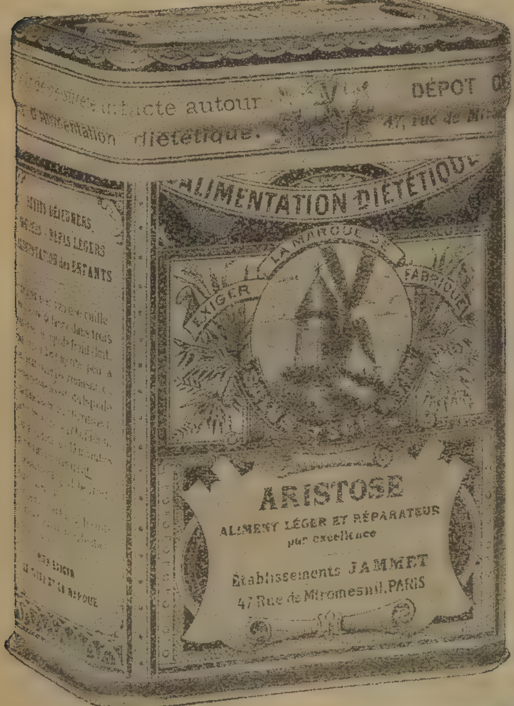
DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS et l'ALIMENTATION DES ENFANTS



FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE A base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total malté
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, *Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...*
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES *spécialement préparées pour* **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général, Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

AIX-LES-BAINS

LA VILLE D'EAUX DES RHUMATISANTS

au bord du lac du Bourget
centre unique d'excursions dans les Alpes de Savoie



Le bain de vapeur naturelle Bertholet

Messieurs les membres du Corps Médical français et étranger sont invités à honorer Aix-les-Bains de leur visite.



La douche massage ou douche d'Aix

EAUX SULFUREUSES CHAUDES-46°

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Brochures illustrées et renseignements sur les avantages spéciaux réservés au Corps Médical envoyés gratuitement sur demande adressée au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Sont déclarés admissibles :

MM. Lelong, 74; Garcin, 71 1/2; Rachet, 70 1/2; Boltanski, 70; Escalier, 69; Meyer, 68 1/2; Hamburger et Moussoir, 67; Weismann et Célice, 66; de Brun du Bois-Noir, 65 1/2; Debray, Bariéty et Prieur, 65.

— Le jury est provisoirement composé de MM. Weill-Hallé, qui accepte; Abrami, Crouzon, Lian, Vallery-Radot, Louis Ramon, Faroy, Weil (P.-E.), Richet, Comte, Marion, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ombrédanne, Mathieu, qui acceptent; Moure, Proust, Deniker, Wiart, Herscher, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Un concours pour une place de médecin suppléant sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 17 juin 1929.

— Un concours pour une place de chirurgien suppléant sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 24 juin 1929.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a procédé lundi 18 à l'élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Widal.

Etaient présentés : en première ligne, M. Charles Achard; en seconde ligne, M. Pierre Teissier; en troisième ligne, M. Paul Carnot.

Au premier tour, M. Achard a été élu par 40 voix sur 47 votants. M. Pierre Teissier a obtenu 5 voix. MM. Babinski et Voronoff, qui n'étaient pas candidats, ont obtenu chacun une voix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance du mardi 2 avril n'aura pas lieu; la première séance après les Fêtes de Pâques sera celle du mardi 9 avril.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Les médecins chargés des expertises sur pièces nécessaires à l'instruction des affaires ressortissant à la direction du contentieux et des services médicaux (bureaux des tribunaux de pensions et du contentieux) sont, à compter du 25 mars 1929, rattachés par ordre au centre spécial de réforme de la Seine.

Ces médecins sont rétribués d'après le tarif établi par le décret du 14 avril 1928, savoir :

Par heure de travail effectif, une vacation de 10 fr. pour les médecins examinateurs et de 11 fr. pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire maximum, à fixer par arrêté du ministre des Pensions. (*J. O.*, 15 mars 1929.)

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN 1929. — Un concours sera ouvert le 2 juillet 1929, à 8 h., pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours 1929 est fixé comme suit :

A. *Section métropolitaine.* — A 60 pour les étudiants en médecine (y compris les candidats P. C. N.).

A 3 pour les étudiants en pharmacie.

B. *Section médecine* (troupes coloniales). — A 15 pour les étudiants en médecine (y compris les candidats P. C. N.).

Seront admis à y prendre part :

A. *Section médecine.* — 1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et natu-

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

relles, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat (étudiants P. C. N.);

2° Les étudiants en médecine pourvus de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

B. *Section pharmacie.* — 1° Les stagiaires en pharmacie, bacheliers de l'enseignement secondaire, ayant accompli ou accomplissant une année de stage dans une officine dans les conditions du décret du 26 juillet 1929 relatif à la réorganisation des études pharmaceutiques (1);

2° Les étudiants en pharmacie pourvus de quatre inscriptions.

Nul n'est autorisé à prendre part au concours s'il n'a préalablement justifié qu'il remplit les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français.

Peuvent être admis également les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917;

2° Avoir eu au 1er janvier 1929 :

a. Pour les étudiants P. C. N., vingt-trois ans au plus;

b. Pour les étudiants en médecine concourant à quatre inscriptions valables pour le doctorat, vingt-quatre ans au plus;

c. Pour les étudiants en pharmacie :

Vingt-trois ans au plus pour les stagiaires ayant un an de stage;

Vingt-quatre ans au plus pour les étudiants à quatre inscriptions.

Nota. — Pour les candidats qui sont présents sous les drapeaux ou ont déjà fait leur service militaire, les limites d'âge sont reculées d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux.

3° Etre robuste, bien constitué et présenter les conditions d'aptitude physique exigées des étudiants concourant pour l'Ecole du Service de santé militaire par l'instruction du 29 septembre 1926, relative à l'application du décret du 10 juin 1926, en ce qui concerne l'Ecole du Service de santé militaire (*Bulletin officiel*, partie permanente, p. 2550).

4° Etre pourvu, au jour de l'inscription :

a. Etudiants en médecine :

Pour les candidats P. C. N. du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques ou naturelles ou être régulièrement inscrits en vue de l'obtention de ce certificat.

Pour les candidats à quatre inscriptions, du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats ne sont pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité au jour de l'ouverture des épreuves orales d'admissibilité, ainsi :

Concourront à quatre inscriptions :

Les étudiants ayant quatre inscriptions au minimum et sept au maximum;

b. Etudiants en pharmacie :

Pour les candidats concourant comme stagiaire, du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et d'un certificat attestant qu'ils ont fait un an de stage dans une officine (2).

Pour les candidats concourant à quatre inscriptions, du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et de quatre inscriptions valables pour le diplôme de pharmacien.

Les candidats ne seront pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité le jour de l'ouverture des épreuves orales et pratiques d'admissibilité, savoir :

Candidats concourant comme stagiaires :

Stagiaires et étudiants ayant trois inscriptions au maximum.

Candidats concourant à quatre inscriptions :

Etudiants ayant quatre inscriptions au minimum et sept au maximum.

Les candidats à quatre inscriptions devront avoir satisfait aux examens de fin d'année correspondants (1re et 2e année).

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats admis aux épreuves écrites ne pourront être autorisés à passer les épreuves orales que s'ils justifient au moment de ces épreuves, devant le président du jury, qu'ils ont subi avec succès les examens afférents à leur scolarité.

Les candidats devront se faire inscrire, s'ils sont civils, à la préfecture du département où ils font leurs études médicales, s'ils sont présents sous les drapeaux à la préfecture du département où ils tiennent garnison.

La liste d'inscription sera ouverte le 14 mai et close le 7 juin 1929, terme de rigueur.

Les demandes de bourses et trousseaux seront déposées dans les préfectures où résident les familles, du 14 mai au 15 juin inclus, alors même que les intéressés feraient leurs études ou leur service militaire dans un autre département. Les demandes de bourses doivent préciser si la famille sollicite une pension avec trousseau ou demi-trousseau, ou une demi-pension avec trousseau ou demi-trousseau, ou seulement une pension ou une demi-pension.

La circulaire sur l'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1929, comportant les modalités et les programmes des épreuves de concours et indiquant les avantages offerts aux élèves de l'Ecole du Service de santé militaire, est déposée dans les préfectures, dans les facultés de sciences, de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et dans les directions du Service de santé des corps d'armée.

Pour tous renseignements complémentaires, les candidats devront s'adresser au directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

Nota. — Par application de la loi du 24 décembre 1925, modifiant la loi du 6 janvier 1923, les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin sous-lieutenant ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active, à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade, ou, au plus tard, du 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde) qui varie avec la date de nomination et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

(*Voir la suite, p. 473.*)

(1) L'année de stage devra être complétée au plus tard le 1er novembre 1929. Les candidats stagiaires admis rejoignent l'Ecole du Service de santé militaire sans avoir à subir l'examen de validation de stage.

(2) L'année de stage devra être complétée au plus tard le 1er novembre 1929. Les candidats stagiaires admis rejoignent l'Ecole du Service de santé militaire sans avoir à subir l'examen de validation de stage.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

NOTRE TRIADE HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE

CIBA

DIAL
(Diallylmalonylurée)
INSOMNIE NERVEUSE
EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ, ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES

CIBA

DIDIAL
(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)
INSOMNIE-DOULEUR
TRAUMATISMES, CALMANT PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX

DIALACÉTINE
(Diallylmalonylurée + Ether allylparacétaminophénolique)
ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE
SPASMOPHILIE, NÉVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGUES

Échantillons : LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Ph^cien. 1, Place Morand, LYON.

R. C., 10.694, Lyon.

Atoquinol Ciba
(phénylcinchoninate d'allyle)

ET L'EXCRÉTION URIQUE

L'acide urique pathologique étant pratiquement insoluble dans l'eau, on ne peut espérer le faire éliminer par une ingestion plus grande de liquide. Son élimination ne peut être obtenue que par un médicament uricolytique, favorisant son passage au travers du filtre rénal.

C'est par ce mécanisme qu'agit l'ATOQUINOL, qui est un mobilisateur et un excréteur de l'acide urique, d'où son efficacité remarquable chez les goutteux et les rhumatisants.

CACHETS
1 à 3 par jour

GRANULÉ
1 à 3 cuillerées à café

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales. etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boite suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITROPHES

Les Syndicats médicaux du département de la Seine viennent d'adresser la lettre suivante aux conseillers généraux du département de la Seine :

« Paris, le 13 mars 1929.

Monsieur le Conseiller général,

Le 7 novembre 1928, les Syndicats médicaux du département de la Seine, groupant 2.500 membres, vous ont exposé par lettre leur point de vue au sujet du programme de politique hospitalière envisagé par M. Loucheur, ministre de l'Hygiène.

Ils ont insisté en particulier pour que la gestion des nouveaux hôpitaux à créer en banlieue ne soit pas confiée à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, mais à un nouvel organisme distinct de cette administration et placé sous le contrôle des élus départementaux.

Cette façon de voir qui était, non seulement la plus logique mais aussi celle qui respectait le mieux les intérêts des malades et ceux des contribuables comme ceux des médecins, a finalement prévalu, tout au moins dans une certaine mesure, et les Syndicats médicaux du département vous en expriment toute leur satisfaction.

Si nous en croyons une information d'allure officieuse parue dans *Le Temps* du 19 février 1929, la Commission spéciale constituée par le Préfet de la Seine pour dresser un programme de politique hospitalière dans le département de la Seine s'est montrée favorable à un essai qui consisterait à instituer un hôpital à la Maison de Nanterre et un autre au Plessis-Robinson, ces hôpitaux devant être gérés directement par les communes.

Au moment où vont se créer les Régies hospitalières intercommunales, les Syndicats médicaux du département de la Seine se permettent d'attirer l'attention des membres de l'Assemblée départementale sur les points suivants :

1° Les médecins du département de la Seine et plus spécialement ceux de la banlieue participent presque tous à l'application dans le département de la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite. Ce seront eux qui, presque toujours, adresseront aux nouveaux hôpitaux les malades qui ne pourront être soignés à domicile. Il importe donc que pour la bonne marche du service une entente s'établisse entre les régies hospitalières intercommunales et les praticiens exerçant dans le rayon d'action de l'hôpital.

Aussi nous paraît-il utile que les Syndicats médicaux du département de la Seine soient représentés dans le ou les Conseils d'administration des nouveaux organismes, comme ils le sont d'ailleurs déjà dans des organismes similaires.

2° Il nous paraît par ailleurs indispensable que dans les hôpitaux à créer il n'y ait pas de consultation externe et cela pour deux raisons :

a. En effet les malades qui peuvent se déplacer ont la possibilité de s'adresser en ville à tel médecin qu'il leur plaît, et la création très onéreuse de consultations externes paraît inutile étant donné le fonctionnement actuel de l'Assistance médicale gratuite ;

b. Si l'on veut que réussisse l'essai qui est fait du système des petits hôpitaux de banlieue gérés directement par les communes, il importe que les hospitalisations des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, totale ou partielle, soient réduites au minimum indispensable.

Or, si on crée dans les nouveaux hôpitaux des consultations externes soit pour la médecine générale, soit pour les spécialités il arrivera ceci : les médecins de ces consultations seront dans l'obligation de signer l'admission dans les salles de nombreux malades fébriles ou devant nécessairement être alités, mais qui auraient cependant pu être parfaitement soignés chez eux et à moindres frais par un médecin de la localité.

L'absence de consultations externes pour la médecine générale et pour les spécialités entraînera d'ailleurs comme corollaire la nécessité d'étendre aux spécialités le système actuel des soins à domicile qui ne fonctionne que pour la seule médecine générale et pour les accouchements dystociques.

3° Les Syndicats médicaux du département de la Seine appellent d'autre part l'attention des Conseillers généraux sur l'intérêt social évident qu'il y aurait à ce que les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, totale ou partielle, puissent, lorsque l'hospitalisation est rendue nécessaire, continuer, s'ils le désirent, à recevoir dans des salles ou des pavillons spéciaux les soins de leur médecin habituel qui connaît leurs antécédents, leur tempérament et leurs tares, et en qui ils ont confiance.

De telles salles spéciales ouvertes à tous les médecins coexistent avec des services officiels ordinaires dans un grand nombre d'hôpitaux de province et en particulier à Nancy.

4° Cette faculté, pour le bénéficiaire de l'assistance médicale gratuite, totale ou partielle, de pouvoir choisir librement son médecin, nous le demandons aussi, et avec plus de force encore pour les malades payants que seront les assurés sociaux. Ceux-ci, en effet, auront versé de grosses contributions en argent pour s'assurer contre le risque-maladie ; et il serait inique de leur refuser le libre choix du praticien que leur accorde la loi, précisément le jour où une affection grave nécessiterait leur hospitalisation.

* * *

En conclusion, les syndicats médicaux du département de la Seine ont l'honneur de demander aux membres de l'assemblée départementale :

1° Que les syndicats médicaux du département soient représentés dans le Conseil d'administration des régies hospitalières intercommunales.

2° Que les hôpitaux à créer soient réservés à l'hospitalisation et qu'on n'y installe pas de consultations externes, générales ou spéciales.

3° Que les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, totale ou partielle, puissent, en cas d'hospitalisation, trouver à côté des services hospitaliers officiels des locaux dans lesquels il leur soit loisible de faire appel, s'ils le désirent, au médecin de leur choix.

4° Que, lors de l'application de la loi des Assurances sociales, les malades payants que seront les assurés puissent, dans les mêmes conditions, faire appel au médecin de leur choix.

Nous venons, Monsieur le Conseiller général, de vous exposer nos desiderata avec le souci certes de défendre nos intérêts professionnels, mais aussi et surtout avec l'ambition d'être utile à la population de la banlieue et le désir de faire réussir une expérience qui nous paraît heureuse à tous points de vue.

Les syndicats médicaux du département de la Seine,

Dr BARLERIN,
Secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine.

Dr BIARD,
Secrétaire du Syndicat médical de Paris.

Dr DOURNEL,
Secrétaire du Syndicat des médecins de banlieue Ouest et Nord.

Dr BOYÉ,
Secrétaire du Syndicat des médecins de banlieue Est et Sud.

LES ASSURANCES SOCIALES AU SÉNAT

Le Sénat a discuté le 12 mars une interpellation sur l'application des assurances sociales à l'Agriculture.

A cette occasion, M. Loucheur, ministre du Travail, a prononcé un discours dont nous devons citer le passage suivant que nous livrons aux réflexions des syndicats médicaux :

« ... Les agriculteurs ont des habitudes auxquelles ils tiennent, ils veulent que nous les respections, ils entendent régler leurs affaires entre eux. Nous sommes d'accord avec eux.

On a signalé quelques points qui les intéressent spécialement : nous sommes prêts à leur donner satisfaction sur ces points et à adapter la loi à leur travail de façon qu'ils deviennent des « sympathisants » de la loi. (*Très bien! et applaudissements.*)

Mais il y a des gens qui, actuellement, ne sont pas sympathisants de la loi, paraît-il : ce sont MM. les médecins. On en a beaucoup parlé à cette tribune, et j'ai lu avec intérêt la discussion qui a eu lieu au Sénat en 1927; j'ai même reçu de l'Union nationale des médecins une lettre qu'à leur place je n'aurais pas envoyée, car elle contient certaines phrases qu'un Français ne devrait jamais écrire; on ne doit jamais dire, par exemple, qu'on refusera de collaborer à l'application d'une loi. Pour ma part, je ne l'admets pas.

Par contre, j'admets que l'on discute amicalement et franchement avec MM. les médecins. J'ai déjà eu l'occasion de commencer cette discussion. Elle n'est pas très facile (*Sourires*), surtout parce qu'il m'est apparu que MM. les médecins ne connaissent pas très bien certaines dispositions de notre droit public.

Ils veulent ainsi que les syndicats habilités à traiter avec les caisses d'assurances sociales soient désignés sous le contrôle de la Fédération des médecins. Mais d'où cette Fédération tient-elle ses pouvoirs? Est-que, demain, une autre Fédération ne peut pas se constituer. Nous avons connu cela avec les syndicats. Il y a actuellement des syndicats affiliés à la C. G. T., des syndicats chrétiens et même quelquefois des syndicats communistes. Si nous nous trouvions un jour en face de plusieurs unions de syndicats de médecins qui se fassent concurrence, que ferions-nous?

D'autant que l'Union des médecins est fraîche de date. Je demande donc qu'on prenne certaines précautions.

Il est très naturel, par contre, que les médecins insistent pour que le libre choix existe réellement. Sur ce point, il ne peut pas y avoir de discussion; et la loi est formelle. S'il faut prendre des dispositions pour que ce libre choix puisse s'exercer sans discussion, nous le ferons.

En tout cas, je veux tenter un grand effort de conciliation avec eux et je le ferai sans délai. J'espère bien que les médecins deviendront eux aussi des sympathisants, qu'ils nous aideront à appliquer la loi et qu'au moins il ne reviendra pas à leur pensée de n'y pas collaborer!... »

LES DÉPENSES FAITES AU TITRE MALADIE NE SONT PAS ADMISES EN DÉDUCTION POUR L'ÉTABLISSEMENT DE L'IMPÔT SUR LES TRAITEMENTS ET SALAIRES.

M. Laquière demande à M. le ministre des Finances pourquoi, en matière d'impôts sur les salaires, les contributions n'admettent pas, en déduction, les dépenses faites au titre « maladie » (honoraires des médecins, facture des pharmaciens); ajoute que cette conception paraît être contraire à l'esprit de la loi et des dispositions qui ordonnent la déduction de toutes les sommes payées pour : *a*. les assurances vie et incendie; *b*. les sommes versées aux caisses de retraites (de l'Etat ou privées); *c*. les cotisations payées aux diverses sociétés de prévoyance, etc., en un mot de toutes les dépenses ayant pour conséquence la sauvegarde du revenu. (*Question du 20 décembre 1928.*)

Réponse. — Aucune disposition législative ou réglementaire ne permet de considérer les frais occasionnés par une maladie comme une dépense susceptible d'être admise en déduction pour l'établissement de l'impôt sur les traitements et salaires. (*J. O.*, 5 mars 1929.)

LIVRES NOUVEAUX

Maladies chirurgicales des veines et des lymphatiques (1), par les docteurs LAUNAY, chirurgien de l'hôpital Cochin; DE GAUDART D'ALLAINES, chirurgien des hôpitaux de Paris; BRODIER, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Dans le *Nouveau Traité de chirurgie*, le côté clinique occupe une grande place; la médecine opératoire elle-même est exposée, non pas avec les minutieux détails qu'on trouve dans les livres spéciaux, mais d'une manière suffisante pour qu'un praticien déjà exercé puisse exécuter sans autre guide, une opération qu'il n'a pas encore pratiquée.

Dans la nouvelle édition de ce fascicule, les trois auteurs ont eu la tâche de mettre le sujet au courant des évolutions de la chirurgie.

L'ouvrage débute par l'article des docteurs Launay et de Gaudart d'Allaines sur les Maladies des veines, classées en lésions traumatiques des veines, varices et phlébites qui forment d'excellentes pages que tout praticien pourra lire avec profit.

La plus grande partie de ce volume (220 pages) est consacrée aux Maladies des lymphatiques, que le docteur Brodier a revues avec soin. C'est une étude magistrale qui comprend l'appareil lymphatique, les anomalies de développement du système lymphatique, les lymphangites; les affections du canal thoracique, des ganglions lymphatiques, les adénites, les lymphangiectasies, sont autant de chapitres écrits avec le souci d'être clair et complet.

Ce fascicule fait partie du magistral *Traité de chirurgie* dirigé par le professeur Pierre Delbet et le docteur Anselme Schwartz dont 25 fascicules sont en vente, la plupart en troisième édition.

L. G.

Leucoplasie et kraurosis vulvaires. Etude anatomo-pathologique. Traitement chirurgical (2), par C. SOBRÉ-CASAS, chef du service de gynécologie de l'hôpital Torcuato de Alvéar, Buenos-Aires; Felipe F. CARRANZA, chef du service de gynécologie de l'Institut de médecine expérimentale, chef du service de gynécologie de l'hôpital Torcuato de Alvéar, Buenos-Aires. Préface du professeur J.-L. FAURE.

La leucoplasie et le kraurosis constituent un état spécial de la peau et de la muqueuse vulvaires, états extrêmement rares, mais dont les auteurs ont constaté en ces dernières années la fréquence plus grande.

Ces altérations épithéliales peuvent être considérées comme des états précancéreux qui dégénèrent le plus souvent en tumeurs malignes et demandent à être traitées énergiquement lorsqu'il est temps encore.

Trente-sept observations personnelles, de nombreuses coupes histologiques ont permis à MM. Sobré-Casas et Carranza de donner leur opinion motivée sur cette affection.

Après avoir fait une étude anatomo-clinique fort complète, les auteurs terminent l'ouvrage par le traitement de ces affections. Ils considèrent le traitement par les agents actino-thérapiques seuls comme insuffisant et conseillent le traitement chirurgical, non seulement curatif, mais aussi prophylactique. Ils indiquent la technique, qui ressort clairement d'ailleurs des planches opératoires.

L. G.

---

(1) Un volume grand in-8 de 318 pages avec 46 figures : 35 fr. (*Nouveau Traité de chirurgie*, Pierre Delbet et Schwartz). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 120 pages avec 26 figures et 2 planches en couleurs. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ANGINE DE POITRINE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs.

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J.B. FIALIP. PH CIEN
97. RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph : LITTRÉ 68-24

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles. ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques. ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

***BOUILLON-ANTIGÉNINE** pour pansements.*
***RHINO-ANTIGÉNINE** pour instillation nasale ou otique.*
***OVULES-ANTIGÉNINE**-métrites, toutes leucorrhées.*

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

LA FORME FILTRANTE DU GERME TUBERCULEUX [1]

Par R. LEVENT.

L'insuffisance des notions classiques. — Les notions fondamentales en matière de tuberculose apportées par Villemin en 1865 complétées en 1882 par celles que l'on doit à Koch touchant le germe en cause, ont longtemps semblé un acquis définitif et non sujet à révision. Certes nos connaissances, en clinique et même en bactériologie avaient progressé depuis lors, mais dans le détail, et sans modifier beaucoup les données générales.

Et l'on s'en tenait aux caractères que Koch avait reconnus au bacille qui porte son nom. C'est un germe acido-résistant, à parasitisme obligatoire, ne pouvant se développer qu'à 37-40 degrés dans des milieux riches en substances ternaires et quaternaires — comme le sont les organismes sujets à l'infection tuberculeuse — et produisant de la tuberculine.

Le bacille de Koch était délicat à cultiver; il fallait lui offrir des milieux artificiels riches, contenant des graisses et des matières azotées; Nocard et Roux avaient de plus montré l'heureuse influence de la glycérine sur le développement du germe *in vitro*. Il fallait donc pour l'obtenir réunir autour de lui de nombreuses facilités et lui fournir des milieux d'une richesse particulière. La pratique des inoculations faisait de même appel à un organisme d'une sensibilité élective, celui du cobaye.

La recherche directe du bacille dans les produits pathologiques, faute de pouvoir faire autre chose que modifier sa technique ne donnait en conséquence que des résultats variables. La recherche directe au microscope, même avec des techniques particulières et au prix même d'un examen patient et prolongé, ne montrait en cas de succès que de rares microbes; la technique histologique, toujours lente et tardive sinon même impossible *in vivo* n'arrivait pas toujours, il s'en faut, à un résultat probant. Dans un cas comme dans l'autre on s'en prenait, légitimement d'ailleurs, à l'insuffisance de nos moyens.

On connaît par ailleurs depuis longtemps la succession des phénomènes consécutifs à l'inoculation : chancre d'inoculation suivi de l'infection du réseau lymphatique correspondant, lésions caractéristiques dans les viscères, lésions granuliques, lésions caséeuses étaient chez le cobaye assez régulières pour que l'on ait pu faire de l'inoculation l'ultima ratio de la clinique en présence de l'insuffisance des autres modes de recherche. C'était de quoi ancrer plus solidement encore dans les esprits la notion de l'insuffisance technique.

Des arrière-pensées subsistent pourtant : pourquoi dans les lésions trouve-t-on si peu ou si rarement le bacille lui-même, qu'on dit tuberculose en s'appuyant seulement sur des modifications tissulaires qui ne sont pas, au sens strict, le résultat du seul bacille de Koch? pourquoi des examens directs de produits pathologiques demeurent-ils infructueux quelle que soit parfois leur durée? pourquoi aussi certains cobayes inoculés meurent-ils d'une cachexie lente et tardive sans présenter les lésions nodulaires classiques?

Ce dernier point obscur n'était pas d'ailleurs sans évoquer plus ou moins explicitement la notion des tuberculoses atypiques, des lésions de « tuberculose inflammatoire » dont on ne songe plus guère actuellement à nier l'existence sans en posséder encore pourtant de preuves directes, anatomiques, bactériologiques ou expérimentales.

De quelques faits discordants. — Depuis la découverte de Koch cependant, et à la vérité dès les années suivantes, divers auteurs avaient mis en évidence certains caractères en accord incomplet avec la définition de Koch et qu'on semble bien avoir laissés dans l'oubli faute d'avoir trouvé comment les concilier avec les idées communément reçues.

Koch lui-même et Flugge après lui avaient décrit dans la continuité du corps bacillaire des inégalités de coloration; ils avaient conclu à la possibilité de spores mais en considérant comme telles les espaces clairs séparant les granulations véritables.

En 1895 Strauss avait vu des bacilles granuleux à corpuscules chromophiles acidorésistants, groupés en des chaînettes qui rappelaient l'aspect du streptocoque; en même temps qu'acidorésistants ces grains étaient Gram-positifs.

En 1908 Much étudiant ces grains groupés en série linéaire ou d'autres fois isolés, en avait également décrit de Gram-positifs mais sans acidorésistance. Il les avait rencontrés dans divers liquides pathologiques, en même temps que des types bacillaires classiques ou à leur place et les avait considérés comme une forme de remplacement du germe acidorésistant. Peut-être, à son avis, ces granulations avaient-elles un pouvoir pathogène et pouvaient-elles, dans des circonstances à déterminer faire retour au type du bacille acidorésistant.

Ces faits pouvaient mettre sur la voie du polymorphisme évolutif du bacille; ils se complétèrent, comme nous le verrons, par les recherches d'autres auteurs.

Mais dès 1910 se placent des travaux qui marquent le premier acheminement vers la reconnaissance des formes filtrantes du bacille de Koch.

C'est en effet à cette date que Fontès (de Rio-de-Janeiro) reprit l'étude du bacille en combinant par un procédé personnel les colorations de Ziehl et de Gram. Il reconnut que la plupart des bacilles étaient formés d'une masse acidorésistante où se trouvaient incluses des granulations colorées par le Gram.

Voulant savoir si ces granulations, qu'il rattachait aux types déjà décrits par Strauss et par Much, étaient susceptibles de passer à travers la bougie Berkefeld, il inocula un cobaye avec un liquide de filtrat où il n'avait pu voir aucun élément figuré acidorésistant.

(1) Nous tenons à remercier ici M. le docteur Vaudremer pour l'amabilité qu'il a mise à nous documenter. — R. L.

Sacrifié après quinze jours l'animal ne présentait aucune lésion reconnaissable ni aucun bacille. Sa rate broyée provoqua chez un autre cobaye des adénopathies régionales où l'on trouva seulement au trentième jour des granules acidorésistants.

Un autre cobaye inoculé de même présenta au bout de cinq mois dans des ganglions d'apparence normale et dans d'autres ganglions correspondant à des foyers d'hépatisation quelques bacilles de Koch typiques.

Fontès en conclut que les granulations de Much pouvaient traverser la bougie Berkefeld et provoquer chez l'animal une tuberculose atypique. Philibert répétant ces expériences quelques années après ne nota rien qui lui permît de confirmer les résultats de Fontès. Ceux-ci tombèrent dans l'oubli tandis que venaient à la lumière d'autres faits qui militaient en faveur d'un polymorphisme de l'agent de la tuberculose.

En 1914 en effet Bezançon et Philibert publiaient les premiers résultats de recherches qu'ils continuèrent; Vaudremer les reprenait de son côté et Reenstierna au cours de recherches personnelles arrivait pour sa part à des résultats comparables.

L'examen de voiles de culture sur bouillon glycériné montrait que dans les voiles jeunes les bacilles acidorésistants ne se trouvaient pour ainsi dire qu'au point d'ensemencement. La plus grande partie du voile était formée de longs filaments ramifiés d'aspect mycélien, partant de l'amas de bacilles et formant des arcades régulières colorables par le bleu de méthylène mais ne prenant pas le Gram et dépourvus d'acidorésistance. Ces filaments portent sur leur trajet des granules, isolés les uns des autres, dont quelques-uns seulement, d'autant plus nombreux que la culture est plus ancienne, sont acidorésistants.

Au bout d'un certain temps les éléments cyanophiles se fragmentent et disparaissent. Les granules deviennent plus nombreux et acidorésistants, tantôt isolés, tantôt groupés en chapelets et réunis dans ce cas par une substance réfringente rebelle à toute coloration. En même temps augmente le nombre des bacilles acidorésistants, qui semblent naître des granules portés par les filaments.

Ces granules sont en général formés de deux moitiés hémisphériques séparées par un axe interpolaire incolore; leur aspect rappelle ainsi celui du gonocoque et du méningocoque. Cette bipartition disparaît parfois dans les vieilles cultures.

Sur milieu solide il n'y a pas de voile mais seulement autour des bacilles une masse amorphe prenant le bleu. Les granules y ont même aspect qu'en milieu liquide.

Ces granules se retrouvent aussi sur les vieilles cultures en milieu glycériné au milieu de bacilles vacuolés et malaisément colorables.

Les granules sont de dimensions variables, allant de la taille d'un globule rouge à une ténuité qui atteint les limites de la visibilité. Ils sont acidorésistants.

Si les cultures ne sont pas trop anciennes elles peuvent redonner naissance à des cultures de bacilles typiques qui se développent en partant des granules dont le rôle est par conséquent comparable à celui de spores.

Il existe donc un cycle de formes successives allant du bacille au bacille en passant par le réseau mycélien et les granules, ceux-ci présentant des aspects et des dimensions diverses de même que des affinités colorantes différentes.

Les formes filtrantes du bacille de Koch. — Divers auteurs avaient à la vérité décrit les modifications morphologiques que pouvait subir le germe sous diverses influences physiques et mécaniques, sous l'influence aussi du milieu de culture (Malassez et Vignal, Ferran, Arloing et Courmont).

Dans le but de mettre en évidence de façon plus précise l'influence du milieu de culture et des conditions physiques, Vaudremer fit des essais de culture du germe sur des milieux pauvres, c'est-à-dire dépourvus de glycérine et d'éléments azotés. Il vérifia de la sorte son hypothèse de travail : la présence de matières azotées était la condition nécessaire à la formation de la tuberculine; l'absence de glycérine empêchait le bacille de se constituer ses enveloppes cireuses, support de l'acidorésistance. Sur eau de pommes de terre il obtint des cultures formées de filaments mycéliens et de granules de dimensions diverses, dépourvus d'acidorésistance (1922-1923).

En milieu liquide on obtenait des formations comparables lorsque le germe se développait au sein même du liquide.

Les granules obtenus présentaient la même diversité de dimensions que les granules acidorésistants déjà observés sur milieux usuels.

Lorsque l'auteur filtra sur bougie Chamberland L_3 ces cultures il constata que le liquide filtré n'était pas stérile. Au bout d'un temps assez court, alors même qu'on ne pouvait incriminer l'intégrité de la bougie et que le liquide n'avait au début semblé contenir aucun élément figuré, le filtrat devenait une culture, repiquable en série de filaments et de granules non acidorésistants, analogues à ce qu'on avait vu avant passage sur la bougie. Les repiquages ne faisaient pas reparaître l'acidorésistance qu'on ne peut faire reparaître qu'en faisant un passage sur l'animal.

En plus des formes granulaires déjà identifiées il existe donc une forme infravisible.

Les résultats fournis par l'examen de ces cultures ont été complétés par ceux des inoculations.

Après avoir filtré sur bougie L_3 des cultures involuées, Vaudremer fit avec le filtrat une inoculation sous-cutanée au cobaye; l'animal présenta localement un noyau d'induration qui atteignit son maximum au huitième jour et disparut en trois semaines; on n'observa pas, par la suite de tuberculose généralisée.

L'injection intraveineuse provoqua tardivement une polyadénite généralisée ressemblant à la polymicro-adénopathie de l'enfant et, plus rarement, des péri-arthrites conjonctives analogues aux manifestations décrites par Poncet.

Dans des cas plus rares, on observe trois ou quatre mois après l'injection, l'évolution d'un ganglion vers

le ramollissement; le pus ensemencé sur milieu riche donne en six à huit semaines des cultures discrètes de granules, libres ou groupés en chaînette et acidorésistants, dont le repiquage en série sur milieu riche finit par amener un retour au bacille de Koch typique.

Lorsqu'on inocule sous la peau d'un cobaye des granules à qui un premier passage sur l'animal a restitué l'acido-résistance, il se produit en quarante-huit heures environ, une escarre au point d'inoculation, comparable au phénomène de Koch; elle disparaît en six semaines sans que l'animal se tuberculise. L'injection intraveineuse peut, au contraire, tantôt amener la mort, tantôt donner lieu à une sorte d'immunité locale d'aspect particulier.

L'inoculation intrapéritonéale au cobaye pratiquée par Durand (1924) a provoqué des lésions du testicule avec présence de bacilles de Koch typiques.

Les résultats de ces inoculations sont donc assez différents de ceux des inoculations couramment pratiquées en clinique. Mais ils permettent de saisir le retour possible de la forme granulaire ou acido-résistante et de la forme filtrante non visible au type courant du bacille de Koch. Il semble ne pouvoir se faire que par passage sur l'animal. Avec la réapparition du bacille de Koch se fait celle des propriétés caséifiantes.

Divers auteurs ont réalisé des expériences destinées à confirmer et à infirmer ces constatations.

Les uns ont pratiqué leurs inoculations directement avec des filtrats provenant de produits pathologiques. Dès 1924, Valtis inoculait des filtrats de crachats autolysés ou de ganglions de singes tuberculeux et obtenait, en quinze jours, une adénite passagère. En trois à quatre mois, les animaux en expérience mouraient cachectiques ne présentant de lésions que dans leur système lymphatique (présence de bacilles de Koch typiques); dans des cas moins fréquents, il y avait aussi des foyers d'hépatisation pulmonaire.

Vaudremer et Durand obtenaient avec le filtrat d'un pus d'abcès froid injecté dans le péritoine du cobaye une orchite, avec présence de bacilles de Koch.

Verdina, Vannucci devaient des succès analogues en depit de l'asepsie apparente à l'examen direct et à l'inoculation des produits soumis à la filtration. De même, Arloing, Dufourt et Malartre partant des produits pathologiques les plus variés, et Veber, en 1926, avec un liquide apparemment aseptique de pneumothorax artificiel.

D'autres auteurs encore ont réalisé de telles expériences; dans la grande majorité des cas, les lésions ont été assez semblables à elles-mêmes.

D'autres auteurs ont injecté au cobaye des filtrats de cultures développées aux dépens de crachats, d'organes divers, de ganglions.

D'autres ont réalisé un passage de plus : filtrat d'une culture partie d'un produit pathologique; inoculation à l'animal de ce filtrat; réinoculation à un second animal d'organes prélevés sur les premiers. Ceci avec un succès égal. Nous renvoyons pour le détail de ces expériences que nous ne saurions toutes relater ici aux publications des auteurs eux-mêmes (1).

La notion du cycle évolutif du bacille tuberculeux et l'unité des diverses formes décrites semblent donc solidement étayées.

A noter qu'en 1924, Potter avait tenté mais sans succès des expériences analogues avec divers bacilles paratuberculeux. Il serait toutefois d'une logique incorrecte de baser sur ces constatations purement négative des conclusions touchant l'inexistence de formes filtrantes des paratuberculeux ou leur dissemblance d'avec le bacille tuberculeux.

Lésions anatomiques et modifications biologiques. — Quel qu'ait été le point de départ du filtrat les lésions provoquées par l'inoculation sont décrites par les divers auteurs sans notable différence et Arloing et Dufourt ont pu résumer comme suit ce que leur a fourni leur observation assidue. Dans 14 cas sur 16, il n'y a pas de chancre d'inoculation, pas d'adénopathie corrélative, aucune lésion tuberculeuse macroscopique reconnaissable même lorsque l'animal meurt de lui-même dans le délai habituel de trois à quatre mois. Il est à ce moment dans un état de cachexie avancée, d'une maigreur telle que tout ou presque tout le tissu adipeux a disparu. La seule lésion, et encore n'est-elle pas constante, que l'on note à l'œil nu est l'hypertrophie des ganglions : ganglions mésentériques, ganglions lombaires quelquefois, ganglions trachéobrochiques presque toujours. Et cependant la diffusion des germes se fait très rapidement, puisque quinze jours après l'injection de filtrat on a pu rencontrer dans les organes des bacilles de Koch typiques. Quelquefois la rate aussi est hypertrophiée. Deux fois sur seize, les auteurs ont reconnu une tuberculose nodulaire typique. Mais, même dans ces cas, il n'y avait pas de chancre d'inoculation.

L'observation de faits plus nombreux a montré à Arloing et Dufourt l'existence possible d'une troisième forme sur la fréquence de laquelle on est mal édifié. C'est une forme passagère, bénigne, sans atteinte nette de l'état général; elle semble entièrement curable et le virus inoculé semble disparaître complètement.

De Sanctis Monaldi a publié récemment (1928) le résultat de ses recherches sur la formule hémoleucocytaire du cobaye ayant reçu du filtrat. Il a comparé cette formule avec celle qu'on observe après injection de filtrat chauffé, de tuberculine brute au 1/20, de tuberculine centrifugée, de tuberculine filtrée. Le filtrat chauffé, la tuberculine centrifugée, la tuberculine filtrée ne donnent rien.

Le culot de centrifugation de la tuberculine donne des résultats analogues au filtrat non chauffé, mais qui disparaissent en quinze jours environ. Le filtrat donne une anémie de type secondaire atteignant en deux mois son maximum et faisant de nouveau place à une formule normale. On trouve en même temps la diminution des polynucléaires neutrophiles et des

(1) La plupart des indications jusqu'à 1928 sont réunies dans la thèse de M. Paulin (Paris 1928) ; d'autres expériences sont relatées dans les comptes rendus de la Société de biologie (1924-1929).

éosinophiles, l'augmentation des lymphocytes et des mononucléaires.

L'auteur attribue à l'existence de débris bacillaires dans le culot de centrifugation de la tuberculine l'analogie des effets sur le sang de ce culot de centrifugation avec ceux du filtrat.

Il est intéressant de rapprocher de ces faits ceux qu'a signalés également, en 1928, Hababou-Sala. Selon cet auteur, de très nombreuses inoculations au cobaye, l'examen très prolongé de très nombreuses lames n'ont pas permis de constater les bacilles de Koch que d'autres auteurs ont trouvés dans les ganglions des sujets inoculés. D'autre part, cet auteur aurait remarqué une affinité toute particulière de la tuberculine pour le tissu des ganglions, celui des ganglions trachéobronchiques en particulier. Ce sont là des faits troublants et qui méritent plus ample examen surtout si, comme il le pense, le chauffage ne suffit pas à rendre le filtrat inoffensif et si, comme le suppose de Sanctis Monaldi, la tuberculine est suspecte de contenir des corps bacillaires. Selon l'avis de Vaudremer, il semblerait de plus que l'on ne puisse obtenir de tels résultats en les attribuant à la tuberculine que si les filtrats employés proviennent de cultures en milieu riche habituel; les cultures de Vaudremer sur les lieux dépourvus d'azote ou très pauvre en cet élément, ne contiendraient pas, d'après cet auteur, de tuberculine.

Virulence du filtrat. Réactions allergiques. — Calmette et ses élèves ayant étudié les faits que nous avons exposés les ont confirmés dans leur ensemble. Touchant la virulence du filtrat tuberculeux pour le cobaye, ils ont émis l'opinion qu'elle est habituellement faible, insuffisante à provoquer la caséification, insuffisante même pour que des passages sur l'animal, même répétés, puissent la réveiller de façon pratiquement constatable.

Arloing et Dufourt, Durand, Kourilsky et Benda, dans les exposés du Congrès de Rome (1928) se sont montrés moins optimistes. Si la virulence du filtrat est, en effet, habituellement faible, il n'en reste pas moins que même dès une première inoculation, on peut voir apparaître des lésions caséeuses; des passages réitérés sur l'animal leur ont de plus fréquemment montré une exaltation appréciable de cette virulence. Il est donc prudent de considérer jusqu'à plus ample informé que tous les degrés de virulence sont possibles ou réalisables.

Ces auteurs ont également étudié une trentaine de souches microbiennes pour essayer de déterminer quelle relation existe entre la virulence d'une souche de bacilles de Koch et celle des filtrats qui en sont issus.

Pour les souches issues directement de lésions, il paraît n'y avoir analogie de virulence que dans le tiers des cas; pour les souches issues de culture, on n'a encore pu mettre en évidence aucune relation fixe. Il semble, à la vérité, qu'assez souvent d'un bacille de Koch actif proviennent des filtrats actifs, mais il s'en faut qu'un bacille atténué ne puisse jamais donner naissance qu'à un filtrat donné d'activité.

Les réactions allergiques ont, d'autre part, été étudiées depuis plusieurs années, et dès 1925, Paraf avait montré qu'après avoir reçu en injection du filtrat, les cobayes deviennent sensibles à la tuberculine. En 1926, Boquet, Nègre et Valtis avaient reconnu cette sensibilité, dans un certain nombre de cas tout au moins.

Arloing et Dufourt ont depuis précisé ces notions (1926) : si l'injection de filtrat a engendré des lésions nodulaires ou provoqué la cachexie à marche lente dont nous avons parlé, l'intradermoréaction n'est pas différente de ce qu'elle serait après injection de produits tuberculeux non filtrés. Si les filtrats ont seulement causé cette forme passagère et curable sur la fréquence de laquelle on est encore mal renseigné, l'intradermoréaction est positive, mais seulement pour une tuberculine moins diluée (1/50) que celle qui est habituellement en usage. Elle apparaît tantôt au bout de trois semaines, tantôt au bout seulement de plusieurs mois, même s'il existe en certains points de l'organisme des bacilles de Koch acidorésistants. Huit jours après son apparition, la réaction a l'aspect d'une papule rouge qui décroît au bout d'une semaine; la réaction devient enfin négative même pour des tuberculines de concentration élevée. La période antéallergique est donc allongée, la période d'allergie abrégée. Elle fait place à une anergie qui paraît durable.

Ces résultats rappellent ceux qui avaient été autrefois obtenus avec les bacilles homogènes d'Arloing et Courmont.

Par divers procédés physiques (rayons ultra-violets, courants électrique de haute et basse fréquence) on a pu de même abaisser la virulence des filtrats et raccourcir une allergie dont on avait retardé l'apparition.

Phénomène complémentaire de ceux que nous venons de décrire : Debré et Lelong ont montré qu'avec le germe tuberculeux ordinaire, la durée de la période antéallergique est d'autant plus longue que l'infection est plus bénigne.

Les recherches relatives à la cutiréaction aux filtrats tuberculeux dans diverses formes de la tuberculose humaine de l'adulte, n'ont jusqu'à ces derniers temps donné à Arloing, Dufourt, Josserand et Charachon que des résultats discordants. Si sur les 70 cas, très divers, mis à l'étude, la réaction à la tuberculine a toujours été positive et la réaction au filtrat chauffé toujours négative, les effets du filtrat non chauffé ont été divers, de même que ceux des cultures homogènes. Il semble seulement que les réactions positives provoquées par le filtrat soient toujours moins intenses, plus rapides d'évolution et moins durables que celles de la tuberculine; ce qui les rapproche des réactions observées sur l'animal.

En revanche, il y aurait, semble-t-il, un rapport inverse entre l'atteinte de l'état général et l'intensité de la réaction au filtrat; cette réaction s'atténue d'autant plus et d'autant plus vite que le malade est plus atteint. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour élucider ce point.

Rôle du virus filtrant en pathologie humaine. — Sur le rôle du virus filtrant dans la patho-

logie de l'adulte nous ne savons pratiquement rien ou à peine davantage. La période des recherches ne fait que s'ouvrir; quelles que puissent être les acquisitions à venir il faut actuellement se contenter de rapprochements de pure logique, maigre butin.

On a cherché et trouvé le virus filtrant dans le sang de la femme tuberculeuse, soit au moment de la menstruation (Valtis et Misaniewicz), soit pendant l'évolution d'une granulie avec méningite (Arloing et Dufourt). Armand-Delille, Saenz et Bertrand ont de plus récemment montré, par inoculation, la présence concomitante dans le sang d'un enfant atteint de granulie de bacilles de Koch et de formes filtrables. Les périodes bacillémiques sont depuis longtemps connues; il n'est pas étonnant que l'on constate des faits analogues touchant la forme filtrante. Mais rien ne prouve encore que ce soit à la forme filtrante que l'on doive attribuer l'éclosion des accidents ou leur forme clinique.

Récemment, Durand, Kourilsky et Benda ont observé qu'au cours d'une tuberculose pulmonaire encore latente l'expectoration pouvait contenir des éléments filtrants capables, soit après filtration, soit même avant filtration et en l'absence de tout bacille de Koch, de tuer le cobaye par cachexie avec lésions ganglionnaires; l'inoculation au contraire provoquait l'apparition de lésions caséeuses dès que les bacilles acido-résistants avaient paru dans les crachats.

Les mêmes auteurs ont aussi observé au début ou pendant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire reconnue, des phases de virulence malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats. Ils en concluent que la forme bacillaire ne ferait peut-être dans ces cas que succéder à une période de développement granulaire ou invisible, ou alterner avec elle; à moins qu'à certains moments la forme acido-résistante ne soit retenue dans les lésions d'où les autres formes microbiennes pourraient seules sortir.

Ce ne sont là guère plus que des conjectures, faute d'un nombre suffisant de faits cliniques.

Remlinger a rapporté des observations anciennes, donc purement cliniques, qui pourraient s'accorder avec ces hypothèses.

L'expérience réunie des cliniciens réunis à Rome n'a guère enrichi nos connaissances. Paisseau et Vialard avaient observé un cas de purpura rhumatoïde avec virus filtrant mis en évidence par inoculation; Paisseau et Oumansky l'ont également retrouvé dans deux cas de rhumatisme polyarticulaire atypique rappelant le type Poncet. On l'a retrouvé aussi dans un liquide d'hydrocèle et dans un kyste du corps thyroïde.

Là se bornent nos connaissances; elles nous orientent, semble-t-il, à nouveau vers la tuberculose inflammatoire, pays mal connu. Riches d'espérances, bien pauvres encore de savoir.

*
* *

Le rôle du virus filtrant dans la *pathologie du nouveau-né et du nourrisson* est légèrement moins obscur; il a surtout bénéficié d'investigations plus nombreuses, en raison de son importance scientifique et sociale.

Jusqu'à ces dernières années le problème de l'hérédité de la tuberculose semblait avoir trouvé sa solution, de même que nos connaissances bactériologiques avaient trouvé leur terme dans la notion bien précisée du bacille de Koch acido-résistant.

A moins de lésion locale, d'ailleurs rare, le placenta était un filtre parfait qui, même au cas de bacillémie, protégeait complètement le fœtus contre l'invasion par les bacilles de Koch maternels.

L'enfant naissait donc indemne cliniquement et bactériologiquement; ce n'est que postérieurement à sa naissance qu'il s'infectait, comme le montraient les réactions tuberculiniques. D'où l'usage de l'isolement prophylactique.

La découverte des formes filtrantes remet tout en question.

Quel que doive être le point d'aboutissement des recherches présentes et à venir, nous ne croyons pas que l'on puisse tirer argument bien probant de la négativité des réactions tuberculiniques jusqu'à un certain âge. D'une part, l'allergie ne semble se produire, au cas d'infection par le virus filtrant, que tardivement, pour un temps limité, et seulement lorsqu'on emploie des tuberculines plus concentrées que les tuberculines habituelles; d'autre part, quelle est leur valeur relativement à des formes dont Vaudremer nie formellement qu'elles soient elles-mêmes productrices de tuberculine? Quelle valeur aussi au cas de présence concomitante dans un organisme de bacilles acido-résistants?

Il est de fait que les formes filtrantes traversent des bougies suffisantes pour arrêter les corps microbiens de dimension courante; les formes filtrantes peuvent-elles de même traverser la membrane placentaire?

Valtis, Nègre et Boquet, partant, soit de produits pathologiques, soit de cultures, ont préparé des filtrats qu'ils ont injectés à la femelle de cobaye en gestation. Chez les petits ils ont trouvé, dans certains cas, des hypertrophies ganglionnaires avec présence de bacilles de Koch acido-résistants.

Les cliniciens ont apporté aussi leur contribution.

En 1925, Arloing et Dufourt constataient que, si chez le cobaye la recherche du passage à travers le placenta donnait des résultats tantôt positifs, tantôt négatifs, les recherches étaient restées infructueuses chez le nourrisson. Ils concluaient seulement de leur observation que l'infection transplacentaire était possible chez le cobaye à condition que la mère fût tuberculeuse antérieurement à l'injection de filtrat.

En 1926, montrant la présence fréquente des formes filtrantes dans des produits pathologiques d'origine humaine, les mêmes auteurs corrigeaient indirectement leur opinion première en montrant en même temps qu'un certain nombre de ces produits pathologiques provenaient d'enfants ou de nourrissons. Des observations ultérieures leur donnèrent à penser que dans certains cas la forme filtrante, ayant traversé le placenta comme le prouvaient les inocu-

(1) Cf. article de PAISSEAU. *Presse méd.*, fév. 1929.

lations, pouvait être l'agent de certaines hypotrophies ou atrophies mortelles du nourrisson.

Par ailleurs, P. Bar avait contaminé des fœtus de cobaye en inoculant à la mère du sang d'enfant mort à sa naissance ou le sang du cordon d'enfant de mère bacillaire. Son expérience personnelle induisait cet auteur à considérer comme nécessaire à la production d'une tuberculose congénitale que la mère fût en état de bacillémie persistante à la fin de la grossesse.

De son côté, après des observations répétées, Couvelaire note que le nouveau-né meurt plus fréquemment si, pendant la grossesse, la mère a présenté des poussées évolutives nombreuses et graves; qu'un certain nombre des décès est dû à un syndrome de dénutrition progressive sans lésions et accepte, pour ces cas, la possibilité, rare peut-être mais non exceptionnelle, d'une transmission transplacentaire. On aurait affaire à une forme du germe tuberculeux ne causant aucune lésion spécifique pendant la vie fœtale ni durant les premières semaines qui suivent la naissance.

L'existence de la tuberculose dans ces cas fut révélée par la présence de bacilles de Koch dans les ganglions ou les viscères et par des inoculations positives même après filtration.

Léon Bernard en tire la conclusion qu'il existe dans certains cas des transmissions par forme filtrante, soit éléments très toxiques, soit éléments très nombreux.

Telle est, à peu près, la somme de nos connaissances. Si la transmission de bacilles de Koch est assez rare pour n'avoir qu'un rôle négligeable, la transmission de bacilles filtrants existe, moins rare à coup sûr, mais d'une fréquence que nous pouvons d'autant moins évaluer que nous savons mal en reconnaître les signes cliniques, surtout dans les formes passagères et curables; que les réactions allergiques sont ici infidèles et que nous ne pouvons pas encore savoir quelle part il faut faire au virus filtrant dans la pathogénie des atrophies et cachexies mortelles de causes obscures et peut-être multiples.

De quelques conséquences. — Ce sont d'abord celle de la transmission transplacentaire que nous envisagerons.

Calmette a cru pouvoir penser d'abord que c'est un phénomène de peu de gravité relative et que les premières semaines franchies sans encombre et la cachexie évitée, l'enfant avait échappé à tout danger; et d'autant plus que la forme filtrante ne sensibilisait pas l'organisme et que sa virulence était faible et fixée à ce degré.

Les observations d'Arloing le rendent moins optimiste. Le danger dure, en réalité, plus longtemps que les premières semaines et la période où peut apparaître l'hypotrophie.

Les développements organiques insuffisants, les retards de croissance sans raison définie trouvent peut-être là leur origine. Rien n'est moins prouvé, d'autre part, que l'incapacité pour la forme filtrante hébergée dans l'organisme, de récupérer une virulence plus grande et de se transformer en une autre forme évolutive, celle de bacille acido-résistant y comprise. Et c'est bien, en vérité, ce qui semble se produire chez l'animal inoculé de filtrat dont les ganglions renferment des bacilles.

Comment savoir aussi si la forme filtrante sensibilise l'organisme ou l'immunise? Affaire de germe? de terrain? de circonstances? Il nous reste à l'apprendre.

C'est dire — et sur ce point les auteurs s'accordent — que le temps n'est pas encore venu, s'il doit jamais venir, de nous relâcher des mesures de prophylaxie que nous employons contre le bacille acido-résistant. Elles ont prouvé leur efficacité contre le bacille de Koch et la tuberculose, on peut leur faire crédit vis-à-vis de la forme filtrante. Même, donc, au cas où l'infection transplacentaire serait reconnue fréquente, la nocivité vraisemblable des surinfections continuerait à nécessiter la séparation des sujets sains et des infectés, quel que soit le rôle des formes filtrantes. Les précautions usitées pour l'adulte ne sont pas non plus rendues caduques puisqu'on peut craindre que des sujets qui ne crachent pas de bacilles ne soient cependant des agents de contamination.

Les études à venir devront s'efforcer de mettre en lumière les signes cliniques, anatomiques, sérologiques propres aux formes filtrantes; peut-être trouvera-t-on là une explication de la nature de certains processus mal définis, soupçonnés tuberculeux plutôt que prouvés tels, une explication aussi des diverses étapes ou allures au cours d'une bacillose identifiée.

Et si, à certains égards, les notions nouvelles concernant la filtration du germe tuberculeux peuvent nous laisser perplexes sur la valeur réelle de la bougie comme agent de stérilisation, dans certains cas, nous pouvons cependant trouver dans cet instrument un agent de discrimination entre les formes évolutives de certains germes. Sans doute le polymorphisme évolutif n'est-il pas l'apanage du seul bacille de Koch ni des quelques germes pour lesquels on a jusqu'ici reconnu l'existence de formes filtrantes.

Et, aussi, les particularités dans les réactions cliniques, anatomiques et humorales dues à des formes filtrantes pourront-elles conduire à des techniques renouvelées pour la préparation de sérums et de vaccins, dans des domaines où l'opiniâtreté des chercheurs n'a été jusqu'ici qu'imparfaitement récompensée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MARS 1929)

Un singe d'apparence anthropoïde en Amérique du Sud. — M. Georges MONTAUDON.

Stérilisation des eaux par le chlore. — MM. F. DIÉNERT et P. ETRILLARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 MARS 1929)

Notice. — M. GOSSET lit une notice nécrologique sur M. Dubar (de Lille), correspondant national dans la section de chirurgie, récemment décédé.

De la nature des arthropathies tabétiques. — MM. DELBET et CARTIER.

Nouvelles remarques sur la sérothérapie anticolibacillaire. — M. H. VINCENT a fait connaître (*Acad. des sciences*, 1925, p. 239, 407, 1083 et 1624, et 1928, p. 407, et *Acad. de méd.*, 27 nov. 1928) les propriétés générales du sérum anticolibacillaire qu'il a préparé, et il a signalé des exemples de guérison, par le même sérum, de colibacilloses graves, à pronostic considéré comme fatal. Les infections dues au *B. coli* sont fréquentes, parfois méconnues, et ont pour caractéristiques leur tenacité, leur résistance aux traitements usuels, chez l'enfant comme chez l'adulte. Enfin, certains états névropathiques ou psychopathiques peuvent être sous la dépendance de l'*exotoxine neurotrope* signalée par l'auteur; le sérum peut également les guérir.

« On ne saurait trop insister, dit M. Vincent, sur les services qu'on peut attendre du sérum anticolibacillaire associé au sérum antigangréneux polyvalent (H. Vincent et G. Stodel) dans l'*appendicite gangréneuse* opérée. Le B. coli est, en effet, l'agent le plus constant de la péritonite et de la septicémie qui peuvent suivre cette forme d'appendicite souvent mortelle. La sérothérapie apporte une aide très efficace au chirurgien et amène des suites « idéalement simples ». Deux exemples récents très graves, dant l'un compliqué de péritonite généralisée, m'ont été signalés et ont parfaitement guéri.

La *septicémie à bacillus coli* a été rapidement guérie par le sérum. En voici un nouvel exemple. Fillette de trois ans et demi, atteinte depuis un mois de *septicémie très grave* avec *néphrite suppurée, anasarque généralisée, angiocholite aiguë et ictère, torpeur, symptômes méningés, nystagmus, mouvements convulsifs de la face, des lèvres, du membre supérieur gauche*, hyperthermie, etc. « Considérée comme perdue », cette enfant est traitée par le sérum. Amélioration franche au troisième jour du traitement : « L'enfant ne cesse de réclamer à manger. » Au cinqnième jour, les symptômes ci-dessus ont disparu. Guérison (docteur G. Gautier, médecin de l'hôpital de Dreux).

De nouveaux cas de *pyélonéphrite suppurée primitive* aiguë ou chronique accompagnée de symptômes sévères et ayant résisté aux traitements usuels (vaccins, auto-vaccins, bactériophage, urotropine, etc.) m'ont été rapportés qui ont guéri définitivement et en quelques jours par le sérum.

Il convient de faire une place à part à la *pyélonéphrite suppurée de la grossesse*. La persistance, jusqu'à l'accouchement, de la compression fœtale pouvait faire craindre la non-guérison par le sérum ou, du moins, le retour rapide de l'infection rénale par le *B. coli*. Or, chez une femme de vingt-deux ans, enceinte de six mois, du service de M. le docteur Herscher à Lariboisière, atteinte d'une pyélonéphrite grave avec forte fièvre, l'infection rénale a rétrocédé en quelques jours. Trente-six heures après le début des injections, la température, qui était de 40 degrés, était descendue à 36 degrés et s'est maintenue à la normale depuis lors. Cette femme a accouché trois mois après normalement et sans aucune réinfection. C'est le premier cas de guérison définitive d'une pyélonéphrite gravidique sévère par la sérothérapie.

Le colibacille, qui envahit électivement les reins, peut aussi parfois se localiser dans les voies biliaires. Or, dans ces cas, le sérum peut agir efficacement. Il en a été ainsi chez l'enfant dont le cas est relaté ci-dessus. Le même effet favorable a été observé chez une malade de M. Chevassu, enceinte de six mois, atteinte de pyélonéphrite suppurée avec angiocholite aiguë et ictère, érythème purpurique. Température ayant monté jusqu'à 41 degrés. Au quatrième jour du traitement, tout danger avait disparu.

Un autre cas de pyélonéphrite suppurée compliquée de cholécystite avec fièvre élevée (39°8-40°8) a bénéficié rapidement de la sérothérapie. La température est devenue normale dès le troisième jour. La cholécystite comme la pyélonéphrite ont disparu. La pyélonéphrite avait débuté depuis cinq ans.

Il est souvent indiqué de faire un ou deux lavages du bassinet et de la vessie au cours du traitement, les anticorps ne passant pas toujours dans l'urine, ainsi que je l'ai montré.

Enfin, après la guérison, on conseillera aux malades un régime prudent, hygiénique, alimentaire et intestinal. Contrairement à l'opinion admise, le rein n'est pas, en effet, immunisé par une précédente infection disparue et peut, sous l'influence des mêmes causes (constipation, entérite mucomembraneuse, appendicite chronique, etc.) subir un réensemencement par le *B. coli*, même après une guérison très ancienne. »

Quatre années d'expérience du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. Résultats immédiats et éloignés. — M. Léon BERNARD et Ch. MAYER résument les résultats que leur ont donnés quatre années d'expérience du traitement de la tuberculose par le thiosulfate d'or et de sodium. Ce médicament ne possède pas les propriétés spécifiques qu'on lui avait attribuées au début, il n'en a pas moins une action indéniable, notamment dans les formes évolutives fébriles de la maladie; 142 malades ont été suivis par les auteurs. Dans la proportion de 43 p. 100 le médicament a amené un arrêt de l'évolution, la baisse de la température, l'amélioration des images radiographiques. Dans les formes sans fièvre, l'action du médicament est moins nette, mais cependant appréciable. Enfin, la technique actuelle met les malades à l'abri des réactions qui avaient été jusque-là signalées.

MM. JEANSELME et BURNIER rapportent, à propos de la communication de MM. L. Bernard et Ch. Mayer, qu'un médicament analogue leur a donné 20 guérisons sur 32 cas de lupus érythémateux.

Election de deux correspondants nationaux dans la sixième division (pharmacie). — Classement des candidats :

En première ligne : MM. Douris (de Nancy) et Guigues (de Beyrouth); en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Favrel (de Nancy) et Labat (de Bordeaux).

MM. Douris et Guigues sont élus.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1929)

Talalgie rebelle datant de trois ans, guérie par le traitement chirurgical. — MM. L. RIMBAUD, V. RICHE et J. CHARDONNEAU. Les auteurs présentent un malade, âgé de vingt-cinq ans qui avait contracté une blennoragie en août 1926. L'urétrite avait rapidement guéri mais une arthalgie du genou droit et une talalgie bilatérale apparues dès le premier mois, l'avait rendu un grand infirme. Les thérapeutiques habituellement employées n'ont donné aucun résultat (soufre colloïdal, les différents vaccins, la gonacrine, la protercéine, la diathermie, les bains de boue de Balaruc).

Envoyé, après trois ans de traitement, au service des incurables, ne pouvant se traîner qu'avec des béquilles, il a été traité chirurgicalement : 1° par un curettage de la face inférieure de chaque calcanéum et l'ablation de l'épine calcanéenne; 2° par l'application de pointes de feu profondes à travers la semelle du pied, jusqu'au calcanéum, et en avant,

vers les articulations métatarso phalangiennes. Il marche actuellement sans aucune douleur et peut frapper le sol avec les talons sans aucune difficulté.

Un cas de paralysie amyotrophique du grand dentelé d'origine névraxitique. — MM. E. Euzière, H. Viallefont et Mme Lonjon-Turot. Les auteurs ont observé chez un homme de vingt-neuf ans, huit ans après une névraxite épidémique typique des myoclonies et une amyotrophie strictement localisées du côté droit, intéressant au maximum le grand dentelé et accessoirement le deltoïde, le biceps, les muscles de l'éminence thénar et les muscles fessiers.

Un cas d'invagination aiguë cæco-colique chez un adulte. — MM. E. Mourgue-Molines et G. Fayot. Les auteurs ont observé un cas d'invagination intestinale d'évolution aiguë chez un homme de seize ans. Il appartenait à une variété rare : la forme cæco-colique; le fond du duodénum seul s'était invaginé, l'appendice et la valvule iléo-cæcale étaient restés en position normale. La réduction fut facile. La récidive fut empêchée par une cæcopexie combinée à une cæcoplicature.

(Séance du 25 janvier 1929)

Fièvre ondulante de longue durée avec déterminations ostéo-articulaires persistantes (spondylite et sacro coxite) traitée par la gonacrine. — MM. M. Janbon et J. Duponnois. Les auteurs rapportent la longue observation d'une mélitococcie d'une durée de plus de onze mois, ayant déterminé des lésions ostéo-articulaires tenaces au niveau de la colonne dorso-lombaire (ankylose des articulations condyliennes, affaissement des espaces intervétébraux, érosions de corps vertébraux) et de l'articulation sacro-iliaque gauche, le tout avec phénomènes douloureux intenses entraînant une impotence complète du train postérieur. Après échec de la vaccinothérapie associée à l'actinothérapie infra-rouge, la guérison a été obtenue rapidement par une série d'injections intraveineuses de trypaflavine (gonacrine) : retour de la température à la normale, cessation des phénomènes douloureux, récupération fonctionnelle, guérison, radiologie des lésions osseuses et articulaires. Les auteurs signalent comme particularités l'existence d'une hyperalbuminose rachidienne de 1g10; ils font observer de plus qu'après plusieurs échecs, ils ont obtenu une hémoculture positive au vingt-quatrième jour de la maladie.

Deux cas de fièvre ondulante traités par la gonacrine. — MM. Lisbonne et Aubert. Des deux observations des auteurs l'une est un succès net de la médication gonacrinique qui, après échec de la vaccinothérapie a amené rapidement la guérison définitive, dans le deuxième cas, le traitement prématurément interrompu a entraîné une longue phase de régression suivie d'une reprise du cours morbide.

Mélitococcie suraiguë, mortelle à forme pseudo-granulique. — MM. Ducamp, M. Janbon et L. Gondard. Les auteurs ont vu évoluer en six jours vers la mort une mélitococcie dont le tableau clinique simulait en tous points, celui de la granulie, seule la notion d'origine du malade (qui arrivait d'un foyer avéré d'endémie maltaise) permit par hémoculture, de rétablir, *post-mortem*, le diagnostic.

Projectile intraveineux latent décelé à l'occasion d'une fièvre ondulante. — MM. Auge et Lisbonne. Les auteurs rapportent une observation clinique curieuse qui montre

LA MÉNOPAUSE ET SES TROUBLES

V. — États neurasthéniformes et psychoses.

On a constaté de tout temps qu'à l'époque de la ménopause le caractère de la femme change : elle devient triste, inquiète. Elle se rend compte que la jeunesse s'éloigne chaque jour et qu'elle perd peu à peu les attributs de son sexe. « Autrefois, quand j'étais femme », disait mélancoliquement Mme du Deffand en parlant du passé. Avec les modifications du caractère qui devient irritable et difficile, on note des symptômes justement qualifiés de *neurasthéniformes*. La céphalée caractérisée par la douleur en casque ou la douleur de la nuque n'est pas rare; on note aussi une atonie générale du système neuromusculaire amenant une sensation de fatigue constante et de l'apathie.

Cette asthénie, affectant les organes digestifs, produit de la dyspepsie, de l'aérophagie et de la constipation.

L'observation suivante met bien en lumière la disposition asthénique à laquelle la *lachésine* a été appliquée avec succès.

Mme M..., âgée de 57 ans, se plaint depuis la cessation de la fonction menstruelle, survenue six ans auparavant, de troubles congestifs (bouffées de chaleur, rougeurs subites suivies de sueurs, étourdissements). Elle se plaint aussi de troubles dyspeptiques variés caractérisés surtout par la lenteur des digestions, du gonflement de l'estomac après les repas et de la constipation.

Enfin, un symptôme pénible la tourmente particulièrement : c'est la sensation constante d'accablement qui la rend incapable de tout travail.

Deux comprimés quotidiens de *lachésine* ont rétabli l'état normal en une quinzaine.

Dans certains cas, on note un vertige plus ou moins intense. L'observation suivante, qui se rapporte à la ménopause chirurgicale, était particulièrement rebelle et pénible.

Mme S..., 46 ans, a subi l'ablation des ovaires il y a deux ans. Depuis plus de dix-huit mois, elle se plaint, en outre, de bouffées de chaleur, symptôme ordinaire, de vertiges très intenses qui apparaissent le matin dès qu'elle se lève et l'obligent à se coucher pendant une demi-heure ou une heure. Ces vertiges apparaissent de préférence à l'époque menstruelle habituelle, mais peuvent se produire aussi à d'autres dates du mois; ils se manifestent également au cours de la journée ; cette malade, qui est dactylographe, voit de temps en temps les murs de la salle où elle se trouve se déplacer circulairement ainsi que sa machine.

Ces malaises, extrêmement pénibles, traités plusieurs fois sans résultat par les thérapeutiques usuelles, ont totalement disparu après quinze jours de traitement par la *lachésine*.

Dans bien des cas, les symptômes nerveux prennent une acuité particulière et l'on constate des troubles de la mémoire concernant spécialement les faits les plus récents, des phobies, de l'insomnie, et un véritable déséquilibre mental qui peut aller jusqu'à la psychose.

Néanmoins les troubles mentaux caractérisés n'atteignent en général que les femmes tout à fait prédisposées.

L'observation suivante montrera un cas-type de déséquilibre mental dont le traitement a pu triompher.

Mme M..., âgée de 54 ans, a vu cesser sa fonction menstruelle il y a environ cinq ans. Mais, depuis plus de quatre ans, elle éprouve des symptômes pénibles. Outre les bouffées de chaleur habituelles, elle se plaint de malaises nerveux qui constituent une véritable psychose. La mémoire est affaiblie; elle éprouve de l'agitation et de l'insomnie ; de plus, elle est sujette à des craintes vagues, à une véritable obsession des attentats et des crimes relatés dans les journaux. Elle n'ose sortir seule ; elle a la sensation d'être perdue lorsqu'elle sort des parages immédiats de son domicile. Elle est prise de peur lorsqu'elle entre dans un wagon de chemin de fer ou du métropolitain; elle redoute sous des prétextes réels ou imaginaires les échauffourées et les émeutes. Nous faisons prendre à Mme M... deux comprimés de *lachésine* chaque jour, et, au bout de trois semaines, elle revient nous voir rassurée et n'éprouvant plus aucune des craintes et des phobies précédemment indiquées.

Dr MENDEL,
Ancien int. des hôp. de Paris.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:

Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule). *Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE crist.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques ; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R.C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE

0gr25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.

1 à 2 contre Myxœdème ; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.925

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

Irradiol

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE À ÉVOLUTION LENTE ET LÉSION LIMITÉE

ASSOCIATION D'IODE ORGANIQUE DE MENTHOL, DE CAMPHRE ET D'ÉLÉMENTS RADIO-ACTIFS.

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG
PARIS

DOSE
UNE AMPOULE DE 1cc. OU 4 À 6 CAPSULES PAR JOUR PENDANT UN MOIS. FAIRE PLUSIEURS SÉRIES APRÈS DES PÉRIODES DE REPOS.

l'histoire d'un homme blessé en 1915, qui n'eut la révélation d'un projectile latent qu'au cours d'une mélitococcie grave. M. Z... blessé à Massiges en 1915, avait été traité pour des lésions du doigt de la main gauche et des plaies superficielles de la cuisse gauche. Libéré, il est successivement facteur puis préparateur de microbiologie; là il contracte une mélitococcie grave en avril 1925. Traité par vaccination, il est guéri en mai et reprend sa vie normale quoique se plaignant de la cuisse gauche. On pense d'abord à de la myosite mais on voit s'installer une phlébite avec fièvre modérée qui, traitée par deux séries de vaccination, guérit peu à peu. En août, une petite collection est incisée à la partie moyenne de la région fémorale : une cuillerée à café de pus stérile. Dès ce moment, poussées subintrantes de phlébites coupées de courts intervalles de repos. Enfin, on fait une radiographie qui montra un corps étranger. Ce corps étranger, localisé au compas, est enlevé le 9 février 1926; il se trouvait dans la veine fémorale, à la partie moyenne, entouré d'un peu de pus stérile en culture aérobie et anaérobie. Cessation des troubles et guérison.

Un curieux cas d'épithélioma végétant de la paupière. — MM. H. Villard et Ch. Dejean. Epithélioma baso-cellulaire du bord de la paupière supérieure gauche chez un homme de cinquante-huit ans. Développé en un an, sous la forme d'un boudin cylindrique pendant sur la joue. Sa base d'implantation très étroite et nettement délimitée vers la peau comme vers la muqueuse a permis une ablation totale économique. En effet, un simple glissement cutanéo-muqueux a permis de réparer entièrement la brèche opératoire avec rétablissement anatomique et fonctionnel très satisfaisants.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'EXPECTORATION DES TUBERCULEUX (1)

Par le docteur Vigouroux.

Toute médication dirigée contre l'expectoration doit tendre à la supprimer, sans être nuisible au malade. C'est un procédé souvent difficile à réaliser, car la plupart des produits employés assèchent la muqueuse pulmonaire en la congestionnant.

Le thiocol est toujours admirablement supporté si on a soin d'employer un produit rigoureusement purifié et minutieusement contrôlé. On peut le prescrire sous forme de cachets, de comprimés, de sirop. La formule Roche utilise un sirop d'écorces d'oranges tout à fait spécial, dont les vertus orexiques et eupeptiques complètent les propriétés toniques et dynamogéniques du thiocol lui-même.

Chez les enfants, par exemple, on peut donner deux ou trois cuillerées à café par jour de ce sirop, il est toujours très bien toléré, il calme leur toux et il améliore leur état général. Chez les adultes la dose moyenne est de deux à trois cuillerées à soupe par jour; chez les bronchitiques, il fait merveille; chez les catarrheux, il réalise une des meilleures médications; chez les entéritiques surtout constipés, il provoque la désinfection gastro-intestinale; chez les prétuberculeux, il met l'appareil broncho-pulmonaire en état de défense; chez les tuberculeux enfin, il donne des résultats constants, et chez tous ces malades il est un excellent adjuvant de la cure d'air et du repos. Plus et mieux que la terpine, que le soufre

(1) *Languedoc méd.*, 1928, n° 6, p. 189.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM · BOLDO · EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

De Trouette-Perret

l'Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la Nisaméline (Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos - Névralgies

la Papaïne
Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C. 54.000, Seine.

DOCTEUR !!
vos **GRIPPES** seront bénignes et leur convalescence sera écourtée,
si vous prescrivez à vos malades 2 comprimés par jour de

DELBIASE

AUX SELS HALOGÉNÉS DE MAGNÉSIUM

Stimulant incomparable de la cellule nerveuse, de la phagocytose et des glandes endocrin es

PRODUIT DONT SE SERT LE PROFESSEUR P. DELBET
pour faire ses expériences.

Bien spécifier " **Comprimés de DELBIASE** " les imitations *étant de composition différente et généralement beaucoup moins riches*

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, rue Vivienne, PARIS.

Littérature et échantillon sur demande

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours. R. C., 221.889, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
à
0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Pneumogéïne

Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

seul, que la créosote, il assèche les poumons et il est infiniment moins congestionnant que ces divers produits. Sans doute, il ne suffit pas toujours, à lui seul, à calmer une toux rebelle, quinteuse, coqueluchoïde et surtout émétisante; dans ces cas, il faut recourir au pantopon qui donne vraiment d'excellents effets; dans d'autres cas, il vaut mieux s'adresser à l'allonal qui est un analgésique et un sédatif de premier ordre et qui, combiné au thiocol, est susceptible d'avoir une action calmante vraiment remarquable; mais il faut bien savoir que, dans l'immense majorité des cas, chez tous les malades qui toussent et qui crachent, le thiocol est le meilleur médicament que l'on puisse formuler.

INFORMATIONS

(SUITE)

ASSOCIATION CONFRATERNELLE DES MÉDECINS FRANÇAIS. — Mercredi 27 février, à 9 h. du soir a eu lieu, à la Mairie du IXe arrondissement, l'Assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des médecins français.

Cette Société mutuelle qui groupe actuellement 1.380 médecins ou femmes de médecins, accorde un secours immédiat de 10.000 fr. au décès de ses membres. Plus de 550 d'entre eux étaient présents ou représentés à cette Assemblée.

Le docteur P. Barlerin, trésorier, a exposé l'excellente situation morale et financière de l'Association qui, en 1928 a distribué 150.000 fr. de secours et possède aujourd'hui un fond de réserve de plus de 200.000 fr.

Le Bureau a été réélu; il reste ainsi constitué pour 1929 : MM. les docteurs Thiroloix, professeur, médecin des hôpitaux, président; Le Filliatre, vice-président; Grahaud, secrétaire général; O'Followel, secrétaire adjoint; P. Barlerin, trésorier; Tissot, Agasse-Lafont, Berillon, Tulasne, Peytoureau, membres du Conseil de surveillance.

Pour renseignements, écrire : MM. les docteurs Grahaud, 7, rue Labie (XVIIe) et Barlerin, 10, rue de Strasbourg (Xe), Paris.

FONDATION MATHILDE-HENRI DE ROTHSCHILD. — La semaine dernière a eu lieu, sous la présidence de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et en présence d'une nombreuse assistance dans laquelle on remarquait MM. André Tardieu, ministre de l'Intérieur, et Paul Strauss, ancien ministre de l'Hygiène, l'inauguration de la Fondation Mathilde-Henri de Rothschild, installée, 199, rue Marcadet, par M. Henri de Rothschild.

« TUNISIE MÉDICALE ». — La *Revue tunisienne des sciences médicales* change de titre. Elle s'appellera désormais TUNISIE MÉDICALE. Continuant la *Tunisie médicale* de Porot (1910-1914), le *Tunis médical* de Caillon et Jaubert de Beaujeu (1919-1922), la nouvelle *Tunisie médicale* reste l'organe officiel de la Société des sciences médicales et sera largement ouverte à tous les médecins de Tunisie.

Nous adressons toutes nos meilleures félicitations à nos excellents confrères du Comité de rédaction MM. Cassuto, Ronchot, Maurice Uzan et Soria.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium départemental F. Mercier, par Tronget (Allier).

IRRASTÉRINE BYLA

ERGOSTÉRINE PURE IRRADIÉE AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS

DRAGÉES — SOLUTION HUILEUSE

Vitamine D antirachitique catalyseur du calcium et du phosphore

REMPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS TOUTES SES INDICATIONS

1 goutte = 1 cuillérée à soupe d'huile de foie de morue

TRAITEMENT DU RACHITISME — TROUBLES DE L'OSSIFICATION

ÉTATS PRÉTUBERCULEUX — CONVALESCENCES

Littérature et Échantillons aux

Établissements BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS (14e) R. C. Seine 71.895

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 bis, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISES de CHARBON TISSOT

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE

HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.

Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

Le traitement fixe de début est de 18.000 fr. et peut atteindre 26.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficient, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus seront adressées au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'uu 30 avril 1929.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service au quartier d'aliénés des hospices de Montpellier (Hérault) (asile de Font-d'Aurelle) sera incessamment vacant par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Chevalier Lavaure.

— Le poste de médecin directeur de l'asile publics d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne) sera vacant à dater du 1er juin 1928 par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Pain.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Enrico Morselli, l'éminent psychiâtre italien; Barduzzi, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à Sienne; Majocchi, directeur de la *Revue clinique dermosiphilopatique* de Bologne; Alexandre Preux, médecin colonel des troupes coloniales en retraite, décédé à Paris.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE SÉROLOGIE. — M. Rubinstein fera dans son laboratoire, 54 *bis*, rue Saussure (XVIIe), une nouvelle série de cours de perfectionnement de sérologie appliquée à la clinique, par petits groupes d'élèves.

Cette série commencera le 22 avril prochain.

L'enseignement comporte l'étude de toutes les réactions appliquées au sérodiagnostic des maladies infectieuses, en particulier à la syphilis, à la tuberculose et à la gonococcie.

Le but de ces cours est de former des sérologistes en vue de la pratique médicale et des recherches scientifiques.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 9 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Duval, président; Jeannin, Rathery, Coquot, Robin, Moussu et Panisset. — M. SAILLY. L'anesthésie chez les animaux domestiques. — M. PAQUIER. Dystocies dues aux mauvaises positions des membres dans la présentation postérieure chez les bovins. — M. RIPART. De l'action du novarsenobenzol chez le cheval.

Mercredi 10 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Loeper, président; Panisset, Robin, Coquot et Maignon. — M. PALET. Quelques essais thérapeutiques avec la solution de Dakin. — M. HUNOU. Les tuberculoses animales aux colonies françaises.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressés
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boult Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R C., 133, Aubenas.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Fds commerce DE MAISON DE SANTÉ « Villa Médicis » à Courbevoie, 40bis, r. de Bezons, et droit à prom. vte des terrains et constons contigus. Ad. Et. THION DE LA CHAUME, not. à Paris, le 8 avril, à 14 h. Mise à pr. NE pt èt. bais., 25.000f. Consig., 10 000f. Pas de marchand. S'ad. DOIN, synd., 3, r. de Savoie, et n ot

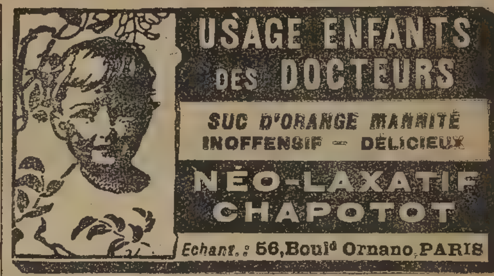


Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS
Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.









CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Le Maroc par Marseille. — Pour aller de France au Maroc, embarquez à Marseille. C'est la traversée la plus rapide. C'est aussi la plus économique.

Les confortables navires de la Compagnie Paquet partent de Marseille les 5, 15 et 25 de chaque mois à destination de Tanger et de Casablanca.

Dans le sens Maroc-France, les départs pour Marseille ont lieu :

De Casablanca, les 5, 15 et 25 de chaque mois;

De Tanger, les 6, 16 et 26.

Depuis le 2 mars, le service hebdomadaire a repris dans les deux sens :

Départs de Marseille pour Tanger et Casablanca, tous les samedis, à 11 h.

Départs du Maroc pour Marseille :

De Casablanca, les samedis.

De Tanger, les dimanches.

Le prix du passage comporte la nourriture à bord, vin compris. Les voyageurs n'ont pas à quitter le paquebot pour emprunter d'autres moyens de transport nécessitant des frais d'hôtel.

Des billets simples valables 15 jours et des billets d'aller et retour valables 30 ou 90 jours donnant droit à l'enregistrement direct des bagages, sont délivrés pour Tanger et Casablanca dans les principales gares P.-L.-M. et dans les agences de la Compagnie Paquet.



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

l'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

. C., 133.144, Seine.

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6°

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

FACULTÉ DE PHARMACIE

SOMMAIRE

INFORMATIONS

DEUIL NATIONAL. — En raison des obsèques nationales de M. le maréchal Foch, la séance de l'Académie de médecine du 26 mai est remise en signe de deuil au mercredi 27 mai, à 15 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (nomination). — Le jury est provisoirement composé de MM. Weill-Hallé, Abrami, Louis Ramon, Faroy, Weil (P.-E.), Richet, qui acceptent; Crouzon, Lian, Vallery-Radot, Comte, Marion, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ombrédanne, Mathieu, Proust, Wiart, qui acceptent; Moure, Herscher, Deniker, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

CENTRE HENRI ROUSSELLE. — Un concours sur titres est ouvert le lundi 29 avril 1929 en vue de la nomination de quatre médecins assistants au Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris.

Les inscriptions seront reçues du lundi 1er avril au samedi 20 avril 1929 inclusivement, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., à la Préfecture de la Seine, direction des affaires départementales, service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, dimanches et jours fériés exceptés.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Le *Journal officiel* du 16 mars publie un décret réglementant les droits afférents aux examens de fin d'études en vue de diplôme de pharmacie.

« Article premier. — Les droits à percevoir en vue du grade de pharmacien sont fixés ainsi qu'il suit :

Examen de validation de stage à 25 fr.
Seize droits trimestriels d'inscription à 60 fr., soit 960 fr.
Seize droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr., soit 160 fr.
Seize droits trimestriels de travaux pratiques de 50 à 60 fr. suivant décision du Conseil de la Faculté.
Trois examens de fin d'année à 50 fr.
Premier examen de fin d'études à 150 fr.
Deuxième examen de fin d'études à 150 fr.
Troisième examen de fin d'études :
Examen afférent à la première partie, 150 fr.
Examen afférent à la deuxième partie, 150 fr.

Art. 2. — Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont versés dans la caisse municipale; les droits d'examens acquittés par les mêmes élèves sont versés moitié au Trésor public, moitié à la ville intéressée.

Art. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury ne répond pas à l'appel de son nom au jour indiqué pour l'examen perd le montant du droit qu'il a versé.

Art. 4. — Le présent décret sera applicable à dater du 1er janvier 1929. »

SOIXANTE-QUINZIÈME ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE BEHRING. — On vient de commémorer en Allemagne le 75e anniversaire de la naissance de Behring.

Behring naquit le 15 mars 1854 à Hansdorf, en Prusse orientale. D'abord médecin militaire il s'adonna bientôt uniquement aux recherches scientifiques.

C'est en 1890 qu'il publia son célèbre travail sur la sérothérapie antidiphtérique, découverte que les travaux d'Emile Roux ont permis d'appliquer d'une façon efficace.

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boul^d de Port-Royal, PARIS

C'est la même année que Behring prépara avec Kitasato le sérum antitétanique. On lui doit aussi de nombreux travaux sur la tuberculose. En 1904, Behring fonda l'Institut de recherches de Marburg.

On n'a pas oublié que la France, dès 1890, fut la première de tous les pays à honorer le grand savant.

Prix Nobel de médecine en 1901, comblé d'honneurs dans son pays, élevé à la noblesse héréditaire, Emil von Behring mourut le 31 mars 1917.

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR VAUTRIN (DE NANCY). — Un groupe d'amis, de collègues, d'élèves du professeur Vautrin, désireux de commémorer son souvenir dans le Service de clinique chirurgicale qu'il a illustré et transformé, ont décidé d'y faire apposé un médaillon à son effigie.

L'inauguration aura lieu le 4 juin 1929.

On peut adresser les souscriptions au compte chèque postal Nancy, n° 250.09 ou à l'un des membres du Comité.

Une souscription d'au moins 50 fr. donnera droit à une réplique de la médaille en bronze.

Pour les étudiants, la souscription donnant droit à la médaille sera réduite à 25 fr.

Le Comité d'organisation se compose de MM. le professeur Spillmann, Doyen de la Faculté de médecine de Nancy, président; le docteur Adam; le professeur agrégé Binet; le docteur Charles; le professeur Etienne; M. Houot, notaire; M. Krug, vice-président des hospices; le professeur Michel; le professeur Richon; le professeur Perrin; le professeur Hamant, secrétaire-trésorier.

FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS DU FRONT. — Cet organisme récemment fondé, que nécessitent les circonstances présentes et qui est une preuve nouvelle de la solidité des liens de camaraderie créés par la guerre entre les médecins français déjà unis par la confraternité professionnelle, groupe les associations qui se recrutent exclusivement parmi les seuls médecins titulaires de la carte de combattant.

1° Association des médecins de l'avant. Siège social, 62, rue Erlanger, Paris (XVIe).

2° Association amicale des anciens médecins des Corps combattants. Siège social, 12, rue d'Anjou, Paris (XVIIIe).

3° Union des médecins mutilés de guerre. Siège social, 19, rue Blanche, Paris (IXe).

Ses buts : coordonner les activités des associations adhérentes en vue de faire aboutir les revendications légitimes des médecins du front.

Son siège social : 10, avenue d'Iéna, Paris (XVIe), au Foyer médical.

Son bureau : président, professeur Balthazard, A. A. M. C. C., professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; vice-présidents, docteurs Caujole, député de la Seine, A. M. A.; Ménétrel, A. A. M. C. C.; Schneider, U. M. M. G.; secrétaire général, docteur de Médevielle, A. M. A.; trésorier, docteur O'Followell, A. M. A.; conseillers, docteurs Forestier, A. A. M. C. C.; Lendolt, U. M. M. G.; Leroux, U. M. M. G.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 7e décade (1er-10 mars 1929), 1.960 décès totaux, dont 1.623 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.687 pendant la décade précédente et de 1.391, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 337 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

La diphtérie a causé 12 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 83, au lieu de 77 pendant la décade précédente (moyenne 96).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 352 décès, au lieu de 481 pendant la décade précédente, et au lieu de 251, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 63 décès ont été attribués à la grippe.

DÉVOUEMENT PROFESSIONNEL. — On nous signale l'acte de dévouement accompli par M. Aubert, médecin auxiliaire à Casablanca, qui s'est offert volontairement pour donner son sang à un aviateur grièvement blessé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les docteurs Cotelle (d'Angers), Emile Godart (de Chalons-sur-Marne); — de M. Pierre Lacroix, externe des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 22 ans victime du devoir professionnel. Nous adressons à son père, le docteur Lacroix (de Levallois), l'expression de notre très douloureuse sympathie.

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le 15 avril 1929, une série de leçons sur « la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h., en outre, les 15 et 16 avril à 16 h.

Programme du cours. — 1° Principes électriques.

2° Appareils de diathermie.

3° Physiopathologie technique.

4° Application de l'étincelle de tension en oto-rhino-laryngologie.

5° Tumeurs.

6° Amygdalites chroniques.

7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens.

8° Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 fr. S'adresser au docteur Fouquet, Service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec.

Le lundi 22 avril 1929, le docteur Henri Bourgeois, chef de service, commencera un cours en 12 leçons sur les « sinusites » avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet et Louis Leroux, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

Prix du cours : 300 fr. S'adresser au docteur Huet.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CONTENTIEUX. Dlle excell. référ. se charge recouvr. honor. méd. près assur. ou partic. Ecr. Mlle Pidault, 47, r. d'Assas.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies **MANGAÏNE** TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*

Extrait hépatique de Morue irradié. **MORUBIASE** *Rachitisme, Lymphatisme.*
PILULES ET GRANULÉ

Toux Dyspnée **IODÉINE** MONTAGU

SÉDOBROL
"Roche"
Tablettes d'extrait de bouillon
concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol "Roche"
= 1gr NABR
Traitement bromuré intensif dissimulé
Régime déchloruré rendu agréable
Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.
Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants ½ à 2 tablettes selon l'âge
Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

SYPHILIS
Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
PIAN _ Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne
"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"
et
"QUINBY SOLUBLE"
Indolore _ Incolore _ Propre
Injection facile
Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26
R.C Seine 333.204

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.

DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

UN PROCÉDÉ
DE
CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Par André FOLLIASSON,
Interne des hôpitaux de Paris,
Préparateur à la Faculté.

La publication récente d'un article (1) sur la cure de la hernie inguinale nous incite à faire connaître — sans aucunement d'ailleurs en revendiquer la paternité — un procédé de cure radicale, le seul capable, croyons-nous, de donner et une paroi solide, et le minimum de récidives.

Le procédé de réfection du canal inguinal le plus correct, le plus anatomique, est sans conteste celui de Bassini : c'est-à-dire : 1° abaissement rétrofuniculaire du tendon conjoint à la bandelette iliopubienne, bord postérieur épaissi de l'arcade crurale; 2° réfection de la paroi antérieure — grand oblique — au-devant du cordon (schéma I).

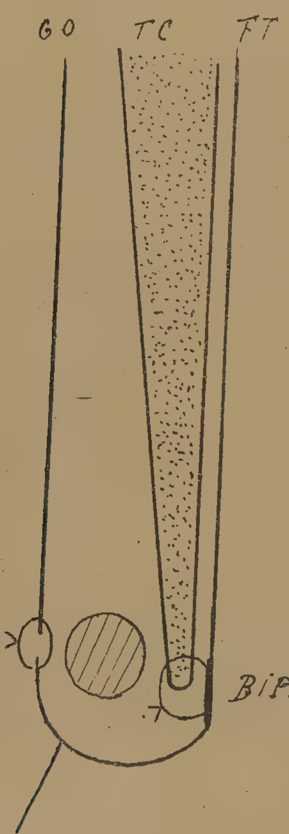


Schéma I.

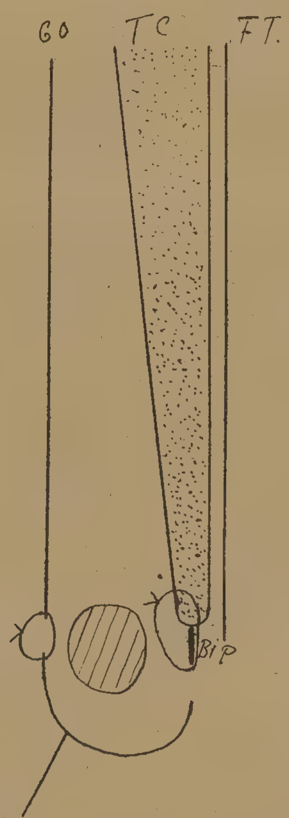


Schéma II.

FT. Fascia transversalis. — *TC.* Tendon conjoint. — *GO.* Aponévrose du grand oblique. — *BIP.* Bandelette ilio-pubienne.

Or, très fréquemment, lorsqu'on noue les fils devant affronter le tendon conjoint à la bandelette ilio-pubienne, ce n'est pas le tendon qui s'abaisse à l'arcade, mais cette dernière qui monte vers le tendon sous la forme d'une bandelette fibreuse effilochée, les orifices de passage des fils s'étant étendus et rejoints dans le sens transversal (schéma II). L'arcade, n'est donc pas, contrairement à ce que dit Bonnet « la base solide de la région ».

D'autre part, si l'arcade n'a pas cédé, elle est entraînée vers le haut, par la traction du tendon conjoint (shéma III). Et de ce déplacement il résulte



Schéma III.



Schéma IV.

P. Péritoine. — *G.* Ligament de Gimbernat. — *C.* Ligament de Cooper.

un inconvénient dont on ne s'aperçoit qu'au moment de la suture des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique : à savoir la difficulté de retrouver la lèvre inférieure de section de l'aponévrose.

Ces deux ennuis ne nous semblent pas avoir été signalés dans les traités de technique opératoire. On peut d'ailleurs y remédier facilement. *Il faut traiter la hernie inguinale comme une hernie crurale, c'est-à-dire fixer le tendon conjoint, élément de résistance de la paroi postéro-supérieure, à un point inférieur ne cédant pas à sa traction continue et non pas à la bandelette fibreuse d'épaisseur négligeable qu'est le bord postérieur de l'arcade. Ce point inférieur résistant : c'est le ligament de Cooper.*

Technique. — Incision cutanée.

Découverte et incision de l'aponévrose du grand oblique.

Isolement du cordon.

Ouverture du sac.

Résection, Barker, suivant la technique banale.

(1) L. Bonnet. Sur un procédé de cure de la hernie inguinale. *Presse méd.*, 6 fév. 1929.

Ceci fait :

1° Recliner le cordon vers le bas;

2° De la pointe des ciseaux courbes mousses suivre la face supérieure du ligament de Gimbernat ce qui conduit au ligament de Cooper. Isoler doucement ce dernier en veillant bien à ne pas déchirer les veinules qui se trouvent à son contact. (Il ne nous a jamais été donné de rencontrer l'anastomose épigastrique-obturatrice au cours de nos interventions);

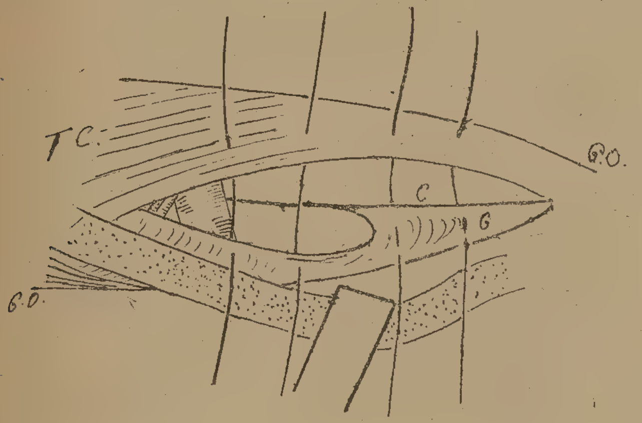


Schéma V.

3° Engager les ciseaux courbes derrière le Cooper, les faire maintenir par l'aide, ceci dans le but de protéger le péritoine;

4° A l'aide de l'aiguille de Reverdin courbe passer successivement deux ou trois fils (soie, lin ou crin) dans le Gimbernat puis dans le Cooper (schéma IV). Les chefs en sont repérés;

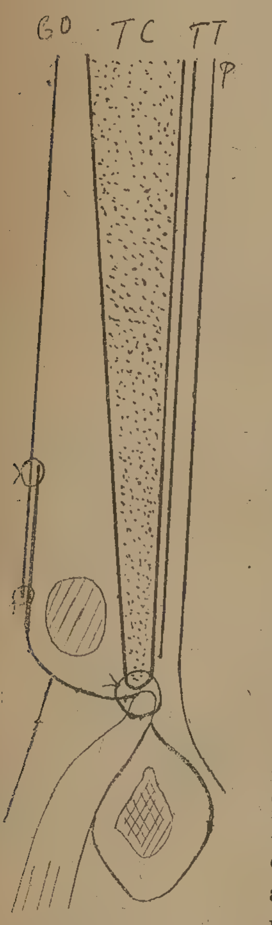


Schéma VI.

5° Retirer les ciseaux protecteurs du péritoine;

6° Passer de haut en bas les chefs supérieurs des fils dans la portion fibreuse du tendon conjoint;

7° Nouer. On voit le tendon s'abaisser profondément et arriver au contact du Cooper. On peut maintenant (schéma V) passer plus en dehors deux ou trois fils unissant la bandelette ilio-pubienne au conjoint, sans risquer de voir l'arcade se déchirer sous la traction de ce tendon solidement amarré au Cooper;

8° Laisser le cordon reprendre sa place et suturer les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique : le fait d'avoir abaissé le tendon conjoint au Cooper donne beaucoup « d'étoffe » aponévrotique, aussi avons-nous l'habitude d'adosser les deux lèvres en paletot par des points séparés en U au catgut 1 (schéma VI);

9° Quelques points séparés au catgut 00 sur le tissu cellulo-graisseux;

10° Agrafes ou crins sur les téguments.

Telle est la technique que nous employons couramment.

UNE OBSERVATION DE RÉACTION MÉNINGÉE

CONSÉCUTIVE A UNE REVACCINATION ANTIVARIOLIQUE CHEZ UN SUJET AGÉ DE VINGT ANS [1]

Le sujet de cette observation, le nommé P..., n'a présenté dans ses antécédents héréditaires rien d'intéressant à noter ici. Il a été atteint de rougeole dans son jeune âge, puis à neuf ans d'une pleurésie droite qui aurait évolué en quinze jours.

Sa revaccination eut lieu six jours après une vaccination contre la fièvre typhoïde (injection de 1 centimètre cube de vaccin anti-T. A. B. chauffé) qui n'avait déterminé ni réaction fébrile, ni réaction locale. La revaccination fut pratiquée sur le bras gauche au niveau de l'insertion deltoïdienne; une gouttelette de vaccin fut déposée en trois points convenablement espacés et deux scarifications parallèles de longueur moyenne furent faites à chacun de ces points.

Trois jours plus tard, P... accuse des phénomènes généraux caractérisés par de la fièvre avec courbature et de la constipation, symptômes qui incitent son médecin, le docteur G..., à le faire hospitaliser avec le diagnostic suivant : réaction vaccinale avec raideur de la nuque et ébauche de Kernig.

A son entrée à l'hôpital, le malade paraît abattu, mais il ne présente aucune somnolence, il est couché en chien de fusil du côté opposé à la lumière. Il a de l'hyperesthésie cutanée et se plaint de violents maux de tête. La nuque est raide, le Kernig assez marqué. On ne note pas de vomissements mais il y a un état nauséeux presque permanent. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs et exagérés. Il n'y a ni trépidation épileptoïde du pied, ni clonus de la rotule. Pas de signe de Babinski, on ne note ni paralysie, ni parésie, ni incoordination. Il n'existe aucune paralysie oculaire, ni mydriase, ni myosis, ni Argyll. Le pouls est à 60. La température rectale est à 38 degrés, on ne voit aucune vésicule d'herpès; il n'y a donc aucun symptôme de la série pyramidale, ni de la série tabétique, ni de la série névraxique; ni sucre, ni albumine dans l'urine qui est claire, ni phosphaturie. Diurèse presque normale.

Localement, au bras gauche, on note les signes d'une évolution vaccinale qui paraît devoir être intense. Ce ne sont pas des lésions de revaccination, correspondant aux réactions précoces ou accélérées du type allergique. On constate de véritables papules qui semblent annoncer leur transformation prochaine en vésicules. Toutefois on ne note pas de rougeur inflammatoire, ni d'œdème pouvant expliquer l'élévation thermique constatée et faisant penser à une infection surajoutée (streptocoques ou staphylocoques inoculés avec le virus vaccinal). Il n'y a

(1) Cette observation, recueillie par les docteurs V... et H..., nous a été communiquée par M. Lucien Camus, directeur de l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie de médecine.

pas non plus de réaction locale au point où fut pratiquée, antérieurement à la revaccination antivariolique, la vaccination anti-T. A. B., fosse sous-épineuse gauche dans le cas actuel.

L'examen des autres appareils est resté négatif. Il n'y a aucune réaction du système ganglionnaire en général qui puisse permettre de penser à une infection à point de départ cutané ou muqueux. D'ailleurs le sujet n'aurait pas été vacciné contre les infections typhoïdes s'il avait présenté la moindre contre-indication née d'une infection aiguë ou chronique.

Devant l'ensemble de ces symptômes, le diagnostic de réaction méningée s'imposait au point de vue clinique.

Une ponction lombaire pratiquée le jour de son entrée à l'hôpital donne issue à un liquide céphalo-rachidien parfaitement clair mais s'écoulant sous pression. L'analyse de ce liquide a montré la présence de 0gr50 d'albumine par litre et l'existence de sucre, la numération des éléments figurés a donné 2,2 lymphocytes par millimètre cube après centrifugation, l'examen du culot a mis en évidence quelques rares lymphocytes. Pas de microbes à l'examen direct. Les milieux ensemencés sont restés stériles. Pas de bacilles de Koch. Réaction de Wassermann négative.

En raison de ces manifestations, il est permis de penser qu'il s'agit d'une réaction méningée au cours d'une revaccination antivariolique.

Des injections intraveineuses quotidiennes de 5 centimètres cubes de septisémine furent faites et continuées par des injections d'urotropine par voies intraveineuses. Le malade fut mis à la diète lactée et aux boissons glacées. Un lavement évacuateur et une irrigation rectale froide furent donnés chaque jour.

Entre temps, bien que le malade se déclare soulagé par la ponction lombaire, les symptômes méningés, raideur de la nuque et signe de Kernig restent prononcés. La température s'élève à 39 degrés. La réaction vaccinale devient plus intense et deux jours après l'entrée à l'hôpital on constate la formation de grosses vésico-pustules très exubérantes, légèrement douloureuses, avec une ombilication centrale des plus nettes.

Un nouvel examen des divers appareils reste négatif.

Cependant, dès le troisième jour, la céphalée diminue, la fièvre tombe et l'on voit disparaître les symptômes méningés dès le quatrième jour; quant aux accidents cutanés, ils s'effacent dans le même temps; les pustules qui étaient apparues le troisième jour se dessèchent rapidement l'aréole s'atténue, la croûte se forme.

Le malade sort de l'hôpital, guéri le huitième jour. Le diagnostic de sortie fut : réaction méningée au cours d'une revaccination antivariolique.

L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. — I. Les endocrines dans la physio-pathologie clinique, par A.-C. Guillaume. Un volume in-16 de 300 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE L'ENCÉPHALOPATHIE POST-VACCINALE (1)

Les statistiques qui se rapportent à la vaccination jennérienne sont sans doute parmi les plus copieuses des statistiques médicales, et jusqu'à ces dernières années les recherches ayant trait à la variole et à la vaccine pouvaient paraître du domaine de la science pure; les conséquences pour la pratique courante semblaient moins immédiates.

En France, tout au moins, la vaccination est entrée dans les mœurs; qu'une loi l'ait rendue obligatoire était chose accessoire et c'est bien moins pour obéir à ses prescriptions que dans la recherche d'un bienfait patent que dans toutes les classes sociales on s'est soumis à la vaccination.

L'avantage est certain : jusqu'à ces dernières années, la variole était une rareté. Depuis la guerre même, les quelques épidémies signalées ont été des plus limitées et n'ont fait que provoquer de plus fréquentes revaccinations.

Quant aux inconvénients, jusqu'à ces dernières années aussi, on les considérait comme surtout théoriques : « cela se saurait » aurait-on pu dire.

Qu'en certains pays, la vaccination ne fût pas obligatoire on l'aurait volontiers attribué à l'inutilité d'ordonner ce à quoi nul n'avait l'idée de se soustraire. Mais que la vaccination pût connaître une hostilité réelle et qu'il ait pu se constituer des ligues antivaccinatrices nombreuses et puissantes, que cette pratique d'immunisation pût être accusée de tous les méfaits, la chose provoquait chez nous plus d'étonnement. L'innocuité tant de fois constatée de cette vaccination était volontiers mise en parallèle avec les inconvénients reprochés à d'autres vaccinations et l'on pensait volontiers que l'état d'esprit antivaccinateur procédait souvent de bien autre chose que de mobiles scientifiques. Et sans doute, même à l'heure actuelle, cette manière de voir n'est-elle pas entièrement erronée.

Dans ces dernières années pourtant, on a dû reconnaître que des accidents graves, dus à une poussée d'encéphalite pouvaient être constatés dans les jours qui suivaient une vaccination. Abstraction faite des cas douteux, du fatras des observations défectueuses et des diagnostics hasardeux, il demeure actuellement incontestable qu'il existe bien une encéphalite postérieure à la vaccination jennérienne.

Bien des points, et non les moins importants, restent à éclaircir; il est toutefois possible de concevoir une ligne de conduite, sans doute perfectible mais pourtant déjà efficace.

Faits cliniques. — Sans qu'on puisse du seul aspect clinique conclure à l'existence incontestable d'une affection autonome, les accidents encéphalitiques semblent, après une courte phase initiale, caractérisés à la période d'état par des signes encé-

---

(1) Nous tenons à remercier ici M. le professeur L. Camus, directeur de l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie de médecine, des conseils dont il a bien voulu nous guider.

phaliques et des signes pyramidaux auxquels se joignent des symptômes d'infection aiguë.

Il n'est aucun caractère constant des éléments vaccinaux qui permette de prévoir les accidents. Si dans certains cas les éléments éruptifs semblent évoluer rapidement et être intenses (ce qu'on peut voir hors de toute complication avec les puissants vaccins actuellement en usage) dans bien d'autres cas ces éléments n'ont présenté aucun caractère particulier.

C'est la *durée de la période intercalaire* depuis l'inoculation qui semble l'élément le plus important : six jours au moins, seize jours au plus (Huber) *le plus souvent dix à douze jours.*

La *céphalée* apparaît d'abord, atteignant vite une intensité impressionnante; presque toujours des *vomissements* répétés, de type cérébral. En même temps la *température* monte à 40 degrés ou même plus haut.

Parfois dès ce moment apparaissent des convulsions; le plus souvent, c'est *la torpeur* et très vite une *somnolence* profonde.

Cette période de début dure de quelques heures à deux ou trois jours.

A la période d'état, on constate, en même temps que *la persistance de la somnolence*, des *troubles moteurs*. Ce sont le plus souvent des *convulsions*, atteignant les seules extrémités ou s'étendant à une moitié du corps, et parfois aux globes oculaires (strabisme intermittent); d'autres fois, ce sont des contractures : contractures des membres supérieurs, plus rarement trismus (Lucksch), raideur de la nuque (Kernig).

D'autres fois encore, des paralysies (qui semblent plus rares en certains pays qu'en d'autres); le facial, l'oculomoteur (ptosis) sont le plus souvent frappés; ou encore hémiplégie ou paraplégie transitoires, paralysie vésicale d'où rétention (Dénéchau).

Les *réflexes* sont habituellement *exagérés;* le réflexe plantaire est souvent en extension, d'un seul côté ou des deux.

Du côté des yeux, on peut souvent, mais non toujours, constater en dehors du ptosis, du strabisme interne et même de la cécité. Plus habituellement, il y a seulement du myosis.

Le *liquide céphalo-rachidien*, qui est sous une tension normale est en général clair ou à peine opalin; dans quelques cas on l'a trouvé sérosanguinolent. Le teneur en albumine est un peu exagérée et l'examen cytologique peut y montrer une légère réaction lymphocytes le plus souvent. Dans quelques cas, le liquide céphalo-rachidien était normal.

L'existence de l'hyperglycorachie est encore douteuse; on ne trouve aucun microbe; la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Les signes généraux demeurent graves : température parfois moindre qu'au début mais se tenant habituellement vers 39 ou 40 degrés. Pouls à 120-130 instable, état comateux ou demi-comateux avec délire léger; agitation, parfois rythme respiratoire de Cheyne-Stokes. Dans certains cas, nausées ou persistance des vomissements du début; parfois aussi quelques arthralgies.

Ces symptômes persistent de sept à quinze jours.

L'évolution est loin d'être toujours bénigne puisque les statistiques hollandaises comptent *41 p. 100 de morts* et les statistiques anglaises jusqu'à *47 p. 100.*

Dans ces cas, parfois après une trompeuse rémission, on voit, vers le dixième jour en général, s'installer le rythme de Cheynes-Stokes, de la dyspnée sine materia. Le pouls devient de plus en plus rapide et instable, l'anurie s'installe et le malade succombe dans le coma et l'hyperthermie. Dans quelques cas (Julliard) cette évolution a été beaucoup plus rapide.

Si la guérison doit survenir, on voit les divers symptômes s'amender en même temps que la température redevient progressivement normale, après quinze jours environ de maladie.

Si dans bien des cas la convalescence se fait sans incidents, il est des cas nombreux où l'on voit persister *des séquelles* qui sont un des éléments de la gravité du pronostic.

Dans quelques cas, c'est une cécité définitive, d'autres fois la sclérose cérébrale et l'idiotie.

Dans des cas moins graves on observe transitoirement mais pour une période parfois longue *un arrêt du développement physique et intellectuel* : perte des acquisitions antérieures, diminution de la mémoire, de l'attention, à tous les degrés légers ou graves. Comby a signalé de l'excitation cérébrale avec insomnie et excitabilité, des troubles de la marche, des troubles réflexes, la persistance d'un Babinski positif. Dans quelques cas une monoplégie spasmodique avec secousses cloniques et atrophie. D'autres fois, tout se borne à du dérobement des jambes.

Cette forme clinique est la plus habituelle. On en a cependant décrit quelques autres.

La forme méningée a été décrite par divers auteurs (Frommel et Baumgartner, Garret, Denéchau, Mikulowski). Elle est caractérisée par le trépied classique : céphalée, vomissements, raideurs, signe de Kernig, hyperesthésie cutanée. L'observation inédite publiée ci-après par le docteur Lucien Camus en est un remarquable spécimen.

Il est aussi *des formes atténuées* : céphalée, nuque raide et douloureuse, diplopie légère, température à 39 degrés pendant deux ou trois jours après lesquels tout rentre dans l'ordre.

Formes latentes enfin, avec quasi-absence de symptômes pendant la période vaccinale. Ensuite seulement se montrent des séquelles : nervosité, changement de caractère, troubles de la croissance et de l'ossification habituellement légers et transitoires.

BACTÉRIOLOGIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les recherches bactériologiques n'ont encore donné aucun résultat; elles sont habituellement négatives. Le seul micro-organisme qui ait été vu et transmis en série chez le lapin vacciné l'a été par Pette qui a vu mourir en quatre à quinze jours des lapins vaccinés d'un processus infectieux analogue à l'encéphalite. Mais l'auteur lui-même se garde bien de conclure que ce « bacillus bipolaris » est l'agent de l'encéphalite humaine. Il ébauche seulement à son sujet des présomptions pathogéniques.

Les recherches anatomopathologiques, cliniques ou expérimentales moins défavorisées en apparence ne permettent pas encore de conclure. Le nombre des autopsies humaines est d'ailleurs restreint.

Macroscopiquement on ne trouve que de la congestion des méninges et de l'encéphale avec parfois un léger piqueté hémorragique dans la substance blanche.

Les lésions tant macroscopiques que microscopiques sont disséminées dans la substance blanche où elles prédominent dans le corps calleux, les corps striés, la protubérance, le cervelet, le bulbe et la moelle. La substance grise du cortex est au contraire à peu près respectée.

Le microscope montre des manchons cellulaires péri-vasculaires formés de cellules névrogliques avec quelques lymphocytes et quelques polynucléaires, autour des vaisseaux des zones atteintes de la substance blanche. Les lésions de neuronophagie sont inconstantes.

Ces constatations ne permettent encore que le rapprochement suivant, que l'avenir réformera peut-être :

1° Comme l'ont remarqué les auteurs hollandais, il y a sinon similitude du moins très grande analogie entre ces lésions et celles de l'encéphalite épidémique. Mais dans l'encéphalite post-vaccinale, la substance blanche serait la plus atteinte, et la substance grise dans l'encéphalite épidémique.

2° Les recherches anatomiques de Lucksch sur des lapins inoculés par voie cornéenne et morts de troubles encéphalitiques, méritent d'être complétées et confirmées. En revanche, Levaditi ainsi que d'autres auteurs ont pu tuer des animaux par inoculation de vaccin anticérébrale. Mais dans ces cas, les lésions sont absolument différentes : pustule vaccinale circonscrite sans extension au reste du névraxe, méningite diffuse de la convexité et de la base.

Diagnostic. — Le diagnostic positif semble assez facile en raison de l'éclosion des accidents pendant la période vaccinale même et de la durée assez fixe et assez constante de la période d'incubation.

Des erreurs, cependant, peuvent se produire. Avec l'encéphalite épidémique tout particulièrement lorsque se produit une coïncidence dans le temps et dans l'espace avec une épidémie, ceci naturellement en n'admettant pas avec certains auteurs l'identité de nature des deux encéphalopathies.

Il est d'autres possibilités d'incertitude : coexistence d'une vaccination avec d'autres accidents comme dans l'observation de Comby et Toupet : vaccine compliquée d'érisypèle étendu où des accidents nerveux apparurent ensuite mais où, comme le fait remarquer Netter, un très long intervalle sépare de l'inoculation; cas de Rosenstern qui était, en réalité, un tubercule cérébral. Difficultés de diagnostic entre la forme méningée et une méningite vraie.

Il faut surtout se méfier des diagnostics hasardeux qui semblent n'avoir pas toujours été exceptionnels puisque parmi toutes les observations dont elle a eu connaissance la Commission de la S. D. N. n'a retenu qu'un nombre de cas dépassant de peu la centaine, en faible augmentation, par conséquent, sur ce qu'on avait auparavant publié.

Les problèmes d'étiologie et de pathogénie. — L'anatomie pathologique et la bactériologie ne fournissent, nous l'avons vu, rien de décisif pour leur solution.

Diverses thèses ont été soutenues logiquement, sans cependant jamais dépasser le domaine des probabilités.

Mais quel que doive être l'apport de l'avenir nous ne pensons pas qu'on doive jamais renoncer à un procédé d'immunisation qui depuis des générations a prouvé sa bienfaisance et s'est montré sans nocivité réelle jusqu'à une date récente puisque ce n'est guère que depuis 1922 que les accidents encéphalitiques ont attiré l'attention.

Les explications proposées peuvent se grouper sous trois chefs.

L'une des théories semble peu soutenable et nous n'y insisterons pas : on aurait, dans les cas incriminés, inoculé en même temps que la vaccine et sans le savoir un autre germe inconnu qui serait cause de l'encéphalite qui évolue en même temps que la vaccine. La vaccine aurait tout au plus un rôle favorisant (Pette). A ranger sous le même chef l'hypothèse formulée par Jehle (de Vienne) qu'une intoxication d'origine gastro-intestinale, favorisée par la vaccination, frappe le système nerveux. Il serait décevant que certaines lymphes vaccinales qu'on a pris soin de préparer de telle sorte qu'elles soient pures et ne cultivent ni sur gélose ni sur aucun des milieux connus fussent justement parmi celles qu'on a incriminées; si imparfaits que soient nos tests de pureté, il n'est pas de raison de les croire illusoires. Et surtout on a reconnu que par inoculation simultanée de vaccine et de virus herpétique on empêche plutôt qu'on ne favorise les accidents encéphalitiques qui résultent du virus herpétique seul; on a pu supposer qu'il était détruit au niveau de la pustule.

Il semble donc que cette hypothèse ne puisse être retenue.

Une autre théorie se rapproche de la précédente : l'éruption vaccinale et les accidents encéphaliques sont différents de nature; il y a une encéphalite épidémique concomitante ou le développement d'une infection latente de germe inconnu. La vaccination manifesterait seulement cette infection latente; le virus encéphalitique se comporterait comme un virus de sortie. C'est par Bastiaanse, Levaditi et de leurs collaborateurs respectifs que cette manière de voir a été soutenue. Les arguments allégués sont : l'analogie clinique évidente des deux processus, les analogies anatomopathologiques et le rapprochement des statistiques épidémiologiques. Ces arguments malgré toute leur force ne sont pas péremptoires. Les ressemblances cliniques ne priment pas les différences : évolution plus courte et début plus aigu de l'encéphalite post-vaccinale, polymorphisme plus grand et mortalité moindre (25 p. 100) de la maladie d'Economo. De même dans le domaine anatomique où les lésions semblent prédominer dans un cas sur la substance blanche, dans l'autre sur la

grise; l'élément lymphocytaire semble aussi beaucoup plus important dans l'encéphalite épidémique. Les symptômes reflètent au moins autant la topographie des lésions que la nature de leur agent causal.

Au point de vue épidémiologique enfin on a relevé en Hollande que la saison de l'encéphalite épidémique (printemps) était aussi celle des accidents post-vaccinaux. Mais cette constatation est contrebalancée par les constatations anglaises : la maladie d'Economo sévit au printemps, les accidents post-vaccinaux en été.

Y a-t-il de plus forts arguments en faveur de la nature réellement vaccinale de ces accidents? Il est certain que la durée assez peu variable de l'incubation des accidents correspond au laps de temps dès auparavant reconnu nécessaire à la diffusion du virus inoculé, diffusion qu'on a pu constater, entre autres cas, dans ceux de vaccine généralisée (Garret). Les complications nerveuses de la variole assez analogues aux symptômes nerveux de cette affection — sauf l'intensité — ressemblent aussi à l'encéphalite. On a noté aussi que celle-ci n'est guère connue que depuis l'emploi des vaccins à haute puissance, à l'activité desquels on attribue aussi l'intensité constatée des signes locaux, coïncidence que Levaditi attribue à l'existence d' « Ectodermoses neurotropes ». Enfin certains auteurs ont constaté que pour l'apparition des accidents en question il n'était pas nécessaire de faire l'inoculation par des voies particulières et que la voie cutanée traditionnelle pouvait suffire. On a, de plus, produit la vaccine chez des animaux témoins en leur inoculant des extraits de centres nerveux d'animaux frappés d'encéphalite.

Ces arguments ne sont pas sans réponses mais il faut reconnaître que pas plus que les arguments eux-mêmes elles n'ont valeur dirimante.

La coïncidence dans le temps ne peut servir d'argument, c'est seulement un énoncé partiel du problème. Le fait de communiquer la vaccine avec des préparations de cerveau encéphalitique prouve seulement la diffusion du virus vaccinal mais non son rôle causal vis-à-vis des accidents nerveux. La durée d'incubation n'est pas une preuve à elle seule.

Quant à la nature du vaccin employé elle ne peut expliquer la genèse des accidents qu'une fois démontrée la nature de ceux-ci. On a pu incriminer dans la lymphe son origine et sa virulence. Mais les accidents se sont produits avec des lymphes d'origines diverses et une même lymphe a pu donner ou ne pas donner d'accidents selon les lieux. Même discordance quant à la virulence. Il n'en reste pas moins que vaccins hyperactifs, réactions locales intenses et accidents nerveux sont faits récents et dans l'ensemble contemporains et qu'une incertitude demeure quant au mode d'action des vaccins très puissants. Leur innocuité n'est pas au-dessus de tout soupçon. De même pour les neuro-vaccins bien que malgré leur emploi habituel certains pays soient demeurés indemnes. Il s'agit là d'une arme nouvelle aux propriétés incomplètement connues.

Quelle que soit en tous cas la conclusion à laquelle conduiront les études en cours, il est un élément d'importance primordiale et certaine : le *terrain* d'autant plus important que c'est sur lui que devront en tout cas, s'appuyer les mesures protectrices quelles qu'elles soient.

Touchant le terrain on peut formuler trois propositions :

1. On a constaté qu'à mesure que l'âge avance les réactions au vaccin jennérien sont plus intenses *s'il s'agit d'une primovaccination*. Il n'en est rien au cas de revaccination.

2. Les accidents d'encéphalite prédominent chez les enfants de cinq à quatorze ans, surtout primo-vaccinés.

3. La comparaison des statistiques fournies par les divers pays a montré une prédominance des cas d'encéphalopathie en Angleterre et en Hollande, pays de vaccination facultative voire d'opposition antivaccinale. Dans d'autres pays on est même tenté de faire un rapprochement entre le nombre des cas observés et l'importance qu'on peut supposer à l'abstention vaccinale, de quelque cause qu'elle soit.

Il semble donc qu'on puisse résumer ainsi l'état présent de nos connaissances : quel que soit l agent de l'encéphalite, *elle paraît frapper de préférence des sujets jeunes — mais non pas les nourrissons — que leur âge prédispose aux réactions intenses et prédispose d'autant plus qu'ils n'ont pas été vaccinés dans leur première enfance*. On peut sous bénéfice d'inventaire et jusqu'à revision concevoir quelque doute sur l'innocuité d'une vaccination pratiquée avec trop de générosité ou avec des lymphes trop puissantes et d'effets mal délimités.

Il faut dire actuellement : *Encéphalite* POST-*vaccinale* et non encéphalite vaccinale. La Commission de la S. D. N. a constaté l'indéniable succession chronologique; il lui a été impossible de trancher la querelle ni d'émettre un avis sur l'étiologie des accidents.

LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT. — Les conclusions encore incomplètes auxquelles nous a amenés notre étude sont suffisantes pourtant pour donner une ligne de conduite.

Dans notre incertitude sur l'étiologie réelle et en présence de la rareté des accidents comparativement au nombre des vaccinés, il serait contraire à tout bon sens de renoncer au bénéfice de la vaccination jennérienne, bénéfice constaté par l'expérience des générations successives et que les statistiques de la variole des pays non vaccinateurs viennent souligner encore.

La vaccination précoce semble dans une certaine mesure une protection contre les accidents encéphaliques :

Donc vacciner toujours et vacciner tôt.

Si le virus vaccinal est en cause, il sera de bonne pratique d'user de lymphes de puissance suffisante mais de ne pas chercher une immunisation surabondante par des lymphes hyperactives ni par des inoculations trop abondantes. Sans doute l'évaluation courante de la durée d'immunité est-elle excessive et vaut-il mieux ne tabler que sur trois ans de protection.

Donc vacciner avec des lymphes moyennes, en quantité moyenne (deux scarifications minimes) mais

revacciner souvent pour entretenir l'immunité aux moindres frais.

Ne vacciner — sauf épidémie variolique menaçante — que des sujets bien portants, non suspects de contamination récente ni de vaccination récente contre une autre affection. S'abstenir en particulier en milieu contaminé par l'encéphalite épidémique.

Ces précautions sont du reste inscrites dans la loi de 1902 sur la vaccination obligatoire en France.

Le traitement des accidents eux-mêmes peut se résumer, indépendamment de l'hygiène générale et du traitement symptomatique, dans l'administration de salicylate de soude intraveineux et intramusculaire et dans l'abcès de fixation comme l'a conseillé Denéchau.

Ces mesures permettront, il faut le souhaiter, d'attendre avec moins d'impatience le choix entre le « post hoc » et le « propter hoc », de conserver le bienfait de la vaccination en évitant ses inconvénients directs ou indirects et d'enlever tout prétexte à des mouvements d'opinion sans doute non fondés, mais à coup sûr dangereux. R. LEVENT.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SERVICE MÉDICAL D'UNE ŒUVRE D'ASSISTANCE AUX BLESSÉS DE GUERRE. FICHES ÉTABLIES PAR LE MÉDECIN. PROPRIÉTÉ (1)

Nous avons exposé dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 9 mars 1929 les conditions dans lesquelles se présentait la question de propriété des fiches médicales d'observations établies et rédigées par un médecin. Nous avons indiqué le motif qui conduisait à dire que ce dernier était propriétaire de ces fiches.

Le Tribunal civil de la Seine, le 5 décembre 1928, a rendu un jugement contraire; le voici dans ses parties essentielles :

..... « Attendu qu'il importe tout d'abord de constater que l'œuvre des blessés nerveux de la guerre n'est pas un dispensaire assurant le service des consultations où les malades ne font que passer, mais un centre d'hospitalisation et de rééducation pour grands blessés ou enfants arriérés;

Attendu qu'une telle œuvre est manifestement dans l'obligation de tenir, pour chaque malade, non seulement une fiche administrative contenant des renseignements d'état civil, mais aussi une fiche médicale donnant toutes indications utiles sur la nature de la maladie, les soins donnés et le traitement à assurer selon une méthode rationnelle;

Attendu qu'il s'ensuit que, par l'exercice même de ses fonctions, et sans qu'il fût nécessaire d'en faire mention dans la lettre qui lui a été adressée fin décembre 1928 et par laquelle l'œuvre lui offrait d'assurer son service médical, le docteur W... assumait l'obligation de tenir pour le compte de l'œuvre les fiches qui étaient indispensables pour assurer son fonctionnement normal;

Attendu, d'autre part, que l'œuvre n'a jamais prétendu que si le docteur W... a mentionné sur ces fiches des observations ou des analyses médicales présentant le caractère d'un travail scientifique personnel, elle puisse prétendre sur ce travail à un droit d'usage exclusif;

..... Attendu, au surplus, que le fait même que le docteur W... aurait incorporé aux fiches qu'il devait tenir des annotations susceptibles de propriété personnelle, ne saurait avoir pour effet de priver l'œuvre de son droit, le docteur W... devant s'en prendre à lui-même d'avoir porté sur des fiches, établies pour l'œuvre, des annotations qu'il aurait dû faire séparément;

Attendu, par suite, et tout en constatant que l'offre faite au nom de l'œuvre dans la lettre ..... donne au docteur W... la satisfaction légitime à laquelle il peut prétendre, il échet de la contraindre à restituer les originaux qu'il a indûment emportés;

Attendu qu'il n'y a lieu de s'arrêter à l'état matériel de ces fiches dont le docteur W... voudrait tirer argument, en prétendant que l'écriture en rend l'emploi difficile, cette particularité ne pouvant être l'origine d'un droit de propriété;

Attendu qu'il faut écarter, en outre, le secret professionnel invoqué par le docteur W... à l'appui de sa thèse, les fiches établies par lui ne devant être utilisées que par le médecin traitant, ou demeurer sous la surveillance d'un personnel qui participe aux obligations du même secret..... »

Tel est ce jugement qui ne nous paraît pas à l'abri des critiques; la critique principale que l'on peut lui adresser est qu'il procède par voie d'affirmations, non démontrées.

Son point de départ est celui-ci : l'œuvre est dans l'obligation de tenir pour chaque malade une fiche administrative contenant des renseignements d'état civil, mais aussi une fiche médicale donnant toutes les indications utiles sur la nature de la maladie, les soins donnés et le traitement à assurer, selon une méthode rationnelle. Où donc cette obligation est-elle inscrite? Qu'il doive exister une fiche administrative, rien de plus naturel en raison de la surveillance qu'exerce l'administration pour une œuvre de la nature de celle visée dans le jugement. Mais la fiche médicale n'est pas obligatoire, alors surtout que divers autres documents permettent précisément, et bien mieux qu'une fiche médicale, d'avoir toutes les indications utiles relatées ci-dessus et d'assurer le fonctionnement de l'œuvre.

Quel est donc le contrat qui existe entre le médecin et l'œuvre ? C'est un contrat de mandat; et les conditions et les effets de ce contrat sont déterminés par l'acte même — ou l'échange de lettres — qui a eu lieu. Or, il a été indiqué dans l'article précédent de la *Gazette des hôpitaux* qu'aucune obligation n'avait été imposée au docteur W... au sujet de la rédaction de *fiches médicales*. Il avait pris toutes les mesures nécessaires pour l'établissement des cahiers, afin de permettre à l'œuvre de fonctionner régulièrement et d'être renseignée très minutieusement sur chaque personne se présentant dans l'un des trois établissements. Le tribunal passe ce fait sous silence; il avait cependant une très grande importance.

Il convient d'ajouter que la loi des 19-24 juillet 1793 protège les *écrits en tous genres*, expression générale qui s'applique à toute œuvre susceptible de reproduction manuscrite ou imprimée, à toute œuvre ayant un caractère personnel, formant une individualité. Or, les fiches marquaient des observations toutes personnelles; on ne pouvait contester, dans l'espèce, que la plus grande partie des fiches originales étaient illisibles, incompréhensibles pour une personne autre que le docteur W.... Et le tribunal se contente de dire qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'état matériel des fiches, cette particularité ne pouvant être l'origine d'un droit de propriété, sans donner aucun motif, sans fournir aucune démonstration. La marque du droit de propriété se manifestait non seulement par cet état matériel de la fiche médicale, mais aussi par son contenu, par l'observation individuelle, personnelle, du docteur W..., observation sans aucun intérêt pour l'œuvre. De telle sorte que celle-ci va, aux termes du jugement, se trouver en possession de fiches originales, dont elle ne pourra faire aucun usage! Elle les mettra dans un tiroir pour ne plus jamais l'ouvrir.

Ces remarques montrent que la question soumise au tri-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 20, p. 380.

bunal était très délicate; et il apparaît que la solution qu'il a donnée n'est pas de nature à encourager le médecin ou le chirurgien qui peut se trouver frustrer de ses travaux personnels. Le jugement dit bien en l'espèce que l'œuvre n'a pas un droit exclusif sur le travail scientifique personnel du docteur W..., et que celui-ci pourra venir consulter les fiches par lui établies; mais on se doute de ce que pourra être la faculté ainsi réservée au docteur W... à qui on avait fait un procès et qui avait dû se retirer en raison des brimades dont il était l'objet! Ainsi donc, tout en paraissant donner une certaine satisfaction au médecin, on ne lui donne pratiquement rien.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Le Pemphigus (1), par le professeur J. SABRAZÈS (Bordeaux) et J. TORLAIS (La Rochelle).

Les docteurs J. Sabrazès et J. Torlais publient, sur le pemphigus, une remarquable monographie. Elle s'appuie sur des faits personnels; sur des recherches de laboratoires; sur des travaux les plus récents. Une classification raisonnée des états pemphigoïdes et des divers modalités de pemphigus sert de cadre aux observations cliniques et biologiques de MM. Sabrazès et Torlais; elles sont relatives à des cas de pemphigus aigu fébrile, de dermatite herpétiforme, de pemphigus chronique, d'érythème bulleux, d'épidermolyse congénitale. L'anatomie pathologique des bulles, dans les divers états morbides dont elles constituent le symptôme prédominant, la cytologie, l'hématologie ont été traitées longuement à l'aide de documents nouveaux.

L'étiologie et la pathogénie ont surtout attiré l'attention de MM. Sabrazès et Torlais. Sur le rôle de l'infection; sur les notions de sensibilisation et d'anaphylaxie; sur la physiologie pathologique et le mode de développement des éléments éruptifs; sur l'influence de la rétention chlorurée et des conditions aboutissant aux œdèmes; sur l'action du système nerveux, des glandes endocrines, etc., ils apportent le résultat de leurs recherches et de celles qui se dégagent des nombreuses publications françaises et étrangères qu'ils ont consultées. La question du pemphigus n'a pas seulement un intérêt de dermatologie pratique, intérêt qui n'a pas été négligé par les auteurs. Elle touche à bien des problèmes de pathologie générale et ne saurait laisser le médecin indifférent.

L. G.

(1) In-8 raisin, 80 p., 11 fig. Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

citrofluyl & citrocarbine
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ
CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
LABORATOIRES WARIN
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

Fixe le calcium organique.
Active l'hémopoïèse.
Nourrit la cellule nerveuse
Ampoules
Elixir
Granulés
HÉRACLÉOL
HERACLÈS = HERCULE
Laboratoires H. SALLE, 4, rue Elzévir, Paris (IIIe)

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.
CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0 gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence PARIS IXe
LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.
ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

R. C., 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

PAS D'ACIDE LIBRE

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intra veineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr 30 par Capsule

CÈDRE DU MAROC

CED-ROC

HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL

Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL

Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique

(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**

4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

R. C. 88.031, Seine

NOTES POUR L'INTERNAT

PARAPLÉGIES POTTIQUES

GÉNÉRALITÉS

Les manifestations méningo-radiculaires sont d'une fréquence et d'une importance extrême au cours du mal de Pott. Elles réalisent habituellement un syndrome de *paraplégie spasmodique*, mais peuvent se traduire par l'un quelconque des autres types de paraplégies.

Il importe donc, en présence d'une paraplégie, et surtout dans les formes spasmodiques, d'envisager d'abord l'étiologie pottique. Il est capital de porter un *diagnostic précoce*, permettant un *traitement précoce* duquel dépend la guérison. Nous insisterons sur certains symptômes *cliniques*, soulignés dans leur valeur par des auteurs récents, sur certains *examens spéciaux* (ponction lombaire, lipiodol) qui permettent le plus souvent de porter non seulement un diagnostic, mais encore un *pronostic* dont la précocité est de toute importance.

Anatomiquement, les paraplégies pottiques sont dues le plus souvent à une *compression* par *abcès* intrarachidien, parfois à une *pachyméningite*, très rarement à une compression osseuse.

CLINIQUE

Type de description. — Paraplégie *spasmodique simple, en extension*, au cours d'une *première atteinte* de mal de Pott *dorsal* (paraplégie *par compression médullaire*).

1. **Période de début : Phase radiculaire, préparaplégique.** — C'est le plus souvent au cours du mal de Pott dorsal supérieur qu'on observe la paraplégie. Le début en est généralement *progressif*, et précédé par une longue phase de :

a. **Signes fonctionnels.** — 1° DOULEURS RADICULAIRES. — Ce sont surtout des *douleurs en ceinture*, le long des intercostaux, relevant de la compression des racines dans leur trajet intra ou extrarachidien.

Elles sont uni ou bi-latérales, tantôt *pseudonévralgiques*, subcontinuées, à renforcement paroxystique, *exacerbées* par l'effort, la fatigue vespérale, l'éternuement, la toux, *calmées* par le repos au lit (fait capital).

Parfois, ce sont des douleurs *aiguës*, réveillant le malade la *nuit* (diminution de la contracture musculaire réflexe).

Ces douleurs *résistent aux analgésiques habituels*.

A l'examen : on ne trouve *pas de points douloureux nets* sur le trajet des nerfs.

A côté de ces douleurs radiculaires classiques, il faut citer :

2° LES DOULEURS DITES CORDONNALES (Barré). — *Sous-jacentes* au siège de la compression, localisées aux membres inférieurs, simulant la *sciatique* par exemple, ou encore des douleurs abdominogénitales, crurales.

3° LES DOULEURS DITES SYMPATHIQUES. — *Sus-jacentes* à la lésion, localisées aux membres supérieurs, avec fourmillements, engourdissement des doigts, et n'existant que si la compression siège de D_{V} à D_{XI} (origine des fibres sympathiques des membres supérieurs).

b. **Examen physique.** — En présence d'un sujet se plaignant de telles douleurs, il faut systématiquement penser au mal de Pott et pratiquer :

a. *Examen neurologique.* — Bien que le malade se plaigne à peine d'une légère faiblesse des membres inférieurs, on trouve souvent dès cette période un syndrome léger, parfois dissocié, mais indiscutable, d'*irritation pyramidale* : réflexes tendineux achilléens ou rotuliens vifs, parfois clonus du pied, enfin : *signe de Babinski* uni ou bilatéral.

Très précocement, on observe aussi des troubles de la *sensibilité objective* dans le territoire des racines atteintes : au début, hyperesthésie, puis ensuite, hypoesthésie.

b. *Examen du rachis.* — on appréciera la *souplesse* des muscles périvertébraux par les épreuves classiques, la sensibilité de la colonne osseuse.

c. *Radiographies* (*face et profil*). — Les clichés peuvent n'apporter aucun renseignement.

d. *Ponction lombaire* dont nous verrons plus loin les arguments diagnostiques.

A cette période initiale, la paraplégie pottique bien soignée, peut *guérir complètement* (immobilisation et cure héliomarine ou héliothérapique). C'est là un point fort important de l'évolution des paraplégies pottiques. Si au contraire elle continue à évoluer, la spasmodicité augmente et le malade entre dans la :

2. **Période d'état : Paraplégie pottique constituée.** — Les troubles de la marche s'installent peu à peu, relevant de l'élément parétique (lourdeur, fatigabilité) et de la *contracture*. Celle-ci, tout d'abord peu marquée, s'exagère *au moindre effort* donnant à la démarche les divers types classiques : démarche sautillante, démarche de gallinacé, démarche pendulaire. Un degré de plus, le malade est immobilisé au lit, les jambes raides, contracturés.

a. LA PARALYSIE. — Mise en évidence par l'étude de la motilité volontaire et de la force segmentaire est très accentuée, mais incomplète, prédominant comme toute paraplégie spasmodique sur le *segment distal* d'une part, sur les *raccourcisseurs* d'autre part.

b. LA CONTRACTURE. — Mise en évidence par les mouvements passifs, est manifeste mais plutôt modérée. On a du mal à plier les genoux, les hanches, et ces efforts provoquent des crampes douloureuses.

c. LES RÉFLEXES. — Réflexes *tendineux* exagérés, polycinétiques.

Clonus du pied, de la rotule.

Babinski bilatéral.

Réflexes cutanés abolis.

Réflexes de posture abolis.

Phénomènes d'automatisme médullaire (généralement ébauchés).

d. LA SENSIBILITÉ. — 1. *Subjective* : persistance des douleurs radiculaires.

2. *Objective* : *Constamment troublée, topographie radiculaire* de ces troubles. La sensibilité douloureuse serait la plus précocement atteinte, la sensibilité thermique la dernière. Elle est souvent indemne. Dans la région *sous-jacente* à la compression, on note généralement une *hypoesthésie* à tous les modes, dont la limite supérieure, floue et variable pour les auteurs classiques, serait le plus souvent bien délimitée pour certains observateurs.

Parfois, il existe une bande d'hyperesthésie intéressant une ou deux racines sus-jacentes.

e. LES TROUBLES SPHINCTÉRIENS. — Relativement fréquents, sont d'intensité variable.

a. Tantôt *légers* : Mictions lentes ou impérieuses, constipation opiniâtre.

b. Tantôt *graves* : En ce qui concerne la vessie, on peut observer d'abord la fausse incontinence avec miction par regorgement puis, l'automatisme vésical avec mictions involontaires. Rarement, il y a rétention d'urines vraie.

Du côté du rectum : rétention ou incontinence, puis automatisme vésical.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Nouvelle adresse : **20 rue du Laos, PARIS-XVe**

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. — Pancrépatine Laleuf
Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf
Mycolactine Sauvin. — Iodatoxine Laleuf
Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

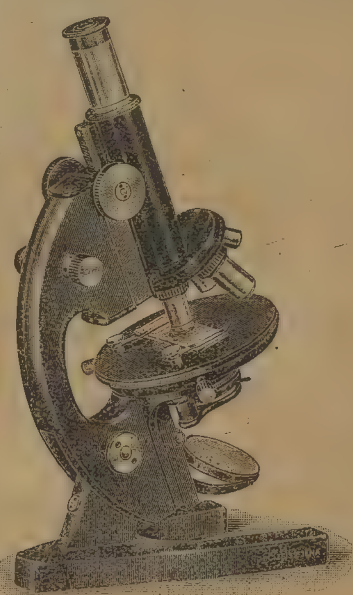
Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CARL ZEISS JENA



Depuis près d'un siècle, la maison ZEISS s'efforce de construire des instruments d'optique d'une qualité irréprochable et d'y apporter tous les perfectionnements désirables. Ces efforts portent principalement sur son champ d'activité classique : la fabrication du microscope. Du fait des modifications successives apportées ces dernières années, tant au point de vue mécanique qu'au point de vue optique, les microscopes ZEISS ont atteint un degré de perfection qui n'a pas été surpassé. Une comparaison des prix avec ceux de la concurrence pour des équipements semblables marque une différence minime, mais la marque ZEISS est synonyme de première qualité.



Microscope pour diagnostic
E. S. A. 94
" MINERVINA "
Grossissement 56 — 1350 ×

MICROSCOPES
ZEISS

avec platine à chariot simplifié, appareil d'éclairage mobile en hauteur par crémaillère et pignon, condensateur à iris, revolver quadruple, 2 objectifs achromatiques et 1 objectif à immersion homogène à iris pour fond noir, 2 oculaires Huyghens, en boîte armoire à clé..... Fr. **3038.**

Se référer à ce journal en indiquant le but d'utilisation pour obtenir gratis et franco, sans aucun engagement une offre détaillée pour un équipement approprié.

Brochure Micro n° 164
sur demande adressée à la
SOCIÉTÉ OPTICA
18-20, Faubourg du Temple
PARIS (XIe)
Représentant de

CARL ZEISS JENA

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

DEUIL NATIONAL. — Au milieu de toutes les manifestations de gratitude et de respect que suscite la mort du libérateur du territoire nous devons signaler celles qui viennent de se produire à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

A l'Académie des sciences où le maréchal Foch avait succédé en 1918 à Léon Labbé, le président, M. Mangin, a prononcé le discours suivant :

« Mes chers confrères,

L'Académie des sciences est de nouveau durement éprouvée. Le maréchal Foch est mort. Cette nouvelle a causé dans le monde une émotion profonde justifiée par le rôle prépondérant joué par notre illustre confrère dans la conduite de la guerre dont l'enjeu était l'existence même de la France.

Devant un si grand deuil les paroles sont vaines et nous devons nous borner à saluer la mémoire du soldat qui fut le plus grand parmi les grands capitaines : il défendait la justice et le droit.

Son éloge est tout entier dans l'ordre du jour qu'il adressa aux armées alliées au mois de novembre 1918 :

« Vous avez gagné la plus grande bataille de l'Histoire et « sauvé la cause la plus sacrée : la liberté du monde. Soyez « fiers ! D'une gloire immortelle vous avez paré vos dra- « peaux. La postérité vous garde sa reconnaissance. »

Et nous, nous conserverons le souvenir de l'aimable confrère, aux conseils pleins de sagesse, qui participait à nos travaux avec cette souriante simplicité qui donnait tant d'attrait à ses entretiens.

J'adresse à sa famille, au nom de l'Académie, avec notre profond respect, l'expression de notre sympathie la plus attristée. »

La séance est ensuite levée en signe de deuil.

A l'Académie de médecine, M. Ménétrier, vice-président, a rendu un émouvant hommage à la mémoire du maréchal Foch, puis il a fait lever la séance pendant quelques minutes en signe de deuil.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — Le jury est définitivement composé de MM. Weill-Hallé, Abrami, Louis Ramon, Faroy, Weil (P.-E.), Richet, Crouzon, Lian, Vallery-Radot, Comte, Marion.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Ombrédanne, Mathieu, Proust, Wiart, Moure, Herscher, Deniker.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Avis de vacance d'emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.* — Les emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ci-après désignés sont déclarés vacants :

Médecine	5
Chirurgie	3
Obstétrique	2
Médecine légale	1
Hygiène	1
Bactériologie	1
Urologie	1

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 26 mars 1929.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — *Annulation de concours.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

et des Beaux-Arts en date du 25 mars 1929, sont annulées les opérations du concours ouvert le 20 février 1929 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Un nouveau concours aura lieu le 16 avril 1929.

Pourront seuls y prendre part les candidats inscrits pour le concours qui est annulé. (*J. O.*, 25-26 mars 1929.)

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Stitelet, Romieu, Marland, Couturier, Bouquet de Jolinières, Bierer, Romary, Fischer, Escande de Messières, Dickson, Drevet, Poirée, Alix, Ponsot.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Baron, Cristau, Rault, Drouhet, Nicard, Boye, de Vezeaux de Lavergne, Maisonnet, Sorel, Roudie, Petit, Varatges, Miorcec, Pourpre, Imbert.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Armand, Jughon, Prost, Legler, Aycard, Dillenseger, Benazet la Carre, Codvelle, Plantier, Bernard de Seigneurens, Bertrand, Maliver, Monteux, Massonnaud, Freydier, Chaisemartin, Bureau.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Henry, Marteau, Jochum, d'Audibert Caille de Bourguet, Reilinger, Tricoire, Beck, Trial, Billiet, Joly, Morel, Coumel, Iversenc, Lemaistre, Bailby, Rolin, Berty, Coudane, Sauvaget, Crosnier, Rauch, Bourgeot, Duthu, Rouzaud, de Molette de Morangies, Retat, Jaulmes, Rocquet, Icart, Jaubert.

(Troupes coloniales. Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Viala, Gallet de Santerre, Henckenroth.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Millous, Delange, Benjamin.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Paris, Laurency, Puncet, Tassy.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Cabiran, Pieri, Mareau, Saint-Etienne, Grinsard.

— Mutations (active) :

MM. les médecins-colonels Daussat est affecté à l'hôpital militaire Broussais, à Nantes; Gay-Bonnet est désigné comme médecin chef de l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Le Comité de l'Association générale des étudiants de Paris vient de procéder au renouvellement annuel de son bureau.

Le président sortant, M. Jean Dijon (section de médecine), a été réélu. Les nouveaux vice-présidents sont MM. Pierre-Paul Josseran (médecine) et Lapeyronnie (droit); M. Soulat (pharmacie) a été réélu.

Le bureau est complété de la façon suivante : trésorier, M. Sortais (sciences); trésorier adjoint, M. Rodolphe (sciences politiques); secrétaire général et secrétaires adjoints, MM. Parrot-Lagarenne (droit); Duport (lettres) et Lescouret (Alfort); bibliothécaire général, M. Roques (P. C. N.).

LA LÈPRE AUX ÉTATS-UNIS. — Hopkins et Denney ont fait une étude statistique sur les 718 lépreux hospitalisés pendant trente-quatre ans à la léproserie de Louisiane (léproserie nationale).

215 étaient nés hors des Etats-Unis et 503 y étaient nés.

Le nombre des malades actuellement à la léproserie est de 287.

Le Mexique, la Chine, l'Italie, la Grèce et les Philippines ont fourni la moitié des lépreux venant de l'étranger. La plupart des lépreux venaient de Louisiane, Californie, New-York, du Texas et de Floride; 418 venaient de Louisiane.

La fréquence de la lèpre dans la population blanche est chez les Blancs le double de celle des Noirs.

Parmi ces cas, 11,0 p. 100 étaient du type nerveux, 39,1 p. 100 du type cutané et 49,9 p. 100 du type mixte. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*)

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Dans sa séance du 21 mars, la Société d'anthropologie a inauguré la conférence Gabriel de Mortillet qu'elle vient de fonder. Après l'éloge du créateur de la chronologie préhistorique par le professeur Janselme, président de la Société d'anthropologie, et M. Poisson, président de la Société préhistorique, M. Vayson de Pradenne a traité un sujet singulièrement actuel, des faux en préhistoire. Le conférencier, après un très intéressant exposé des principaux exemples, a insisté sur les caractères psychologiques communs aux fraudeurs et à leurs dupes.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE.** (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera le lundi 15 avril 1929, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet, chef de clinique à la Faculté; Delthil, chef de laboratoire à la Faculté, et Gorostidi, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. Le cours sera complet en quinze jours.

Programme. — 1. Evolution clinique de la diphtérie.
2. Diagnostic clinique.
3. Diagnostic bactériologique.
4. Autres localisations. Adénoïdite. Croup.
5. Indications thérapeutiques. Sérothérapie.
6. Le tubage.
7. Complications toxiques. Les paralysies. Leur traitement.
8. Accidents de la sérothérapie et leur traitement.
9. L'immunité antidiphtérique. La réaction de Schick et la vaccination.
10. Applications pratiques des méthodes prophylactiques.

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Sur leur demande, les élèves seront initiés individuellement aux examens de laboratoire, à la pratique du tubage et de la trachéotomie.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 17 avril 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Ce cours fera partie d'un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale, sous la direction de M. le professeur agrégé Raymond Grégoire, cours qui commencera le lundi 15 avril et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences; 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES — Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS — 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ — 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

LABORATOIRES CLIN

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

(Métaux colloïdaux électriques à petits grains. — Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes ou dérivés métalliques).

ELECTRARGOL *(Argent)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Ampoules de 25 c.c. (2 par boîte).
Flacons de 50, 100 et 250 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (Tube de 30 grammes).

ELECTRAUROL *(Or).*
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL *(Platine)*
ELECTROPALLADIOL *(Pd)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL *(Rhodium)*
Ampoules de 5 c.c.
(Boîtes de 3 et de 6 ampoules).

Toutes maladies infectieuses sans spécificité pour l'agent pathogène

N. B. — L'Electrargol est *également employé dans le traitement local de nombreuses affections septiques* (Anthrax, Otites, Epididymites Abcès du Sein, Pleurésie, Cystites, etc...)

ELECTR=Hg *(Mercure)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Toutes formes de la Syphilis.

ELECTROCUPROL *(Cuivre)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Cancer, Tuberculose, Maladies infectieuses.

ÉLECTROSÉLÉNIUM *(Sélénium)*
Ampoules de 5 c.c. (3 par boîte).
Traitement du cancer.

ELECTROMARTIOL *(Fer)*
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).

ARRHÉNOMARTIOL
(Fer colloïdal + Arsenic organique).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte) et Gouttes.
Traitement du Syndrome anémique.

COLLOTHIOL *(Soufre)*
Ampoules de 2 c.c. (6 par boîte).
Elixir — Pommade.
Toutes les indications de la Médication sulfurée.

IOGLYSOL *(Complexe iode-glycogène)*
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Cures iodée et iodurée.

ELECTROMANGANOL *(Manganèse)*
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Affections staphylococciques.

1395

COMAR & Cie — PARIS

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- **C** = Colibacilles
- **CS** = Colibacilles-staphylocoques
- **CSE** = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

PEPTONES
de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'ŒUF et de LAIT
FARINE DE BLÉ
dans l'enrobage
SULFATE de MAGNÉSIE

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
en Granulés
PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
4 PEPTO-ALBULMINES
+
Sulfate de Magnésie
MIGRAINES CONGESTION DU FOIE

MÉDICATION
ANTIANAPHYLACTIQUE
et
CHOLAGOGUE

en Granulés seulement

Littérature & Echantillons à MM. les Docteurs - Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA - Dr E. PERRAUDIN Ph. de l. Cl. 21, rue Chaptal, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT IODÉ DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Par R. PEYCELON,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Aide d'anatomie à la Faculté.

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR L. BÉRARD)

Historique. — De tous temps, l'iode a été utilisé dans le traitement du goitre exophtalmique, mais son histoire a connu des fortunes diverses et il est curieux de noter les fluctuations de ce médicament avant d'arriver à la généralisation actuelle de son emploi.

Pendant toute une première période, il fut très en faveur : « Dès 1840, Basedow avait employé l'iode dans le traitement du syndrome exophtalmique. De nombreux cliniciens, à sa suite, signalèrent les bons résultats obtenus par eux : Cros, Féréol, Stokes, Mac Guire qui administraient l'iode par voie buccale; Bootz, Galup, Hirsch, von Graefe qui en usaient par voie externe; Debove, Thyssen, derniers partisans des injections interstitielles d'iode, que leurs dangers ont fait unanimement abandonner; Mendel, enfin, par voie intraveineuse, injectait un mélange d'iode et d'arsenic. Mais une vive réaction ne tarda pas à se produire, suscitée par l'usage immodéré que l'on fit de cette médication. Rilliet, dès 1860, avait décrit sous le nom « d'iodisme constitutionnel » des accidents rappelant ceux du basedowisme et consécutif au traitement du goitre banal par l'iode. Les accidents iodiques étaient beaucoup plus à redouter encore et avec des doses beaucoup moindres dans le goitre exophtalmique. » (Bérard et Dunet.)

Une seconde période marqua donc la disgrâce de cette thérapeutique justifiée, semblait-il, par les accidents qu'elle entraînait parfois. Mais surtout l'influence de deux auteurs illustres contribua à jeter le discrédit sur la médication iodée, un peu malgré eux peut-être. En France, Trousseau porte un jugement sévère et condamne en principe le traitement par les préparations iodées. « L'iode est un médicament périlleux dans le goitre exophtalmique et il prévient rarement le retour des paroxysmes... l'iode ne fera qu'augmenter tous les symptômes de la maladie. » Cette condamnation venant du célèbre clinicien détourna dès lors les médecins de la thérapeutique iodée. Et cependant une telle sévérité était dépasser peut-être l'idée du maître qui, plus loin, reconnaît que « il arrive que les préparations iodées peuvent être supportées sans dommage et même avec un semblant d'amélioration par certaines personnes atteintes de maladie de Graves. Je ne voudrais pas laisser dans votre esprit l'idée que l'iode est invariablement nuisible dans le traitement de la maladie de Graves... quelquefois il semble améliorer les conditions de la maladie ». Il semble donc que Trousseau ait déjà reconnu l'influence de l'iode telle qu'elle est envisagée aujourd'hui : amélioration primitive, suivie d'une aggravation secondaire. En Suisse, Kocher, dans une série de publications, en 1904 et 1910, insiste sur les dangers de la thérapeutique iodée dans le goitre simple, et décrit les troubles qu'elle entraîne souvent chez de tels malades sous le nom de « Iod-Basedow ». Ce terme nouveau servit à merveille à fixer dans tous les esprits le danger de l'iode, et par réaction le fit prohiber définitivement du traitement du goitre exophtalmique. Malheureusement, là encore, c'était exagérer la pensée de Kocher, car si cet auteur, qui avait étudié l'effet de l'iode sur les différents types de goitres, le défendait systématiquement dans le goitre nodulaire, par contre il en reconnaissait l'utilité fréquente dans les goitres charnus et vasculaires, apportait des cas de maladies de Basedow améliorés par l'iode et en conseillait même déjà l'emploi comme médicament préopératoire dans le goitre exophtalmique. Mais malgré les réserves faites par ces auteurs, l'idée alla plus loin qu'ils ne le voulaient probablement, le danger du traitement iodique fut universellement admis et le résultat fut son discrédit dans toutes les variétés de goitre.

Et ce fut dans une troisième période que la réaction se fit progressivement pour aboutir à la réhabilitation de l'iode dans le traitement du Basedow. La renaissance de la méthode s'ouvre en 1911 par les travaux expérimentaux de Marine et Lenhart qui établissent que la glande hyperplasiée est toujours très pauvre en iode qui ne s'y trouve qu'en petite quantité; ils estiment que c'est à ce manque d'iode qu'il faut attribuer la cause première de ce travail d'hypertrophie et qu'inversement l'administration d'iode peut entraîner la régression des lésions et le retour du corps thyroïde à sa structure normale. C'était établir le rôle bienfaisant de ce médicament dans le goitre exophtalmique dont l'hyperplasie épithéliale reste la lésion fondamentale. A la suite de ces travaux expérimentaux, le traitement iodé fut employé à nouveau et regagna peu à peu sa place dans la thérapeutique du goitre exophtalmique. C'est en Allemagne que furent faits les premiers essais : Chvosteck, en 1917, signale des améliorations surprenantes des symptômes basedowiens avec de faibles doses d'iode et attribue les accidents notés jusqu'alors à l'emploi de doses trop fortes. Neisser, en 1920, estime que la classique contre-indication de l'iode est injustifiée et apporte d'excellents résultats avec l'emploi de faibles doses de solution d'iodure de potassium. En 1921, Lœwy et Zondeck notent une amélioration clinique considérable caractérisée par une augmentation de poids, une diminution de la nervosité, un ralentissement de la tachycardie. Leurs constatations eurent un grand retentissement parce que portant sur un nombre de malades assez étendu et surtout parce que, parallèlement aux modifications symptomatiques, ils montraient un autre élément important, à savoir l'abaissement des échanges respiratoires et du métabolisme basal : pour la première fois les épreuves de laboratoire venaient confirmer les données cliniques. Mais c'est surtout en Amérique que ce problème thérapeutique a été étudié dans toute son ampleur, au point de vue

de ses indications, de ses résultats, de son influence sur la chirurgie du Basedow. Plummer, se basant sur les travaux de Marine et Lenhart indiquant un déficit d'iode dans la glande hyperplasiée, édifie sa fameuse théorie de la thyroxine incomplètement iodée comme cause des symptômes du goitre exophtalmique : d'où l'idée de donner de l'iode à ces malades. Si cette théorie n'était qu'une hypothèse qui n'a reçu aucune confirmation expérimentale, elle n'en a pas moins eu le mérite de réintroduire l'iode dans le traitement de l'hyperthyroïdisme et les résultats, étudiés sur une grande échelle, en ont affirmé la valeur. Dès 1922, Plummer institue le traitement iodé préopératoire à la Clinique Mayo et, en 1923, il publie ses 400 premiers cas, presque tous considérablement améliorés. Mayo, dans ses statistiques, affirme son efficacité, en montrant l'abaissement de la mortalité opératoire. En 1924, Boothoy, dans une Revue générale détaillée basée sur 1.200 observations à la Clinique de Rochester, confirme ce qu'avait annoncé Plummer. L'iode devient dès lors le médicament spécifique du goitre exophtalmique et tous les chirurgiens américains utilisent cette méthode, et successivement, au cours de ces dernières années, ils en apportent les résultats, en fixent les indications et montrent ce que l'on peut légitimement en espérer (Means, Marion Read, Jackson, Sturgis et Greene, de Courcy, Clute, Graham). En Europe, l'iodothérapie ne tarda pas à se généraliser. Fraser, Cowel et Mellanby, en Angleterre; Holst, Troell, Lied, dans les Pays scandinaves; Dautrebande, Slosse, en Belgique, s'en déclarent partisans convaincus. En France, Labbé a étudié sa valeur et dès 1919, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, il publiait, au grand étonnement des membres de cette Société, deux observations de basedowiens améliorés par l'iode ; en 1926, il y rapporte ses premiers résultats qui sont basés déjà sur un nombre important d'observations et dont l'excellence confirme la thèse américaine; tout récemment, à la séance du 29 juin 1928, il donne encore des faits nouveaux qui concordent pleinement avec ses premiers résultats. Depuis trois ans déjà, la pratique de l'iode dans la préparation des opérés a été introduite dans la Clinique de notre maître M. le professeur Bérard. Avec M. Dunet, il en a rapporté les excellents effets. Depuis que nous sommes dans son service nous avons pu nous convaincre nous-même des heureuses transformations qui surviennent chez les malades et qui les rendent plus aptes à aborder l'intervention. C'est d'ailleurs cette constatation qui nous a incité à étendre de plus en plus les indications de l'iode à toutes les manifestations de l'hyperthyroïdisme et nous en usons actuellement de la même façon (mais à doses plus faibles) dans les cas de goitres basedowifiés et d'adénomes toxiques (1).

Mode d'emploi. — L'iode est employé sous diverses préparations. Lœwy et Zondeck utilisaient une solution d'iodure de potassium à 5 p. 100. Fraser une solution d'iode à 5 pour 95 d'alcool sans adjonction d'iode de potassium, Dautrebande emploie la solution de lugol, mais à concentration double que celle utilisée d'ordinaire. La forme sous laquelle la médication iodée est le plus souvent donnée est la solution de lugol, suivant la formule américaine : iode, 5; iodure de potassium, 10; eau, 100; Labbé s'y est rallié. C'est également la seule préparation employée dans le service de M. le professeur Bérard.

Il faut reconnaître que la posologie du lugol dans le Basedow n'est pas encore fixée de façon absolue, car s'il est reconnu qu'une certaine quantité est nécessaire pour atteindre le maximum d'amélioration, nous ne sommes pas capables de juger à quel moment cette quantité suffisante a été atteinte. Cependant la tendance actuelle semble être de donner des doses plus fortes qu'au début de la méthode et alors que, par prudence, l'iode était administré par périodes interrompues, on l'emploie actuellement sans discontinuité et à doses progressivement croissantes (Labbé). Mais on ne saurait prolonger indéfiniment cette médication, car il arrive un moment où l'iode cesse d'agir et devient nuisible. L'idéal est de juger le moment où la rémission des symptômes est maxima et d'opérer à cette période, avant l'apparition des troubles provoqués par l'iodothérapie trop prolongée. Malheureusement aucun critérium ne nous permet de juger cet instant de façon exacte. La conduite la plus prudente est de ne pas trop prolonger le traitement dans l'espoir d'une amélioration plus complète et d'intervenir quand, au bout de quelques jours, les troubles semblent apaisés de façon suffisante. C'est le procédé utilisé dans le service de M. le professeur Bérard où le lugol est donné à doses progressivement croissantes, afin de tâter la susceptibilité du sujet : X gouttes par jour pendant les deux premiers jours ; puis XX gouttes pendant les trois ou quatre journées suivantes, enfin XXX gouttes. Nous avons rarement dépassé ce chiffre, ayant toujours obtenu une amélioration suffisante et n'ayant pas jugé utile de recourir aux doses massives (L et LX gouttes) que préconisent certains.

La durée du traitement préopératoire varie suivant l'intensité des troubles. Dans les formes légères, la médication iodée a relativement peu d'intérêt et de tels malades sont susceptibles d'être opérés dans d'excellentes conditions après quelques jours de simple repos. Mais dans les formes moyennes et graves, l'iode est actuellement indispensable et doit être donné jusqu'à sédation appréciable des troubles. Nous l'utilisons en général durant une période variant entre six et douze jours. Cette durée nous a toujours paru suffisante et nous n'avons jamais prolongé le traitement pendant plusieurs semaines.

Les résultats immédiats de la médication iodée : la rémission iodique. — Nous n'avons pas l'intention de reproduire ici toutes les statistiques très nombreuses publiées à ce sujet (Plummer, Boothby, Jackson, Fraser, Starr, Labbé, etc.). De la lecture de ces travaux et des constatations que nous avons pu faire, nous dégagerons seulement les propositions suivantes :

(1) R. PEYCELON. Du traitement chirurgical de la maladie de Basedow, *Th. de Lyon*, 1929.

1° L'iode amène une amélioration manifeste, mais qui ne porte pas au même degré sur tous les troubles. Certains symptômes sont amendés de façon parfois complète, alors que d'autres sont à peine influencés.

Le fait le plus frappant est l'amélioration subjective qu'accusent presque toujours les malades. L'état général se relève; le sommeil redevient calme, la nervosité s'apaise et ils reconnaissent eux-mêmes, au bout de quelques jours, une sensation de bien-être inconnue jusqu'alors. Cette action temporairement frénatrice sur les troubles nerveux est parfois vraiment remarquable. Très souvent, la médication entraîne une reprise de poids rapide et Lœvy et Zondeck rapportent des observations de sujets ayant engraissé de 10 kilogrammes en deux mois de traitement. La tachycardie est un symptôme qui est modifié de façon presque constante mais dans une mesure variable. En général, le pouls s'abaisse au-dessous de 100, mais revient rarement à sa fréquence normale et garde son instabilité, la tachycardie reparaissant à la moindre émotion. Selon les Américains, l'action la plus remarquable est sur les crises gastro-intestinales : les accidents aigus s'accompagnent de diarrhées et de vomissements, qu'ils ont si souvent l'occasion d'observer, cèdent en quarante-huit heures, alors qu'ils résistent aux autres médications. « L'iode, dans ce cas, donne de véritables résurrections » (Jackson).

Comme le fait remarquer Labbé, ce sont au premier chef les symptômes proprement thyroïdiens qui sont influencés, mais les signes d'une hyperexcitation du sympathique ne sont guère modifiés. C'est surtout le cas de l'exophtalmie qui, en général, persiste sans changement ou seulement avec des variations très légères. De même, le goitre ne semble pas modifié dans son volume et sa vascularisation.

2° L'iode amène presque régulièrement une chute du métabolisme basale et en cela il prouve son action frénatrice sur la sécrétion thyroïdienne.

Lœwy et Zondeck, les premiers, ont mis en évidence la diminution rapide des échanges respiratoires. Depuis, tous les auteurs ont confirmé cette action. Plummer et Boothby y ont insisté dans leurs communications successives. En 1924, Holmes, Means, Portes, Richardson et Starr, qui ont publié une étude spéciale sur l'influence de l'iode sur le métabolisme, concluent qu'il y a une chute rapide dans 80 p. 100 des cas; dans 50 p. 100 le métabolisme atteint son taux normal en une moyenne de onze jours; dans 20 p. 100, l'iode reste sans effet notable. Jackson a vu le métabolisme moyen s'abaisser de + 50 p. 100 à + 8 p. 100. Labbé a toujours remarqué qu'il est nettement influencé par l'iode et que souvent il revient à la normale. Personnellement, sur un nombre de cas, d'ailleurs restreint, nous avons vu le métabolisme s'abaisser toujours, revenir parfois aux environs de son taux normal, mais sans jamais l'atteindre (l'abaissement le plus marqué que nous ayons noté est à + 8 p. 100.

Les modifications des échanges respiratoires sont donc le meilleur signe pour juger de l'effet de l'iode. On peut en général compter sur leur amélioration, mais rarement sur leur retour complet à la normale et il semble y avoir parallélisme entre la chute du métabolisme et l'intensité de l'amélioration clinique.

3° L'amélioration produite est rapide et se fait dans les quinze jours qui suivent le début du traitement.

Presque toujours l'iode a un effet immédiat, constatable déjà au bout de quarante-huit heures et l'amélioration maxima est obtenue au bout d'une semaine à quinze jours le plus souvent. C'est cette période de rémission qu'il faut utiliser, étant donné que l'iode est sans bénéfice final durable et ne peut être continué indéfiniment.

4° La rémission iodique n'est jamais complète et équivalente à une guérison. Elle n'est pas d'autre part indéfinie, d'où l'inutilité de prolonger le traitement et la nécessité d'opérer au moment de la stabilisation des résultats, sans interrompre cependant la médication iodée.

5° L'amélioration donnée par l'iode n'est pas égale chez tous les sujets et peut parfois manquer.

Il y a des malades qui ne sont pas influencés. Fraser a insisté sur les formes rebelles et a vu parfois la médication rester sans effet. Bield et Redisch employant des doses analogues à celles préconisées par Plummer enregistrent des échecs dans la proportion de 1 sur 3. Labbé rapporte des cas malheureux où les symptômes ne s'amendent pas et où le métabolisme ne diminue pas malgré la prolongation du traitement; mais il pense que ces cas rebelles doivent être interprétés moins comme une action nocive de l'iode que comme son insuffisance, car si on le supprime à ce moment, on voit le Basedow subir une poussée évolutive plus active encore. Rien au point de vue clinique ne permet de distinguer les cas qui résistent à l'iode et de prévoir le résultat. Cependant ce sont surtout les formes légères qui réagissent peu et l'amélioration obtenue ici n'est pas supérieure à la simple cure de repos. Par contre, plus les phénomènes d'intoxication et d'excitation nerveuse sont accusés, plus est marquée l'action bienfaisante de ce médicament. Il semble y avoir relation certaine entre la gravité des troubles cliniques et le degré d'action de thérapeutique iodée.

Résultats secondaires de la médication iodée. Peut-elle prétendre à être une médication curatrice? — Une question devait forcément se poser dès la constatation des bons effets du traitement iodée, celle de savoir s'il était possible de substituer cette forme nouvelle du traitement médical à la thérapeutique sanglante.

Or, les conclusions apportées de façon très ferme dès le début de la méthode par Plummer et Boothby semblent rester vraies actuellement : l'action bienfaisante de l'iode n'est que passagère et ne fait qu'amener le malade à une phase plus favorable, mais sa prolongation n'est pas suivie d'une amélioration progressive des symptômes; bien plus, elle entraîne leur aggravation secondaire. La médication iodique, excellente si on l'envisage comme adjuvant préopératoire, ne peut avoir la prétention d'être un traitement curateur, et ce serait courir des dangers.

que de la prolonger indéfiniment en voulant l'envisager comme telle.

Cette façon de voir a été confirmée par les constatations d'un grand nombre de cliniciens qui ont vu que la continuation indéfinie du remède est suivie d'une reprise de l'hyperthyroïdisme. Ce traitement n'a qu'une valeur palliative et il importe de choisir avec soin le moment propice pour intervenir, car si l'on ne profite pas de la rémission iodique, on se retrouve plus tard dans les mêmes conditions que primitivement. Starr, d'abord en 1924, en collaboration avec Walcott, Segall et Means, puis en 1927, a étudié plus spécialement l'évolution de l'hyperthyroïdisme au cours de la médication iodée et pense qu'il ne faut utiliser cette thérapeutique qu'avec circonspection et uniquement en vue d'une action préparatrice à l'intervention, car si elle donne une première phase de rémission, ses résultats secondaires, par contre, sont défectueux de quelque façon que l'on dirige ce traitement : si on continue l'administration de l'iode sans intervenir, on assiste à un retour graduel des troubles cliniques, et le métabolisme basal remonte à son taux primitif : de même si on cesse l'iode brusquement, on assiste à un ensemble de phénomènes auxquels Starr donne le nom de « réaction post-iodique » dès la cessation du médicament, il se fait une exacerbation rapide des symptômes, le métabolisme remonte à un taux qu'il n'avait jamais atteint jusqu'alors et les troubles réapparaissent souvent plus graves qu'auparavant. Starr en rapporte plusieurs observations et conclut que la crainte de cette réaction post-iodique doit être un argument pour continuer l'iode après l'intervention et ne le cesser que lorsque les effets de la thyroïdectomie seront assurés et que tout danger sera écarté. Identiques sont les conclusions de Jackson qui réserve cette médication aux malades qui doivent être opérés, considérant qu'elle n'a d'intérêt que parce que réduisant les risques d'hyperthyroïdisme post-opératoire, mais qu'elle est incapable de donner un résultat durable. Cowell et Mellamby, Cole, Wolberg, Slosse pensent également qu'en cas de prolongation de l'iodothérapie les signes primitifs d'amélioration disparaissent et les symptômes reprennent leur courbe ascendante.

La conclusion semble évidente. L'iode ne peut arrêter indéfiniment l'hyperthyroïdisme et être considéré comme une thérapeutique de longue haleine. Il ne fait que freiner temporairement les symptômes et a une efficacité immédiate, mais limitée. Il ne faut s'en servir que comme préparateur de courte durée dans le but d'assurer la bénignité du traitement chirurgical.

A cette opinion, on a voulu donner un démenti et certains pensent que l'iode à doses prolongées peut guérir les malades. Marion Read en a ainsi usé avec bénéfice. Nield et Redisch, employant l'iode de façon discontinue, ont obtenu des guérisons se maintenant au bout de deux ans. Mac Guire, des guérisons spontanées sans intervention. Labbé, en 1926, était enclin à lui reconnaître un véritable pouvoir curateur et il en rapportait trois cas, en particulier l'observation d'une malade gravement atteinte qui s'était remise sous l'influence de l'iode et qui, au bout de six mois, avait un métabolisme normal ; mais en 1928, n'ayant plus eu l'occasion de voir un seul cas de guérison complète, Labbé semble moins affirmatif sur la valeur curatrice de l'iode.

Par contre, Lahey dit n'avoir jamais vu de guérison chez les malades où il a continué le lugol pendant longtemps; Dautrebande n'en cite pas un seul cas. Aussi, malgré les quelques cas heureux rapportés et qui sont l'exception, il ne semble pas justifié de considérer l'iode comme traitement de base du goitre exophtalmique, sauf peut-être dans les formes de début. L'iode a une action qui n'est pas progressive et définitive et ne guérit pas. Si l'on ajoute à cela les dangers de son administration prolongée, on comprendra qu'il faille la considérer uniquement comme un moyen permettant au malade de supporter plus facilement l'opération. C'est dans ce sens uniquement que ce médicament a été utilisé à la clinique de M. le professeur Bérard.

Mode d'action de l'iode. — Il est d'autant plus difficile de fixer le mode d'action de l'iode que la pathogénie du goitre exophalmique reste obscure dans nombre de ses éléments.

Il est un fait certain, c'est que l'iode exerce son action sur la glande thyroïde elle-même et non sur les tissus généraux du corps, influe sur la sécrétion et non sur les combustions organiques au niveau des tissus. Il y a déjà longtemps que Marine et Lenhart ont montré que lorsque le contenu de la glande en iode s'abaisse, elle subit des modifications d'hypertrophie. Ces faits, appuyés par les constatations de Mac Carrisson, Mellanby, ont fait considérer l'hyperplasie basedowienne comme une réaction compensatrice déclanchée par la carence d'iode et ont poussé à considérer l'administration de ce corps comme pouvant avoir une valeur thérapeutique. En fait, Marine montra que l'hyperplasie basedowienne rétrocède avec ce médicament qui entraîne le retour de la glande à sa structure normale de repos. Ces données contrastaient donc singulièrement avec les idées admises sur l'iod-basedow reliant le déclanchement des lésions épithéliales à un abus de l'iode.

Les études histologiques récentes entreprises en série depuis la vulgarisation de cette médication n'ont fait que confirmer les idées de Marine. En 1925, Rienhoff emploie une méthode d'une grande précision scientifique : il excise d'abord sous anesthésie locale un fragment du pôle supérieur de la glande sans léser les vaisseaux; puis il institue un traitement au lugol et pratique la thyroïdectomie trois semaines plus tard. En comparant les tissus, il trouve toujours des modifications de structure caractérisées par une diminution de la vascularisation, un accroissement très marqué de la colloïde, une modification de l'épithélium qui tend à reprendre son type cylindrique normal, une tendance à la sclérose conjonctive; les acini se sont reformés et sont distendus par la colloïde; il y a disparition de la desquamation épithéliale dans les acini. La même année, Cattell, étudiant 125 cas opérés à la clinique de Lahey, à Boston, note de la même façon une réduction des modifications hyperplasiques, une décroissance de la vascularisation, une augmentation consi-

dérable de la colloïde et trouve ces modifications jusqu'à un certain point proportionnelles à la quantité et à la durée de la thérapeutique iodée. Hellwig, en 1928, pense que l'on peut toujours retrouver une base anatomique à l'amélioration clinique et que l'iodothérapie déclanche une involution qui se déroule progressivement. En comparant les coupes histologiques de pièces prélevées sur trente malades ayant reçu du lugol et trente qui n'en n'avaient pas eu, il trouve que l'iode produit de façon constante des changements appréciables dont le fait capital est l'accroissement de la colloïde qui distend les acini; par contre, l'accroissement du tissu conjonctif, la diminution de la vascularisation décrites par Rienhoff et Cattell lui semblent plus difficiles à apprécier. De même Mosser étudiant expérimentalement sur le chien les effets de l'iode, conclut qu'il stimule avant tout la production de colloïde qui est en hyperabondance et sur les coupes de la distension des acini est l'élément le plus frappant. On ne peut nier en somme que l'iode entraîne une diminution des lésions hyperplasiques et une tendance au retour à la structure normale. Ces modifications sont identiques à celles réalisées par les ligatures, mais sont plus marquées et généralisées à toute la glande (Cattell, Giordano).

Mais là où le problème devient compliqué, c'est lorsqu'il s'agit de trouver dans ces modifications anatomiques la cause même de l'amélioration. Plusieurs hypothèses ont été données. Plummer pensait que l'iode redonne à la molécule de thyroxine sa constitution normale et lui enlève ainsi ses propriétés nocives. Cette théorie reste une hypothèse : outre qu'il est peu logique d'admettre une transposition directe de corps chimiques au niveau d'une glande, elle ne s'appuie sur aucun fait expérimental : de plus, comment expliquer la rechute après l'amélioration primitive dans les cas de prolongation du traitement iodé? Aussi, se basant sur le fait que l'iode entraîne des modifications de la glande elle-même, a-t-il semblé plus logique à certains d'admettre que l'iode exerce son action sur la production des substances toxiques plus que sur la substance circulant dans le sang. Pour De Courcy, Mosser, le fait essentiel est l'abondante sécrétion de colloïde qu'entraîne l'iode et qui aboutit à la distension maxima des vésicules; il en résulte une compression mécanique des cellules de l'acinus qui, selon eux, peut inhiber temporairement la fonction sécrétoire habituelle des cellules ou bloquer l'excrétion des produits élaborés et c'est à cette réduction du pouvoir sécréteur par compression directe qu'ils rapportent l'amélioration clinique. Puis, graduellement, les cellules s'adaptent à ces conditions nouvelles et retrouvent leur pouvoir sécréteur, dès lors l'iode cesse d'agir, ce qui expliquerait la réaction post-iodique observée malgré la continuation de l'iode. Cette théorie diffère de la thèse de Plummer en ce qu'elle attribue à l'iode une action indirecte et non spécifique sur la sécrétion glandulaire. Mais basée uniquement sur des contrôles histologiques, elle n'a aucun fondement expérimental.

La seule conclusion que l'on puisse donner actuellement est que l'iode dans l'hyperthyroïdisme provoque des modifications de structure tendant au retour à l'état normal et semble agir comme un régulateur temporaire de la sécrétion. Mais quant à donner une explication nette de son action, on ne peut qu'accepter la conclusion de Braitner au Congrès du goitre de 1928, « Le fait que l'iode ait une influence favorable dans le Basedow est un mystère ».

Emploi de l'iode durant la période post-opératoire. — L'iode présente des avantages après une thyroïdectomie et les chirurgiens américains préconisent son emploi pendant les jours qui suivent l'intervention (Plummer, Jackson). Donné dans les suites immédiates, le lugol évite la crise d'hyperthyroïdisme en combattant la thyrotoxicité post-opératoire et nous avons rapporté l'opinion de Starr tendant à prouver que toute cessation brusque de l'iode est suivie d'une recrudescence des symptômes; cette réaction post-iodique est un argument pour ne le cesser que lorsque l'opération a supprimé tout danger. Une telle conduite est suivie dans le service de M. le professeur Bérard où le lugol n'est pas arrêté brusquement au lendemain de l'intervention, mais continué durant une semaine environ à doses décroissantes.

Même dans les suites éloignées, la médication iodée peut avoir un certain intérêt. Expérimentalement, les recherches de Mason tendent à préciser que l'iode arrête la régénération du tissu thyroïdien après une thyroïdectomie. Labbé a pu juger de ses bons effets après l'intervention, car souvent une résection thyroïdienne ne donne que des résultats incomplets avec persistance d'un métabolisme à + 30 p. 100 et en redonnant de l'iode on peut parfois ramener le métabolisme à sa valeur normale et faire disparaître les signes basedowiens. Nous avons pu, au cours de ces derniers mois, nous convaincre personnellement de l'efficacité du traitement iodé dans les suites éloignées de l'intervention : à certains de nos malades convoqués chez qui l'opération pratiquée n'avait donné qu'une amélioration imparfaite, mais dont les troubles résiduels ne nous ont pas paru justifier une opération itérative, nous avons formulé un traitement iodé; ce traitement discontinu et à faibles doses (xv gouttes de lugol pendant une semaine, suivie d'une semaine de repos) a en général donné un résultat heureux et les malades nous ont presque toujours répondu avoir ressenti une amélioration notable des troubles persistants.

Accidents de la médication iodée. — C'est un fait remarquable que, malgré l'usage général que l'on fait actuellement de l'iode dans le Basedow, on n'ait enregistré que fort peu d'accidents provoqués par cette indication. Tous les travaux et statistiques proclament son heureuse influence, mais restent le plus souvent muets sur les complications possibles : les Américains ne semblent que très exceptionnellement avoir noté des suites fâcheuses; Labbé n'a jamais vu d'augmentation de l'hyperthyroïdisme; depuis qu'il est employé ici, l'iode ne nous a jamais donné de surprises désagréables. Kocher, Zondeck, Redlich, Kolman ont cependant signalé des cas où l'iode semble avoir aggravé le Basedow, mais, à vrai

dire cette influence n'a jamais été très néfaste et ces cas rebelles ne doivent pas forcément être interprétés comme aggravés par l'iode, mais peuvent être considérés souvent comme une preuve de son insuffisance à juguler une poussée de thyroïdisme aigu (Labbé). Cette innocuité relative contraste singulièrement avec la réputation de danger dont a joui pendant longtemps cette méthode et qui en avait fait proscrire l'emploi, sans que l'on trouve de raison évidente pour expliquer cette contradiction.

Bien que ce soit une éventualité rare, l'iode peut causer des accidents relevant non d'une cause thyroïdienne, mais de son action propre. Labbé n'a jamais vu de signes d'iodisme et croit ce médicament bien toléré; mais Holst rapporte des cas de basedowiens graves et ayant subi un traitement au lugol intensif qui présentèrent au bout de quelques temps des phénomènes d'iodisme avec coryza et conjonctivite; or, malgré cela, l'état hyperthyroïdien s'améliora considérablement, ce qui prouve que iodisme et thyrotoxicose sont deux états différents l'un pouvant se développer tandis que l'autre disparaît. Ce fait curieux tend à démontrer que l'iodbasedow n'est pas, contrairement à ce que l'on a écrit, une sorte de « iodisme des goitreux ».

Influence du traitement iodé sur la thérapeutique chirurgicale du goitre exophtalmique. — De l'ensemble de ces faits ressort l'intérêt de la médication iodée dans le goitre exophtalmique; sa réintroduction a marqué un très réel progrès et si son efficacité en tant que traitement de base est discutable, elle n'en constitue pas moins un adjuvant précieux du traitement sanglant. Nous reviendrons dans la suite sur la part respective qu'il convient de faire au traitement iodique et à la chirurgie. Aussi nous contenterons-nous ici de marquer l'influence qu'a eue cette indication sur le traitement opératoire.

1° La médication iodée a élargi les indications opératoires. — La cause qui limitait l'action chirurgicale et faisait différer l'intervention était l'état d'intoxication avancé des malades. Or, un traitement préopératoire rigoureusement conduit recule les limites de l'opérabilité. Des cas désespérés en apparence peuvent être ramenés dans de bonnes conditions, être opérés sans trop de risques et il est possible d'intervenir chez des sujets, et peut-être de les sauver, qui étaient auparavant considérés comme au-dessus des ressources de l'art chirurgical.

2° La médication iodée a modifié les directives du traitement chirurgical et l'a orienté vers des opérations plus radicales. — Depuis les éloquents plaidoyers de Kocher, le principe des opérations sériées était admis sans conteste et semblait le seul moyen capable de réduire les risques de la chirurgie et d'abaisser la mortalité dans le Basedow. Or, l'iode accomplit ce que l'on cherchait autrefois par l'emploi des rayons X ou des ligatures atrophiantes et réduit l'intoxication. Il peut dispenser ainsi des ligatures préliminaires et permettre d'emblée une résection thyroïdienne qui est la seule opération logique. Cette simplification dans la conduite du traitement et cette réduction du nombre des opérations est un fait admis par la majorité des chirurgiens étrangers. Lahey estime que le lugol a pratiquement éliminé les ligatures préventives, et alors qu'en 1923, il ne faisait que 37 p. 100 d'opérations en un temps, en 1927, il fait dans 90 p. 100 des cas une thyroïdectomie subtotale d'emblée. Pemberton en 1926, déclare faire onze fois moins de ligatures qu'en 1921. Frazier est d'avis que l'iode dispense des ligatures qui ne restent indiquées que dans les cas très toxiques avec lésions viscérales. Cette réduction des opérations est évidemment un grand avantage pour le malade. Cependant il semble sage de faire des réserves et il serait imprudent de se baser sur l'efficacité de la médication iodée pour rejeter de façon aussi absolue le principe des opérations fractionnées. Cette méthode a fait ses preuves et a donné d'excellents résultats; vouloir l'abandonner pour opérer en une seule séance sous prétexte que l'on a fait un traitement iodé pré-opératoire sévère serait peut-être courir à un échec, et il est à craindre que ce serait augmenter la mortalité que de vouloir à tout prix remplacer les opérations fractionnelles par l'opération en un temps. C'est là une question sur laquelle nous reviendrons à propos des indications opératoires.

Le traitement au lugol a, d'autre part, contribué à rendre la chirurgie plus radicale. Alors que pendant longtemps on se borna à faire des hémi-thyroïdectomies afin de ne pas aggraver le choc opératoire, actuellement où les malades peuvent être rendus plus aptes à supporter l'intervention, on pratique des résections thyroïdiennes beaucoup plus étendues, thyroïdectomies subtotales, bilatérales. Or, cette substitution d'une exérèse large aux lobectomies unilatérales a été une des raisons majeures de l'amélioration des résultats éloignés.

3° La médication iodée est une des causes principales de l'amélioration des résultats immédiats et de l'abaissement de la mortalité opératoire. — Il est certain que depuis son emploi, les suites immédiates des interventions dans le Basedow se déroulent beaucoup plus simplement. L'iode assure une grande sécurité et les crises aiguës d'hyperthyroïdisme, si redoutées autrefois, sont de plus en plus rares et peuvent être efficacement traitées. Ces accidents mortels sont l'exception et la réaction toxique reste le plus souvent limitée à une ascension thermique et à une tachycardie modérée. Cette réduction des risques chez les malades préparés au lugol est un fait frappant qui rend la chirurgie du Basedow de pronostic rassurant et lui donne une sécurité certaine. La lecture des statistiques accuse cette action efficace.

Le traitement iodé marque donc une étape nouvelle dans la chirurgie du Basedow : Thérapeutique spécifique de l'hyperthyroïdisme « comme l'est l'insuline dans le coma diabétique », suivant l'expression de Boothby, il permet d'amener les malades à l'intervention dans d'excellentes conditions, de supprimer les crises toxiques post-opératoires, d'opérer le plus souvent en une seule séance, de pratiquer de

larges interventions adéquates aux lésions. Il élimine ainsi les principaux arguments contre le traitement sanglant et doit contribuer à lui assurer la suprématie dans la cure du goitre exophtalmique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MARS 1929)

Spirochètes et tréponèmes d'un granulome vénérien. — MM. G. DELAMARE et C. GATTI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 MARS 1929)

Eloge. — M. MÉNÉTRIER, vice-président, lit une notice nécrologique sur M. Balzer, récemment décédé.

Suspension de séance. — En raison du deuil national causé par la mort de M. le maréchal Foch, M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie de suspendre ses travaux pendant quelques minutes.

A propos de la question de l'encéphalite dite « post-vaccinale » discutée à la Société des Nations par la Commission de la variole et de la vaccination. — M. L. CAMUS attire l'attention sur quelques points particuliers du rapport de la Commission qui s'est occupée récemment de l'encéphalite postvaccinale. Cette complication, à peu près inconnue en France, n'a jusqu'ici été observée que dans quelques pays. Ce sont peut-être les conditions favorables à la vaccination qui se sont généralisées depuis l'application de la loi du 15 février 1902 qui ont contribué à écarter cette complication.

La Commission de la Société des Nations, ayant reconnu l'heureuse influence de la vaccination pratiquée au cours de la première année sur la fréquence des réactions encéphalitiques, en recommande l'emploi aux pays qui n'ont pas la vaccination obligatoire et qui vaccinent les enfants à un âge déjà avancé.

Quoi qu'il en soit, M. Camus demande que soient transmises, à l'Institut supérieur de vaccine qui les centralise, toutes les observations qui pourraient être utilement communiquées à la Société des Nations et lui faciliteraient son enquête. Il invite, en outre, les centres vaccinogènes à participer à l'étude de la détermination des conditions favorables au maintien de la virulence du vaccin par la culture exclusive de génisse à génisse qui est conseillée par la Commission de la variole et de la vaccination de la Société des Nations.

— Nous signalons à ce propos le récent article de M. Levent sur l'encéphalopathie postvaccinale (*Gaz. des hôpit.*, 27 mars 1929, n° 25).

Hygiène de l'enfance. — M. LESAGE propose une nouvelle rédaction du vœu qui avait été réservé dans la séance du 5 mars (v. *Gaz. des hôpit.*, 9 mars 1929, n° 20). Le nouveau vœu est ainsi rédigé : « ... d'envoyer à la statistique générale de France la fiche de première année (enfants protégés) dès le mois de janvier et avant le 1er mars ; d'*unifier la statistique des Enfants-Assistés* en prenant comme type les tableaux 14 et 17 du rapport sur le service des Enfants-Assistés de la Seine. »

Ce vœu est adopté.

La lèpre en France. — M. JEANSELME lit une note de M. Paul VIGNE (de Marseille) signalant de nouveaux cas de lèpre disséminés dans la région marseillaise et en contact avec le public. C'est ainsi que M. Paul Vigne cite un garçon de café, un valet de chambre, une femme de chambre, une propriétaire de restaurant atteints de lèpre. Il signale aussi deux jeunes filles contaminées qui sont les enfants de deux fonctionnaires de Madagascar. Dans ce dernier cas se pose une nouvelle question, déjà soulevée par M. Jeanselme, celle de la responsabilité de l'Etat pour une maladie contractée à l'occasion de son service et décelée très tardivement.

Les statistiques de M. Vigne montrent de plus l'*accroissement évident de la lèpre.* Il a relevé une quarantaine de cas dans sa région, alors que Perrin en 1898 n'en avait trouvé que 11 et que la vieille statistique de Zambaco et Boinet n'en signalait que 5 en 1892.

M. Jeanselme insiste sur la nécessité d'attirer à nouveau l'attention des pouvoirs publics sur ces faits, il estime que la surveillance exercée par les services sanitaires municipaux est insuffisante et demande de nouvelles mesures.

L'étude de ses vœux est renvoyée à la commission de la lèpre.

Dengue et fièvre jaune. — MM. G. BLANC, CAMINOPETROS et GIROUD. L'Institut Pasteur d'Athènes s'est toujours attaché à élucider les problèmes pathologiques intéressant spécialement la Grèce. Un mémoire du docteur G. Blanc, directeur du dit Institut, en collaboration avec les docteurs J. Caminopetros et P. Giroud en fournit une nouvelle preuve; il est relatif à la dengue, qui a sévi l'été dernier sur la Grèce.

Le résultat qui ressort de ces recherches est le suivant : en dépit des assertions, il n'y a aucun rapprochement à faire entre la fièvre jaune et la dengue.

L'urine des sujets atteints de fièvre jaune. — Le pharmacien capitaine PICHAT, des troupes coloniales, présente par l'intermédiaire du professeur Auguste Pettit, une note où il montre l'importance de l'analyse des urines pour le diagnostic de la fièvre jaune.

L'analyse chimique des urines permet de dépister les cas de fièvre jaune dès le début, avec un minimum de chances d'erreur, de déceler des cas frustes : de suivre pas à pas l'évolution de la maladie, comme l'ont fait à Dakar, avec un dévouement de tous les instants, les médecins traitants.

Recherches thérapeutiques sur le psoriasis. Sa cure bismuto-arseno-pyridinique. — MM. JAUSION, DEBUCQUET et PECKER apportent à l'Académie le complément de leurs travaux sur la chimiothérapie bismuto-arseno-pyridinique du psoriasis. Leurs premiers essais de blanchiment avaient été exposés à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie en novembre 1927.

Les auteurs rappellent brièvement leurs recherches infructueuses au cours de quatre années durant lesquelles ils tentèrent successivement :

Biothérapie par les cultures de ferment lactique à hautes doses et lysats de ces cultures,

Opothérapie,

Physiothérapie avec les huiles cholestérinées irradiées et les ultra-violets après luminosibilisation.

Seule la chimiothérapie devait leur réserver des résultats heureux, avec l'émétique arsenical de pyridine. Cet arsenical pentavalent, issu du laboratoire de chimie du Val-de-Grâce, joint aux propriétés du métalloïde l'avantage du support émétique et l'action végétotrope et sédative de la pyridine. Son mélange avec l'oxydiéthylo-dicarboxy-diimino-isobutyrate de bismuth aboutit à un produit limpide et stable susceptible d'être injecté par voie veineuse et tous les deux jours. La cure doit être poursuivie jusqu'à concurrence de 30 injections. Elle peut aussi être assurée par voie intramusculaire.

Cette préparation ne souffre que peu d'intolérances et ne cause qu'exceptionnellement des incidents bénins (algie maxillaire, chasse diarrhéique).

Les auteurs insistent sur la grande efficacité du produit dans le psoriasis arthropathique.

En raison du cousinage fréquemment allégué des psoriasiques et des diabétiques, ils ont ainsi traité trois malades atteints de diabète léger et les ont rendus aglycosuriques. Deux cas de diabète acétonémique n'ont été, par contre, aucunement influencés.

Le complexe bismutho-arseno-pyridinique est également très efficace dans les parakératoses psoriasiformes au nombre au nombre desquelles l'eczéma séborréique.

Election. — MM. Khouri (d'Alexandrie) et Van Itallie (de Leyde) sont élus correspondants étrangers dans la sixième division (pharmacie).

Vacances de Pâques. — La prochaine séance aura lieu le mardi 9 avril.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1929)

A propos des transfusions massives. — M. P. Emile WEIL pense même en présence des grandes hémorragies chirurgicales ou médicales, qu'il est préférable de pratiquer une transfusion de 500 centimètres cubes de sang, plutôt qu'une transfusion de 1 ou 2 litres. Ou cette transfusion est suffisante, suivie ou non d'injections ou de goutte à goutte glucosés, ou l'on recommencera dans les douze ou vingt-quatre heures une seconde et même une troisième transfusion.

Sur des centaines de transfusions chirurgicales, l'auteur ne s'est trouvé que six fois dans la nécessité de pratiquer de multiples transfusions (trois fois deux transfusions, trois fois trois transfusions).

Dans ces conditions la transfusion du sang stabilisé qui ne nécessite l'emploi que de 1g50 de citrate de soude est plus simple et plus pratique que celle du sang pur.

Les traitements physiothérapiques des eczémas. — M. E. JUSTER rappelle les avantages des traitements physiothérapiques des eczémas récidivants ou à tendance chronique. En utilisant pour chaque variété d'eczéma le meilleur traitement, il est possible d'obtenir des résultats intéressants.

M. Juster emploie les directives suivantes : eczémas aigus, non infectés = rayons infra-rouges, rayons X, à doses très légères (1 à 2 H, nus ou très peu filtrés).

Eczémas microbiens (eczémas microbiens ou dermites microbiennes avec réaction cutanée eczémateuse) : rayons ultra-violets et rayons X.

Eczémas lichénifiés : rayons ultra-violets à doses progressives et prudentes. En cas de nouveau suintement : rayons infra-rouges. Haute fréquence (effluvation et étincellage) pour calmer le prurit. Rayons X à doses de 4 ou 5 H nus ou filtrés sous 1 ou 2 millimètres d'aluminium rejetés toutes les trois à quatre semaines.

Cette thérapeutique des eczémas rebelles aux médicaments ordinaires (pommades, régime) mériterait d'être plus connue et mieux utilisée par les praticiens.

Traitement de l'intoxication oxycarbonée par l'hyposulfite de soude. — M. ARTAULT DE VEVEY, ordonne pour l'intoxication oxycarbonée, et suivant l'intensité des symptômes, de 8 à 20 grammes d'hyposulfite de soude par 24 h. (en solution aqueuse).

Les symptômes morbides s'effacent dans les six à dix heures qui suivent pour les cas légers, et en vingt-quatre heures pour les cas sérieux. Une seule fois l'auteur fit une injection intraveineuse de 25 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100, l'action se fit sentir au bout de dix heures.

L'action de l'hyposulfite de soude dans ces cas d'intoxication semble être due à la formation dans l'organisme d'hydrosulfite de sodium.

A titre préventif (cas où des cheminées ou des appareils de chauffage sont douteux), l'on pourra donner 5 grammes d'hyposulfite par jour, *per os*.

Chirurgie pulmonaire par le pneumothorax. Nouvelle expérience. Rapport sur les autres méthodes. — M. Georges ROSENTHAL, après pneumothorax a réalisé des pneumopexies et des exopneumopexies chez le lapin. Il étudie les procédés pour éviter l'infection et l'hémorragie, cette dernière peu à craindre. Il montre l'accord nécessaire avec la trachéofistulisation qui évite d'opérer en milieu trop infecté, la méthode adhérentielle de Lama qui sera à combiner comme la méthode de cautérisation Graham dont la forte mortalité tient surtout dans l'absence de désinfection préalable de l'arbre bronchiolo-alvéolaire.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1929)

Notes sur la denture temporaire. — M. HERPIN, L'auteur dont nous connaissons les travaux si intéressants, considère les dents de lait comme des organes en voie de disparition et appuie cette opinion d'exemples pris chez l'homme et diverses espèces animales.

Ostéomyélite subaiguë de la mandibule. — M. le professeur LEMAITRE et Ch. RUPPE. Ces auteurs décrivent une nouvelle forme clinique de l'ostéomyélite de la mandibule, caractérisée par la discrétion des symptômes généraux, la lenteur de son évolution, l'aspect très spécial des lésions anatomo-pathologiquss et la bénignité du pronostic. Le traitement curatif est sous la dépendance d'un traitement chirurgical.

Incisives supérieures temporaires, dites « dents d'Hutchinson. — M. F. GINESTET. L'auteur relate l'observation d'un enfant de dix-huit mois présentant des troubles dysentériformes qui ont cédé à l'administration de sulfarsénol. Il fut amené à instituer ce traitement par l'examen de la denture et il n'a pas hésité à assimiler les dysmorphoses des incisives de lait à celles que l'on constate souvent sur les incisives supérieures permanentes des hérédo-syphilitiques, ces dernières constituant la dent d'Hutchinson classique.

Hématome, angiome, hémorragie de la gencive. Trois cas cliniques. — M. GORNOUEC. L'auteur présente 3 observations fort intéressantes, l'une d'un hématome de la gencive, chez un enfant de deux ans, l'autre d'un angiome, chez une femme de quarante ans, la troisième d'une stomatorragie chez un malade atteint d'une leucémie aiguë. L'étude de l'étiologie de ces affections amène l'auteur à des conclusions thérapeutiques intéressantes.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCES DE JANVIER 1929)

Présentation d'un cas de maladie de Roger. — M. Henri LOUGE présente l'observation d'un nourrisson de quatre mois né à terme sans antécédents héréditaires pathologiques qui présentait les signes radiologiques et cliniques d'une communication inter-ventriculaires. Il présentait, en outre, une importante dilatation de l'hémithorax gauche paraissant secondaire à l'énorme développement du ventricule gauche, au lieu des déformations thoraciques habituellement en rapport avec les lésions congénitales du cœur.

Sténose hypertrophique du pylore à forme aiguë chez un nourrisson. Pylorotomie. Guérison. — MM. J. POUCEL et M. MASSOT. Cas classique. Garçon né à terme. Les vomissements commencent au dix-huitième jour et vont en s'aggravant. Pylorotomie extra-muqueuse de Fredet, sans difficulté. L'enfant revu au bout de six mois est normal; il a gagné une

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale.

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures } par jour
Enfants : 1/2 dose

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES 19 RUE DROUOT PARIS

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Dose : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

citrofluyl & citrocarbine

CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ

CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ

LABORATOIRES
WARIN
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement des Amaigrissements, de la Tuberculose et des Asthénies
par les cachets de

TRIGANOL VIGIER

Mélange de Poudre de Fenugrec désodorisée
et d'extrait hydro-alcoolique de Fenugrec

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES

CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE.
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.

SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.

LE PERDRIEL PARIS 11, Rue Milton (9e)

R. C., 44.342, Seine.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU IVRY (Seine). LYSOL

L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. — I. Les endocrines dans la physio-pathologie clinique, par A.-C. GUILLAUME. Un volume in-16 de 300 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

125, r. de Turenne
— PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

moyenne de plus de 30 grammes par jour. L'auteur insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une surveillance attentive, seuls gages d'une guérison opératoire obtenue à temps et dans de bonnes conditions de résistance.

Sur quelques particularités du mal de Pott chez l'adulte. — M. G. ROTTENSTEIN. L'auteur insiste sur la symptomatologie du mal de Pott chez l'adulte différente de celle de l'enfant. Le silence du côté rachidien est très souvent absolu et c'est par l'apparition d'un abcès froid ou par l'apparition de douleurs de siège variable ou d'une paraplégie brusque qu'il manifeste sa présence. D'où la possibilité d'erreurs de diagnostic dont l'auteur rapporte quelques exemples. La radiographie permet seule de dépister la lésion vertébrale, et il convient d'y avoir recours en cas de doute.

Mal de Pott à évolution torpide révélé par une cyphose étendue. — M. Marcel ARNAUD. Une malade de vingt ans, un mois après des algies intercostales vagues, s'aperçoit par hasard qu'elle a une gibbosité dorso-lombaire. Celle-ci est à peine douloureuse et ne s'accompagne d'aucun trouble nerveux. La radiographie montre un effondrement complet de D_{12} et L_1 avec lésions partielles de D_{11} et L_2. Outre une cyphose dorso-lombaire à large rayon, il existe une déviation latérale en baïonnette du rachis.

Un cas de mal de Pott chez l'adulte à symptomatologie trompeuse. — M. G. DARCOURT. L'auteur rapporte un cas où le tableau clinique pouvait faire penser au début à une pyélonévrite chez une malade de cinquante-quatre ans et où la radiographie montre un mal de Pott de L_2 et L_3 avec abcès. L'auteur insiste sur les signes trompeurs du mal de Pott chez l'adulte et l'utilité de la radiographie.

Bouton d'Orient. — MM. P. VIGNE et BOURRET. Présentation d'une malade arménienne turque porteuse sur le nez d'un bouton d'Orient datant de six mois, la recherche des leishmanias est positive. Cette malade habitant Marseille depuis quatre ans et n'ayant eu aucun contact avec des étrangers nouvellement débarqués, la durée d'incubation de ce bouton dépasse très largement les limites classiques.

Epithelioma spino cellulaire de la joue greffé sur Lupus. — MM. VIGNE, ASSADA et AUDIER. Epithélioma spino cellulaire datant de quatre ans, sur lupus datant de douze ans à type tumidus agminé non exedens. Les auteurs discutent le mode de traitement à employer et concluent à la destruction diathermique.

Deux cas de cholécystite aiguë primitive à bacilles d'Eberth. — M. J. POUCEL. L'auteur en rapporte deux observations chez deux garçons de sept et neuf ans, opérés dans un état septicémique grave, avec une guérison et un décès, l'enfant ayant succombé avant d'être désintoxiqué. Ces cas rappellent par leur brutalité l'ostéomyélite aiguë qui est une septicémie à microbes différents et à localisation osseuse au lieu de vésiculaire. Le seul traitement est la cholécystostomie précoce.

A propos des traumatismes craniens fermes. — M. Marcel ARNAUD.

Puberté précoce à quatre ans et tumeur des capsules surrénales. — MM. ROGER et SOULAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(FÉVRIER 1929)

Endocardite maligne à évolution lente. — MM. MIRALLIÉ et PERRIN rapportent un cas d'endocardite maligne à évolution lente, ayant occasionné une hémiplégie droite avec aphasie totale par ramollissement sylvien. Hormis cet accident aigu, l'affection ne se manifestait que par la fièvre continue et l'hypocratisme accentuée des doigts. L'hémoculture même est restée négative par les procédés appropriés. L'évolution a abouti à la mort après trois mois. L'autopsie a permis de vérifier le diagnostic.

Un cas de maladie de Hodgkin-Sternberg avec ulcération. — MM. PERRIN et FOUCAUD présentent l'observation d'un malade entré à l'Hôtel-Dieu avec le syndrome d'adénie de Trousseau. Les diverses localisations ganglionnaires s'étaient développées par poussées successives sans prurit, mais probablement avec fièvre. Fait assez particulier, la peau s'était ulcérée au niveau de plusieurs saillies ganglionnaires. L'examen du sang montrait une polynucléose avec éosinophile. La biopsie d'un ganglion inguinal mit en évidence les lésions de la maladie de Hodgkin-Sternberg. Le malade étant mort peu après d'une pleurésie purulente, l'autopsie est venu confirmer le diagnostic et montrer au niveau des ulcérations l'envahissement de la peau par les éléments d'origine ganglionnaire. A propos de ces cas, les auteurs insistent sur la nécessité pour le diagnostic des états lymphatiques de faire, non seulement, un examen de sang mais encore une biopsie.

Un cas d'épithelioma spino-cellulaire de la verge et du Mont du Vénus chez un homme de cinquante-deux ans. — MM. G. BUREAU et NATTEI. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, à l'intelligence très ralentie, envoyé dans le service avec le diagnostic d'ulcération phadégénique syphilitique.

A son entrée, le malade présentait en effet au niveau de son mont de Vénus une vaste ulcération à parois légèrement infractueuses, aux bords suintants, par où sortait en nappe de l'urine provenant de sa vessie. La verge était aux trois quarts entamée et à peine retenue à la paroi, les bourses volumineuses œdémateuses et légèrement congestionnées. Quelques ganglions aux plis inguinaux étaient durs et roulaient sous le doigt.

Le diagnostic de syphilis ne séduisant pas les auteurs, bien que le malade racontât une histoire d'ulcération survenue à la suite d'un coït suspect, on pratique une biopsie qui confirme le diagnostic de présomption » épithélioma spino-cellulaire. »

Ce malade est montré à M. Gauducheau qui s'occupe de le traiter par la radiothérapie.

LIVRES NOUVEAUX

Les Abcès du poumon (1), par Michel-Léon KINDBERG, médecin des hôpitaux de Paris.

L'abcès du poumon s'observe aujourd'hui avec une fréquence relative : ce n'est certes pas une affection banale, mais il ne se passe guère de mois dans un service hospitalier où le clinicien n'ait tout au moins à en discuter le diagnostic, et ce diagnostic pose chaque fois des questions de thérapeutique médico-chirurgicales particulièrement délicates ; en outre, l'étude anatomo-pathologique et bactériologique de ces faits place souvent le médecin en face de problèmes nouveaux dont la solution demeure aujourd'hui incertaine ; ils gardent donc encore tout leur intérêt.

Le docteur Kindberg se cantonne dans le domaine de la pathologie interne » ; il élimine de cette étude les abcès dus à un traumatisme direct — corps étrangers bronchiques ou blessures — d'évolution comme d'étiologie très spéciales, dont les indications thérapeutiques sont très particulières. Il élimine aussi de parti pris l'une des divisions classiques des abcès pulmonaires, les abcès dits pyémiques multiples et de

(1) Un volume de 134 pages avec 21 figures. « Collection médecine et chirurgie pratiques. » — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

petite taille, simples incidents au cours de septico-pyohémies rapidement mortelles.

Les suppurations fétides et putrides sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus caractéristiques des suppurations pulmonaires; ce sont elles que le plus souvent rencontre le praticien; l'auteur leur consacre la plus grande partie de ce livre.

Il décrit le syndrome clinique de ces suppurations, utilisant tous les moyens de recherche nouveaux accessibles au médecin : radiologie, radiographie après injection intratrachéale de lipiodol, pratique bronchoscopique, recherches bactériologiques permettant de découvrir à côté du pneumocoque le rôle du streptocoque, du pneumobacille de Friedlander, des anaérobies, l'association fuso-spirillaire signalée si fréquemment dans les abcès fétides et gangréneux.

Il indique l'état actuel de la thérapeutique : médicale d'abord, de nature biologique, pharmacologique ou même diététique, puis chirurgicale : drainage, collapsothérapie.

L'ouvrage se termine par une bibliographie des articles récents parus depuis janvier 1926. L. G.

Chirurgie des voies biliaires spiro-cholécystostomie (1), par C. Sobré-Casas, chef du service gynécologique de l'hôpital Torcuato de Alvear (Buenos-Aires).

Les interventions chirurgicales sur les voies biliaires doivent être pratiquées avec le plus grand soin. Cette région est en effet pourvue d'un système nerveux spécial et commande des fonctions organiques indispensables à la vie.

Le professeur Sobré-Casas pratique la cholécystostomie avec laquelle il a obtenu d'excellents résultats opératoires et post-opératoires. Il supprime aussi la fonction physiologique de la vésicule biliaire par la ligature du canal cystique et sa nutrition par la ligature de l'artère cystique.

Cette technique décrite dans ce livre est basée jusque dans les moindres détails sur des connaissances approfondies d'anatomie normale et pathologique, de physiologie et de microbiologie que l'auteur considère comme indispensables pour éviter des erreurs chirurgicales.

Les observations présentées ont été faites sur cinquante malades. L'auteur indique pour chaque cas, avec détails, la technique employée et complète ses exposés par une riche illustration.

Une bibliographie termine l'ouvrage. L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

Dans le n° 23 du 24 mars 1929, la *Gazette des hôpitaux* a cité le discours prononcé au Sénat par M. Loucheur, ministre du Travail.

A propos des assurances sociales, les agriculteurs recevaient de bonnes promesses tandis que les médecins étaient quelque peu malmenés par le ministre.

Les agriculteurs ne sont cependant pas rassurés par le discours du ministre. A l'assemblée générale de la Société et de l'Union centrale des agriculteurs de France, le président, M. le marquis de Vogüé a déclaré très justement que ce ne sont pas des concessions de forme qui sauveront la situation.

« Et, ajoute *Le Temps*, en commentant ce discours, la vérité proclamée ne vaut pas uniquement pour le monde agricole. Sans doute, l'éminent président de la Société et Union centrale des agriculteurs de France a dit que « l'agriculture se trouvera, à cet égard, dans une situation particulièrement grave ». Elle n'est maîtresse, a-t-on coutume de dire, ni de ses prix d'achat, ni de ses prix de vente. Ainsi, le total des assurances sociales tomberait sur elle, sans transferts possibles, et elle succomberait sous ce faix. *Mais imagine-t-on, par hasard, que les assujettis du commerce, de l'industrie, ou des professions libérales, seraient plus favorisés?*

Ce qu'il faut voir, c'est l'imposition des milliards annuels supplémentaires qui seraient à ajouter aux charges actuelles du pays; c'est leur contre-coup sur la masse des prix de revient et tout l'ensemble de la vie nationale.

On y doit d'autant plus réfléchir que, dans tous les partis au Parlement, le poids excessif des impôts est dénoncé chaque jour. Pour ne pas être inscrites officiellement au budget, les contributions nouvelles des assurances sociales n'en seraient pas moins écrasantes. »

C'est le langage de la saine raison, mais c'est le seul que ne comprennent pas les démagogues. L. G.

LES ASSURANCES SOCIALES ET LE CORPS MÉDICAL

Une réunion des représentants des Syndicats médicaux de l'Aube, de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne et de l'Yonne a eu lieu à Dijon, le 17 mars, au cours de laquelle la résolution suivante a été adoptée à l'unanimité et transmise aux parlementaires de la région :

« Le groupement des Syndicats médicaux de l'Aube, Côte-d'Or, Haute-Marne et Yonne, après avoir examiné le projet ministériel de règlement d'administration publique de la loi des assurances sociales, estime que ce projet ne respecte pas les conditions nécessaires au bon fonctionnement de la médecine honnête et vraiment utile aux malades; qu'il prépare de nouveaux scandales analogues à ceux de la médecine d'accidents du travail et des pensions de guerre et, en conséquence, refuse de collaborer au fonctionnement de la loi dans de pareilles conditions. »

CONGRÈS ET EXCURSIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE FEMMES MÉDECINS. — Les praticiennes Françaises, qui se sont constituées en Association, rappellent qu'un Congrès international des femmes médecins se tiendra à Paris, du 10 au 15 avril, dans les salles de l'Institut international de coopération intellectuelle (S. D. N.), 2, rue Montpensier (Palais-Royal).

La séance solennelle d'inauguration du Congrès sera présidée par le Recteur de l'Académie de Paris, assisté du Doyen de la Faculté de médecine de Paris, en présence de M. le Directeur de l'Institut international de coopération intellectuelle.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour :

1° *Education sexuelle des enfants et des adolescents.* — Rapporteurs généraux : Mmes les docteurs Martindale (Angleterre) et Montreuil-Straus (France);

2° *Les analgésiques de l'accouchement.* — Rapporteurs généraux : Mmes les docteurs Doris-Kunckel (Allemagne) et Nechcovitch-Voutchetitch (Yougoslavie).

Des visites auront lieu le matin, dans divers services hospitaliers. Des réceptions officielles sont organisées, en dehors des heures de travail, et un banquet sera offert aux Congressistes par l'Association française des femmes médecins.

Pour adhérer à l'Association française, adresser les cotisations à la Trésorière, Mme le docteur Réquin; 154, avenue Emile-Zola (Compte de chèques postaux 11.70.06 Paris).

Le montant de la cotisation est de 25 fr. pour les docteurs en médecine (membres adhérents) et de 5 fr. pour les étudiantes en médecine (membres auxiliaires). On peut assister au Congrès sans frais d'inscription supplémentaires.

Pour tout autre renseignement, s'adresser à la Secrétaire générale de l'Association française, Mme le docteur Montlaur, 29, avenue Rapp (Paris, VIIe).

(1) Un volume de 120 pages avec 33 planches hors texte en noir et en couleurs. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

Bacté-intesti-phage
Toutes Infections Intestinales

LE LABORATOIRE DU BACTÉRIOPHAGE
laboratoire de recherches dont les bénéfices sont destinés à des fins scientifiques —
sous le contrôle du
PROFr d'HÉRELLE

Bacté-rhino-phage
Toutes Infections des voies respiratoires

Bacté-pyo-phage
Toutes Infections purulentes

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE
37, RUE DE BOURGOGNE — PARIS

AIX-LES-BAINS

LA VILLE D'EAUX DES RHUMATISANTS

au bord du lac du Bourget
centre unique d'excursions dans les Alpes de Savoie


Le bain de vapeur naturelle Bertholet

Messieurs les membres
du Corps Médical
français et étranger
sont invités à honorer
Aix-les-Bains
de leur visite.


La douche massage ou douche d'Aix

EAUX SULFUREUSES
CHAUDES — 46°

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Brochures illustrées et renseignements sur les avantages spéciaux réservés au Corps Médical envoyés gratuitement sur demande adressée au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

RÉUNIONS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES FRANCO-BELGES (LILLE, dimanche 14 et lundi 15 avril 1929). — La Faculté de médecine et de pharmacie de Lille (Etat), organise les 14 et 15 avril 1929 des réunions médicales et pharmaceutiques franco-belges, d'accord avec le Service de santé de l'armée, sous la présidence de M. le professeur Surmont et le haut patronage des autorités civiles, universitaires et militaires de Lille.

La Faculté invite les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes à assister à ces Conférences et Démonstrations pratiques, dont ils trouveront ci-contre le programme détaillé.

Ces journées coïncideront avec la Foire commerciale de Lille, dont l'Administration a bien voulu contribuer à l'organisation de nos réunions.

PROGRAMME. — *Dimanche 14 avril.* — M. Vandeuvre, médecin-commandant de l'hôpital militaire : Les postes de secours régimentaire et divisionnaire. L'appareillage des fractures dans les formations sanitaires de l'avant. — Séance inaugurale, M. Lemaire, professeur de clinique médicale à l'Université de Louvain : L'anesthésie sous-cutanée dans les viscéralgies. — M. Debeyre, professeur à la Faculté, médecin-commandant de réserve : Rôle social de l'éducation physique. — M. Minet, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté : Diphtéries larvées, latentes et associées. Diphtéries séro-résistantes. — Réunion de l'association amicale des anciens étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille (Etat). — Banquet par souscription.

Lundi 15 avril. — Démonstrations médicales. Hôpital Saint-Sauveur, rue Saint-Sauveur. — M. Carrière, professeur de clinique médicale : Leçon clinique sur un sujet d'actualité. — M. Bué, professeur de clinique obstétricale : De l'interruption artificielle de la grossesse. — M. Surmont, professeur de clinique des maladies de l'appareil digestif : Considérations médicales sur un syndrome gastrique, banal en apparence : la ptose, et M. Lambret, professeur de clinique chirurgicale : Un traitement chirurgical des ptoses rebelles à la cure médicale. — M. Lavier, professeur agrégé à la Faculté : Démonstration de coprologie clinique.

Démonstrations pharmaceutiques. Faculté de médecine et de pharmacie, 1, rue Jean-Bart. — M. Desoil, professeur à la Faculté : Revue microscopique des principaux parasites de l'homme, pouvant intéresser le pharmacien, et observés en France et dans les Colonies. — M. Polonowski, professeur à la Faculté : 1° Les principales méthodes modernes de semi-micro-dosage en analyse biologique (sang, liquide céphalo-rachidien, urine); 2° La détermination du pH (applications pratiques). — M. E. Gérard, professeur à la Faculté : 1° La caractérisation des produits pharmaceutiques par les méthodes de microsublimation sous pression atmosphérique et sous pression réduite. Applications aux drogues à caféine, à oxyméthylanthraquinine, etc... Appareils et techniques; 2° Applications des radiations ultraviolettes filtrées par l'écran de Wood à la caractérisation de certains produits pharmaceutiques et à la recherche de certaines falsifications.

Réception à la Foire commerciale. — Réception des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes inscrits aux réunions médicales et pharmaceutiques franco-belges par le Comité d'organisation de la Foire commerciale. Visite de la Foire commerciale. — M. Vanverts, professeur à la Faculté, vice-président de la Confédération des syndicats médicaux français : Les assurances sociales en France. Etat actuel de la question.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — *Officiers de réserve.* — Pourront être convoqués, pour la durée de ces Réunions, en période d'exercice sans solde, entrant en ligne de compte pour l'avancement, les médecins et pharmaciens de réserve prenant part aux Réunions médicales et pharmaceutiques franco-belges et appartenant aux 1er, 2e et 6e corps d'armée, en résidence sur les territoires de ces corps et ceux qui sont en résidence sur ces territoires mais qui sont affectés à d'autres régions.

Les médecins et pharmaciens désireux d'être convoqués doivent adresser leurs demandes à M. le directeur du Service de santé de la 1re région avant le 20 mars. Ils devront se présenter à la Direction du Service de santé le 14 avril dans la matinée.

Banquet. — Les adhésions au banquet doivent être adressées avant le 5 avril, dernier délai, au Secrétaire général adjoint. La cotisation sera de 45 fr. français par personne.

Logement. — Pour tous renseignements, s'adresser aux « Amis de Lille », Bureau touristique, Gare de Lille.

Secrétaire général : professeur Leclercq, 76, rue Jean-Bart, à Lille. — Secrétaire général adjoint : Docteur Nayrac, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

« NORD-SUD », VOYAGE D'ÉTUDES POUR MÉDECINS AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES D'ITALIE. (10-26 SEPTEMBRE 1929). — *Les Dolomites, le lac de Garde, les Villes d'eau, la Riviera de Toscane, Montecatini, Viareggio.* — Dans le but de répandre parmi les médecins la connaissance des principales stations de cure italiennes, l'Office national italien du tourisme (Ente Nazionale Industrie Turistiche ou Enit) organise chaque année, depuis 1924, un voyage d'études « Nord-Sud ».

Le sixième voyage « Nord-Sud » aura lieu du 10 au 26 septembre 1929. Comme les précédents, le voyage sera dirigé par M. le professeur Guido Ruta.

Seuls les médecins sont admis à prendre part au voyage « Nord-Sud »; ils pourront se faire accompagner d'une personne de leur famille jusqu'à concurrence d'un tiers des inscrits. Le nombre des places est limité à un maximum de 150.

Les adhérents au voyage « Nord-Sud » seront répartis, à leur choix, dans l'un des groupes de langue française, italienne anglaise ou allemande, à chacun desquels sera attaché un médecin interprète.

Le voyage « Nord-Sud » aura lieu en train spécial de première classe des chemins de fer de l'Etat, ou chaque participant aura sa propre place réservée; seuls les bagages à main sont admis dans le train spécial. On organisera également un service spécial d'autos pour les parcours sur route, et un bateau spécial sera réservé sur le lac de Garde.

Dans chaque localité visitée le meilleur traitement sera assuré aux participants.

Le prix d'inscription est fixé à lire 1600 par personne : ce prix comprend la totalité des frais du lieu de réunion (Merano) au terme du voyage (Viareggio). Les adhérents au voyage « Nord-Sud » recevront un carnet muni de trois coupons pour l'acquisition de billets individuels de chemins de fer avec réduction de 50 p. 100; le premier pour le voyage d'une station frontière et d'une autre station italienne à Merano, valable du 20 août au 11 septembre; le second de Viareggio à une autre station ou à la frontière, valable du 25 septembre au 15 octobre; le troisième, avec la même validité, pour le voyage entre deux stations italiennes ou à la frontière.

Les inscriptions au voyage « Nord-Sud », seront closes aussitôt que le nombre maximum de 150 sera atteint et de toutes façons au plus tard le 15 juillet. Les inscrits recevront à leur adresse, avant le 15 août, les documents pour le voyage.

Les inscriptions par le bulletin ci-inclus, sont reçues à l'Ente Nazionale Industrie Turistiche, 6, via Marchera, Roma.

En nous communiquant ce programme, M. le professeur Guido Ruata nous prie de dire que les confrères français seront les très bienvenus en Italie et qu'il sera particulièrement heureux de les voir participer au voyage.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC — INTESTIN
DYSPEPSIE — ENTÉRITE
GASTRALGIE — CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boulᵈ Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76
R. C., 133, Aubenas.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Profitez, pour faire des excursions en cars P.-L.-M., de la prolongation de la validité de votre billet d'aller et retour a laquelle la plupart des services donnent droit. — Ne vous privez pas, au cours d'un voyage sur le P.-L.-M., du plaisir de faire des excursions dans les cars de cette Compagnie, sous le prétexte que la validité de votre billet d'aller et retour (ordinaire ou spécial de familles nombreuses ou de réformés de guerre) n'est pas suffisante.

Sur votre demande, le bureau terminus du circuit que vous effectuez, soit au point extrême de votre voyage d'aller, soit aux points pour lesquels vous vous êtes muni d'un billet d'arrêt, vous délivre un bulletin spécial. A la gare où vous reprenez le train, il vous suffit de présenter ce bulletin pour obtenir une prolongation de validité de votre billet, égale au temps que vous avez consacré à votre excursion.

Par ailleurs, vous pouvez cumuler les prolongations de cette sorte avec celles qui s'obtiennent moyennant paiement d'un supplément comme le prévoient les tarifs; vous consacrez ainsi quelques jours au tourisme sans écourter le temps que vous destiniez à vos affaires.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe
R. C., 225.781 B

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bᵈ Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

BELLAFOLINE
"SANDOZ"
Les alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables
GOUTTES — X à XX, trois fois par jour.
COMPRIMÉS — 1 à 2, trois fois par jour.
AMPOULES — 1/2 à 2 par jour.
SIROP — par cuillerée à café.
PRODUITS "SANDOZ", 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e
M. CARILLON, pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, Boulevard de Clichy (Service A)

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2.16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — INAUGURATION DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL BRETONNEAU. — M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail et de l'Hygiène, a inauguré le 28 mars, à dix heures, la nouvelle maternité de l'hôpital Bretonneau, ainsi que les nouvelles consultations de médecine et de chirurgie. La maternité compte 82 lits.

LES NOUVEAUX HÔPITAUX PARISIENS. — Le *Conseil général* vient d'adopter, sur un rapport de M. Henri Sellier, le programme suivant :

1° La construction de deux hôpitaux de 1.000 lits chacun par l'Assistance publique qui en assurerait la gestion, l'un à Garches, l'autre à Rosny-sous-Bois;

2° L'aménagement, à la maison départementale de Nanterre d'un service d'hôpital de 400 lits, destinés aux malades de la banlieue ouest;

3° La construction, par le département, les communes ou groupes de communes, de quatre petits hôpitaux de 400 lits environ, à Créteil, Champigny, Plessis-Robinson et à Pantin lieudit « les Courtillières ».

Dans son exposé, le rapporteur explique que ce n'est là qu'un commencement et qu'il y aura lieu d'envisager la construction de cinq autres hôpitaux.

Quant à l'utilisation de certains hôpitaux militaires, trop vastes aujourd'hui pour leur objet, M. Henri Sellier explique que, malgré les promesses de l'Etat, des difficultés soulevées par le Service de santé obligent à y renoncer.

Le *Conseil municipal* a de son côté adopté le rapport de M. de Fontenay concernant la participation de la Ville de Paris à la construction en banlieue, des deux hôpitaux de Garches et de Rosny-sous-Bois. Il a fait remarquer que la délibération prise par le Conseil général, à ce sujet, réduisait de 100 à 70 millions la participation de la Ville de Paris à l'exécution du programme du ministre du Travail.

FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, avec la collaboration des docteurs Cambessédès, Clerc, Joannon, Navarre, Neveu, Thierry et Villejean.

Le cours durera du 6 au 15 mai. Il comprendra des cours et démonstrations pratiques qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 h., et une visite à une station de désinfection.

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 h. (guichet n° 4).

Le droit à verser est de 150 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie médicale et médecine expérimentale et de clinique médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, s'ouvrira le lundi, 14 octobre 1929, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MINISTÈRE DES COLONIES — Le *Journal officiel* du 29 mars 1929 publie un décret modifiant et complétant le décret du 18 janvier 1928 sur l'organisation d'un service spécial de trypanosomiase en Afrique équatoriale française.

Ce décret établit un nouveau régime donnant au personnel militaire du service de prophylaxie de la maladie du sommeil

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

une situation à peu près équivalente à celle dont jouissent les membres de la mission similaire du Cameroun.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 28 mars 1929 publie p. 3647 à 3659 une modification au guide barème des invalidités en ce qui concerne la neuro-psychiâtrie.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée, à titre posthume, à M. Pierre Lacroix, externe à l'hôpital Trousseau, décédé des suites d'une maladie contractée en service.

ORCHESTRE MÉDICAL. — L'orchestre médical donnera son prochain concert le lundi 15 avril prochain à 21 h., salle des Concerts du conservatoire avec le concours de Mme G. Romans, cantatrice et de M. G. Astruc, violoniste.

Au programme : Symphonie (C. Franck), Concerto de violon (Mozart), Enchantement du Vendredi saint de Parsival (Wagner), Marche de la Damnation de Faust (Berlioz).

La location est ouverte dès maintenant, 2, rue du Conservatoire.

NOUVEAU JOURNAL D'UROLOGIE. — Nous venons de recevoir le premier numéro de *The British Journal of urology*, l'unique périodique anglais publié sur cette spécialité.

Ce très beau numéro renferme notamment les articles originaux suivants :

« Drainage de l'urine au travers du périnée après une prostatectomie suprapubienne », par A. Fullerton.

« Un perfectionnement dans la méthode de dosage du sucre dans l'urine et le sang », par P. S. Cammidge.

« Voies d'absorption dans l'hydronéphrose. Expérimentation des colorants dans un uretère totalement obstrué », par D. N. Morison.

« Le diagnostic pyélographique d'une tumeur rénale », par R. G. Craiz.

« Contribution aux aspects chirurgicaux d'une affection polykystique du rein », par M. Meltzer.

« Les suites d'un cas de néphrectomie pour un rein polycystique », par H. T. Mursell.

Le prix de l'abonnement est de 1 livre sterling. — Constable & Co Ltd, 10, Orange Street, London WC2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Goguel (de Strasbourg), Merley (de Nîmes), Gabriel Lacrotte (de Vals-les-Bains), Louis Laurent (du Havre).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN.— *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami et Brulé agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

4° Recherche du pH et de la réserve alcaline : Indications. Technique et résultats.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal. — Technique et résultats (1 leçon).

Transfusion du sang. — Indications et technique (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 6 mai 1929 et seront terminés le 3 juin 1929.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année, en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— CHAIRE D'HYGIÈNE. — *Conférences d'hygiène coloniale*. — Un enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le professeur Louis Tanon et de M. le médecin inspecteur général Boyé, directeur adjoint du Service de santé au ministère des Colonies, avec la collaboration de MM. les docteurs Broquet, Cazanove, Montel, Marcel Léger, Noël Bernard, Pelletier, Gauducheau et Jamot, du Corps de santé colonial.

Ce cours, qui comprendra dix conférences avec projections, aura lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à partir du lundi 15 avril.

Sujet du cours : « Prophylaxie des grandes endémies tropicales. »

— M. le professeur Carlos Monge, de la Faculté de médecine de l'Université de Lima, fera une conférence en français, le samedi 27 avril 1929, à 17 h., au Petit amphithéâtre, sur le sujet suivant : « L'érythrémie des altitudes ».

Cette conférence sera accompagnée de projections.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

LABORATOIRES CLIN

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

(Métaux colloïdaux électriques à petits grains. — Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes ou dérivés métalliques).

ELECTRARGOL (Argent)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Ampoules de 25 c.c. (2 par boîte).
Flacons de 50, 100 et 250 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (Tube de 30 grammes).

ELECTRAUROL (Or).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL (Platine)
ELECTROPALLADIOL (Pd)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL (Rhodium)
Ampoules de 5 c.c.
(Boîtes de 3 et de 6 ampoules).

Toutes maladies infectieuses sans spécificité pour l'agent pathogène

N. B. — L'Electrargol est également employé dans le traitement local de nombreuses affections septiques (Anthrax, Otites, Epididymites Abcès du Sein, Pleurésie, Cystites, etc...)

ELECTR=Hg (Mercure)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Toutes formes de la Syphilis.

ELECTROCUPROL (Cuivre)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Cancer, Tuberculose, Maladies infectieuses.

ÉLECTROSÉLÉNIUM (Sélénium)
Ampoules de 5 c.c. (3 par boîte).
Traitement du cancer.

ELECTROMARTIOL (Fer)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).

ARRHÉNOMARTIOL
(Fer colloïdal + Arsenic organique).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte) et Gouttes.
Traitement du Syndrome anémique.

COLLOTHIOL (Soufre)
Ampoules de 2 c.c. (6 par boîte).
Elixir — Pommade.
Toutes les indications de la Médication sulfurée.

IOGLYSOL (Complexe iode-glycogène)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Cures iodée et iodurée.

ELECTROMANGANOL (Manganèse)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Affections staphylococciques.

1395

COMAR & Cie — PARIS

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour; Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles. **ANTIGÉNINE C. E.** Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques. **ANTIGÉNINE T. A. B.** Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1928

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT

CHEF CHEF-ADJOINT

DU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

OS, CRANE, ARTICULATIONS

Les vertèbres d'ivoire. (Delherm et Morel-Kahn. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol.*, oct. 1928.) — La vertèbre d'ivoire signalée pour la première fois par Souques, Lafourcade et Terris en 1925 est caractérisée par l'intégrité morphologique et l'aspect homogène de la vertèbre dont l'opacité aux rayons X est très supérieure à celle des corps vertébraux qui l'encadrent.

Localisée à une seule vertèbre elle ne doit pas être confondue avec la maladie de Schonberg qui frappe l'ensemble du système osseux : os de marbre.

Elle se rencontre généralement à partir de l'âge adulte : cliniquement rien ne l'annonce et c'est généralement une découverte de radiographie.

Les avis sont encore très partagés sur la signification de ces vertèbres d'ivoire; on les rencontre au cours d'affections très différentes, mais plus spécialement chez d'anciens syphilitiques et chez les cancéreux où elle est la manifestation d'une métastase dont il faut rechercher le foyer primitif souvent méconnu.

Cf. — Une observation de vertèbre opaque. (Langeron et Desplats [Lille]. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol.*, oct. 1928.)

La mélorhéostose. (A. Léri et J.-A. Lièvre. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol.*, 13 nov. 1928.) — Cette affection décrite en 1922 par Leri et Joanny, se présente au point de vue radiologique soit comme une hyperostose largement « bavante » soit comme une condensation osseuse en traînée linéaire, réalisant l'un des deux types de « coulée de bougie » ou « coulée de métal ». L'hyperostose ne reste pas limitée au périoste, elle envahit plus ou moins le canal médullaire sous forme d'énostoses plus ou moins larges et plus ou moins saillantes.

Elle n'occupe généralement l'os de la racine du membre (humérus ou fémur) que sur une partie de son épaisseur côté externe ou côté interne : elle ne touche souvent qu'un des deux os du segment antibrachial ou jambier : elle n'épaissit enfin que quelques segments radiaires de la main ou du pied et la partie adjacente des segments immédiatement voisins.

La lésion apparaît ainsi plus ou moins parfaitement continue et la grande loi de sa progression paraît être la contiguïté. Aussi, bien qu'on ignore encore la pathogénie de l'affection on a tout naturellement tendance à la croire parasitaire.

Cf. — La mélorhéostose. (A. Léri et J.-A. Lièvre. *Presse méd.*, juin 1928.)

La mélorhéostose. (E. Meisels [Pologne]. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol.*, nov. 1928.)

La chondromatose articulaire. (J. Solomon et P. Gibert. *Journ. de radiol.*, juin 1928.) — La chondromatose articulaire est caractérisée par la présence de petites tumeurs bénignes nées de la synoviale, se pédiculisant plus tard et devenant ensuite libres dans l'articulation. L'évolution en est très lente et l'affection est généralement mono-articulaire. Les articulations les plus fréquemment atteintes sont le coude et le genou plus rarement la hanche et l'épaule.

Cliniquement les malades se plaignent de douleurs et de gêne des mouvements. Il peut y avoir du gonflement articulaire et des craquements plus ou moins marqués : le diagnostic clinique habituel est celui d'une arthrite déformante.

La radiographie donne des images caractéristiques qui permettent un diagnostic immédiat. Dans les cas encore récents on observe la présence de corps étrangers groupés en grappe, de calcification variable, sans aucune lésion des surfaces articulaires. Dans les cas plus anciens le nombre des corps étrangers peut être considérable au point que la synoviale en paraît presque bourrée : ils envahissent même les tissus péri-articulaires. Les modifications des surfaces articulaires sont rares : quand elles existent elles affectent une forme lacunaire régulière à la périphérie de l'articulation.

Le traitement curateur de cette affection est chirurgical.

Le radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale. (A. Béclère. *Journ. de radiol.*, déc. 1928.) — Le moindre soupçon de tumeur cérébrale commande impérieusement l'exploration radiographique du crâne et de l'encéphale.

Les différentes méthodes utilisées sont :

a. *La radiographie classique du crâne* sous différentes incidences : face, profil, positions obliques.

Appliquée au crâne lui-même elle révélera les déformations que peut subir la boîte cranienne, soit du fait de sa structure même (ostéite syphilitique de la table interne) soit du fait d'une hypertension intracranienne très prononcée (empreintes anormales, disjonction des sutures).

La radiographie simple montrera également l'aspect de la selle turcique si fréquemment intéressée dans les tumeurs cérébrales.

Appliquée à l'étude de l'encéphale la radiographie simple du crâne décèle les granulations calcaires normalement si fréquentes de la glande pinéale : elle révèle parfois des méningiomes et même des gliomes s'ils sont suffisamment calcifiés : fréquemment enfin elle décèle les tumeurs suprasillaires de la poche de Rathke dont la grande majorité contient des concrétions calcaires.

b. *L'encéphalographie médiate* a pour base l'introduction de substances gazeuses ou de substances d'un poids atomique élevé dans les diverses cavités naturelles de l'encéphale en vue de les rendre visibles aux rayons X et d'en obtenir une image radiographique. Les déformations que subissent les cavités ventriculaires du fait de la présence de tumeurs cérébrales de voisinage en permet une localisation souvent extrêmement précise et du plus haut intérêt en vue de leur exérèse chirurgicale.

Cf. — La radiodiagnostic et la radiothérapie des tumeurs de l'encéphale. (A. Béclère. *Revue neurol.*, juin 1928.)

Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal. (Cl. Vincent. *Revue neurol.*, juin 1928.)

Aspect cérébriforme du crâne à la radiographie et tumeur

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons :
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours. INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg 0,015). Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE — AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT

Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs) par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES

ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34. Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques ; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROÏDINE 0gr25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème ; 2 à 5 Obésité, Goître, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

de l'encéphale chez l'enfant. (NOBÉCOURT, HAGUENAU et RIZE. *Soc. de pédiat.*, 17 avril 1928.)

Etude critique de quelques méthodes de localisation des tumeurs cérébrales : l'encéphalographie lipiodolée sinuso-veineuse. (SICARD et HAGUENAU. *Presse méd.*, 4 fév. 1928.)

Nouvelle technique de l'encéphalographie artérielle. Quelques cas de localisation de tumeurs cérébrales. (EGAS MONIZ [Lisbonne]. *Presse méd.*, 2 juin 1928.)

L'artériographie cranio-encéphalique. (WORMS et BRETTON. *Soc. anat.*, 29 mars 1928.)

La ventriculographie. (P. COSSA. *Th. de Paris*, 1928.) — La ventriculographie directe est plus précise et moins dangereuse que la ventriculographie par voie lombaire.

Elle consiste, après trépanation bilatérale à ponctionner directement les ventricules et, après en avoir retiré 20 centimètres cubes de liquide, à injecter 20 centimètres cubes d'air. Cet air va constituer une bulle qui ira, comme dans un niveau d'eau se loger aux points les plus élevés des ventricules. C'est donc par une série de positions bien déterminées données à la tête du malade que l'on pourra successivement radiographier les différentes portions des ventricules cérébraux.

En pratique, cinq positions suffisent :

— occiput contre plaque, front en haut, pour avoir les cornes frontales,

— occiput contre plaque, tête fléchie, pour avoir le corps du ventricule,

— front contre plaque pour avoir les cornes occipitales,

— pariétal droit contre plaque pour avoir le ventricule gauche,

— pariétal gauche contre plaque pour avoir le ventricule droit.

La présence d'une tumeur cérébrale déformant par son voisinage l'image du ventricule, indiquera par le siège et l'importance de la déformation, le siège et l'importance de la tumeur.

Cette méthode est donc précieuse comme procédé de localisation dans le cas de :

— tumeurs des hémisphères,

— tumeurs de la fosse postérieure,

— hydrocéphalie,

c'est-à-dire partout où une intervention chirurgicale peut être envisagée. Elle est moins intéressante dans les autres affections de l'encéphale.

Les accidents de la ventriculographie directe ne sont pas suffisants pour qu'on ait le droit de priver de son bénéfice un malade atteint de tumeur cérébrale et pour lequel le diagnostic de localisation n'a pas pu être établi par la clinique de façon absolument précise. Ils sont suffisants pour qu'on hésite à la pratiquer dès l'instant que la localisation est reconnue par l'examen neurologique d'une façon indubitable.

Cf. — La ventrilographie par l'air. (Cl. VINCENT, THOYER-ROZAT, COSSA, DAVID. *Journ. de radiol.*, n° 4, mars 1028.)

Diagnostic des tumeurs cérébrales par la ventriculographie. (Cl. VINCENT, COSSA et DAVID. *Presse méd.*, 16 mai 1928.)

Sur sept cas de ventriculographie par l'air. (Cl. VINCENT, DAVID et COSSA. *Revue neurol.*, mars 1928.)

POUMONS-CŒUR

Les différentes techniques d'exploration de l'arbre bronchique à l'aide d'injections de lipiodol : leurs indications. (P. AIMÉ et LAHAUSSOIS *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, mars 1928.) — L'injection de lipiodol dans l'arbre bronchique se fait actuellement soit en utilisant les voies naturelles soit en perforant la membrane intercricothyroïdienne.

Les auteurs qui ont proposé cette dernière méthode avec Brodin et Wolff, en 1923, lui restent fidèles dans la majorité des cas, ce procédé étant facilement applicable sans l'intervention du laryngologiste. Elle reste formellement contre-indiquée toutefois dans la gangrène pulmonaire et cède alors le pas à l'injection faite à l'aide de la canule laryngée : on choisira de préférence une sonde molle qui peut être introduite aisément après anesthésie laryngée et trachéale jusqu'au voisinage de la bifurcation, et que le malade supporte généralement très bien : l'injection de lipiodol se fait alors directement sous le contrôle des rayons le malade restant en position verticale. Ce procédé toutefois n'est pas recommandable chez les tuberculeux, l'anesthésie préalable provoquant parfois des quintes de toux, causes d'hémoptysies.

Les deux méthodes ont donc leurs indications respectives qui se complètent heureusement, toutes deux donnant au point de vue radiologique, de très belles images de l'arbre bronchique.

La sclérose nodulaire du poumon et ses images radiologiques. (NICAUD. *Bull. de la Soc. de méd. des dispensaires de l'O. P. H. S.*, sept. 1928.) — Certaines formes de sclérose pulmonaire à forme nodulaire donnent des images radiographiques à aspect granité semblables aux images radiographiques de la granulie.

Macroscopiquement, l'aspect du poumon est celui d'une tuberculose miliaire fibreuse généralisée.

Au microscope, on ne trouve aucune lésion spécifique tuberculeuse : les granulations constituées par des placards de parenchyme condensé et fibreux ont une évolution en trois stades : initial, nodulaire et fibreux.

Ce sont ces nodules qui donnent à la radiographie l'aspect granité observé. Il est généralement étendu et peut occuper presque toute la surface des deux champs pulmonaires. Parfois les granulations sont plus confluentes au niveau des deux hiles : elles sont tantôt rondes, de la dimension d'un grain de plomb, tantôt un peu plus grandes et allongées : le réticulum fibreux peut manquer.

On voit quelle peut être, dans ces cas, la difficulté de l'interprétation des images radiographiques granuleuses. Si ces images peuvent être la traduction de lésions de granulie froide ou de certaines formes de tuberculeuse fibreuse, elles peuvent aussi être en rapport avec certaines formes de sclérose du poumon à type nodulaire que rien ne différencie au point de vue radiologique.

Cf. — La sclérose nodulaire du poumon : ses images radiologiques. (MACAIGNE et NICAUD. *Presse méd.*, 15 fév. 1928.)

La sclérose nodulaire du poumon et ses images radiologiques. (MACAIGNE et NICAUD. *Bull. de la Soc. de radiol.*, janv. 1928.)

Tuberculose pulmonaire chronique à lésions scléro-nodulaires. (A. MARTIN. *Bull. de la Soc. des méd. des dispensaires anti-tuberculeux de l'O. P. H. S.*, 1er déc. 1928.)

Le diagnostic différentiel de la tuberculose miliaire et ses signes radiologiques. (KADING. *Mediz. klinik*, 13 janv. 1928.)

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire au début par l'examen radiologique systématique. (DELHERM, P. THOYER-ROZAT et LANEL. *Le Monde méd.*, août 1928.) — Dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire, il ne suffit plus actuellement de soigner les tuberculeux avérés : le dépistage des formes de début s'impose si on désire enrayer les progrès incessants de ce fléau social. Devant cette nécessité urgente, et constatant chaque jour combien les débuts de la tuberculose pulmonaires peuvent passer souvent inaperçus (négligence des malades, absence de signes cliniques suffisants), les auteurs voudraient que l'on utilise davantage les ressources de la radiologie et proposent, pour opérer un dépistage plus efficace de la tuberculose :

1° D'examiner cliniquement et radiologiquement les adultes au moment de leur entrée dans les grandes entreprises collectives, administrations, etc., comme cela se pratique déjà pour un trop petit nombre d'entre elles;

2° Mieux encore, d'appliquer systématiquement cette mé-

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

thode à tous les enfants des écoles, collèges, lycées, de manière à ne laisser échapper aucun suspect, à les soigner dès le début de l'apparition des plus petits signes, à éliminer sévèrement les contagieux et à préparer ainsi une jeunesse plus saine et mieux défendue pour l'avenir.

Cf. — Etude radiologique des formes non auscultables de la tuberculose pulmonaire. (Stéphani [de Montana]. *Bulletin méd.*, mars 1928.)

Les bases du diagnostic vraiment précoce de la tuberculose pulmonaire. (J. Trotot. *Monde méd.*, 1er oct. 1928.)

Les images radiologiques dans les formes fétides et non fétides de la dilatation des bronches. (Sergent et Jobin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 22, 1928, p. 582.) — C'est par l'exploration radiologique de l'arbre bronchique à l'aide des injections de lipiodol que les auteurs, d'après l'étude de 30 cas de dilatation des bronches, ont pu formuler les conclusions suivantes :

1° Les bronchiectasies cylindriques et moliniformes ne sont jamais fétides : elles sont consécutives, dans ces cas, soit à une broncho-pneumonie, soit à une bronchite chronique avec emphysème, soit à de la sclérose pulmonaire, mais l'expectoration ne contient pas d'anaérobies.

2° Les bronchiectasies ampullaires sont rarement fétides quand elles sont de petites dimensions.

3° Les bronchiectasies sacciformes le sont toujours : il s'agit alors de sclérose pulmonaire certaine et l'expectoration contient toujours des anaérobies.

La thérapeutique peut trouver dans ces données radiologiques d'utiles indications.

Aspect radiologique du poumon normal. (Paul Duhem et Robert Chaperon. *Gaz. méd. de France*, mai 1928.) — Après un exposé de la technique générale de l'examen et de l'aspect normal des champs pulmonaires, des sommets et des régions hilaires, les auteurs étudient les points qui sont l'objet de contestations de la part de différents observateurs, en particulier l'enchevêtrement des ombres hilaires, l'aspect réticulé du parenchyme et les grains opaques si fréquents.

Les ombres hilaires sont constituées, chez le sujet normal, par les artères pulmonaires; les grosses bronches donnent une image rubannée claire passant en dedans des artères pulmonaires ; les veines pulmonaires ne sont pas visibles chez le sujet normal.

En effet, les veines sont d'abord masquées par le cœur, par la clarté des grosses bronches, puis par les gros troncs artériels descendants qui forment l'image hilaire.

Ce n'est donc qu'au bord externe de l'ombre hilaire, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres de leur origine, que les veines pourraient apparaître, mais à ce niveau elles sont déjà extrêmement divisées et beaucoup plus petites que les rameaux artériels émanant de l'ombre hilaire.

Dès qu'un obstacle s'opposera au cours du sang veineux (péricardite, rétrécissement mitral, insuffisance auriculo-ventriculaire), le reflux veineux va brouiller l'aspect du hile et donner le syndrome de stase veineuse pulmonaire.

Après avoir décrit les caractères du hile normal et les causes d'erreurs, superpositions d'ombres et suppressions d'ombres, les auteurs insistent sur les petits nodules opaques si fréquents dont la nature est encore discutée. Pour eux, un grand nombre de ces nodules sont liés à des entrecroisements vasculaires. Les fines granulations de la tuberculose persistent et se déplacent au cours de la rotation du sujet.

TUBE DIGESTIF

La cholécystographie : nouvelle méthode d'examen et d'étude de la vésicule biliaire. (Delherm et Morel-Kahn. *Journ. de diététique*, juillet 1928.) — Exception faite pour les vésicules à parois épaissies et calcifiées ou contenant des calculs franchement opaques aux rayons X, l'exploration radiologique de la vésicule sans autre préparation que l'évacuation, souvent imparfaite, du conduit gastro-intestinal ne donne généralement que des renseignements bien incomplets ou bien imprécis.

La méthode de Graham et Cole vient très heureusement combler cette lacune en permettant d'obtenir une bonne visibilité de la vésicule rendue opaque aux rayons X par l'administration de 3 à 4 grammes de phénophtaléine tétra-iodée qui a pour propriété de se concentrer dans la bile.

Le sel opaque peut être administré, soit par injection intraveineuse, soit par ingestion.

L'injection intraveineuse donne des résultats plus constants, mais est assez délicate à pratiquer et nécessite généralement l'hospitalisation du malade. L'ingestion, plus simple et inoffensive, donne un pourcentage de succès suffisant et est actuellement la méthode la plus en faveur : on peut toujours du reste, en cas d'insuccès ou de doute, recourir ultérieurement à l'injection intraveineuse.

Quelle que soit la méthode employée, on doit obtenir chez le sujet normal, dans les douze heures qui suivent l'administration de la phénolphtaléine, une opacification très nette de la vésicule dont on peut aisément étudier la forme, le volume, les contours, la situation et les rapports avec les organes voisins, en particulier duodénum et côlon droit. Un repas pris vers la seizième heure doit provoquer peu à peu l'évacuation de la vésicule qui doit être totale vers la vingtième heure.

Une vésicule pathologique peut rester complètement invisible (imperméabilité du cystique par un calcul, un bouchon muqueux, une bride ou une compression extrinsèque) ou n'être que faiblement (défaut de concentration biliaire, bile épaisse, boue biliaire) ou incomplètement (calculs se détachant en clair) opacifiée. Son volume, sa forme, ses contours, sa situation peuvent être modifiés et aussi l'horaire de son remplissage et de son évacuation. On voit par là tout l'intérêt de cette nouvelle méthode d'investigation pour l'étude des voies biliaires.

Cf. — Ce que le praticien doit savoir de la valeur de la cholécystographie. (G. B. Enstermann [Rochester]. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 26 janv. 1928.)

Sur un procédé de cholécystographie par la voie buccale : mordançage préalable de la muqueuse intestinale par la bile de bœuf. (Grynkraut [Varsovie]. *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de Paris*, janv. 1928.)

Etude radiologique de la vésicule biliaire par la méthode de Graham et Cole. (Bertrand de Pibrac [Toulouse]. *Soc. de méd. de Toulouse*, 7 janv. 1928.)

Ce que vaut actuellement la cholécystographie. (Aug. Nemours. *Paris méd.*, 19 mai 1928.)

Comment la vésicule biliaire se remplit et comment elle se vide. (Chiray et Pavel. *Presse méd.*, 7 mars 1928.)

Quelle est la valeur de la cholécystographie pour l'étude des cholécystites. (René A. Guttmann. *Presse méd.*, 16 juin 1928.)

Remarques à propos de la cholécystographie par voie buccale. (Drouet, Gerbaut et Grégoire. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, juin 1928.)

L'appendicite chronique. Etude clinique et radiologique. (H. Estor. *Th. de Montpellier*, 1928.) — Cliniquement établi, le diagnostic d'appendicite chronique gagne à être confirmé par l'examen radiologique qui peut apporter de précieux renseignements complémentaires.

L'examen radiologique de l'appendice nécessite l'emploi d'une technique rigoureuse. Il y a intérêt à faire plusieurs examens radioscopiques entre la sixième et la vingtième heure après l'ingestion du repas opaque. Des radiographies pourront être prises au cours de ces radioscopies. Les examens doivent être faits en différentes positions : dorsale, ventrale,

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES -- ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX -- PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

Laboratoires
WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE

oblique, déclive. La visibilité de l'appendice, assez rare, permet d'étudier sa forme, sa situation, son remplissage, sa mobilité, sa douleur. La recherche du point douloureux qui est capitale doit se faire sur le sujet debout et couché : on trouve la douleur, soit sur l'appendice même quand il est visible, soit sur le bord interne du cæcum.

La mobilité ou la fixité du cæcum sont également à rechercher, de même que l'aspect, la situation et la mobilité de la terminaison de l'iléon.

Il est bon, enfin, d'étudier l'évacuation du cæcum et de rechercher la stase cæcale.

Cf. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique. (K. Routkewitch. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janv. 1928.)

L'exploration radiologique du cæcum en position renversée. (Jacquet et Serrand. *Paris méd.*, 7 avril 1928.)

Etude clinique et radiologique des diverticules du duodénum. (F. Maruani. *Th. de Paris*, 1928.) — Les diverticules du duodénum sont beaucoup plus fréquemment observés depuis que l'on examine à l'écran presque tous les malades qui souffrent du tube digestif, et que les progrès de la technique radiologique permettent de ne laisser échapper aucun détail.

Les diverticules du duodénum sont de deux espèces :

a. Les diverticules congénitaux qui siègent surtout sur les deuxième, troisième ou quatrième portions et sont des malformations de la paroi duodénale.

b. Les diverticules acquis qui se rencontrent surtout dans la région du bulbe et sont la conséquence d'une lésion primitive, telle qu'ulcus, périduodénite, cholécystite. Ils se produisent suivant le mécanisme de la pulsion ou de la traction, simultanément ou séparément.

Le diagnostic se fait à l'écran et se base sur deux signes capitaux : le signe de l'image juxtaduodénale et celui de l'image résiduelle.

Les périduodénites en clinique. (Roger Sarles. *Marseille méd.*, déc. 1928.) — L'étude radiologique des périduodénites doit obligatoirement comporter un examen radioscopique minutieux et la prise de radiographies en série.

Fonctionnellement on n'observe du côté gastrique aucun trouble appréciable, sauf en cas de sténose duodénale retentissant sur l'évacuation gastrique.

Par contre, on peut observer de la stase duodénale et de l'antipéristaltisme vrai, pathologique.

Morphologiquement, on constate :

— des anomalies de forme et de situation causées par des adhérences de voisinage : bulbe en flammèche, bulbe en fer de lance, encoche vésiculaire, deuxième portion angulaire par son attraction à droite et son adhérence avec le fond de la vésicule ;

— des irrégularités de contours avec aspect frangé irrégulièrement déchiqueté des bords avec dilatation fragmentaire et accumulation inégalement répartie de substance opaque.

Ne jamais manquer dans ces cas, si la périduodénite observée paraît devoir être d'origine extrinsèque, de compléter l'examen du duodénum par celui du côlon droit et par l'épreuve de la cholécystographie.

La pneumo-gastrographie. (P. Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, mars 1928.) — La pneumo-gastrographie est la radiographie de l'estomac artificiellement rempli de gaz.

La méthode utilisée par les auteurs, et actuellement la seule à recommander comme étant la moins dangereuse et la plus efficace, consiste à insuffler l'air atmosphérique (avec une pompe aspirante et foulante genre seringue de Jubé, par exemple) dans une sonde d'Einhorn préalablement ingérée : l'opération se fait sous le contrôle de l'écran radioscopique.

Les résultats, intéressants dans l'ulcère de l'estomac où ils ne sont cependant pas supérieurs à ceux donnés par l'épreuve du repas opaque, sont par contre de premier ordre dans l'étude et le diagnostic des tumeurs de l'estomac et en particulier dans la polypose multiple bénigne et dans le cancer de l'estomac à végétations intragastriques : c'est la méthode de choix des tumeurs gastriques intracavitaires, car elle permet d'en révéler la présence, d'en préciser la nature et d'indiquer leur opérabilité par la notion précise de leur variété d'implantation sur la paroi gastrique.

C'est donc une méthode pleine de promesses, susceptible de permettre le diagnostic précoce des cancers de l'estomac et qui mérite d'être utilisée largement par les radiologistes et les cliniciens.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Cent examens radiologiques avec injection intra-utérine de lipiodol. (Darbois et Cl. Béclère. *Bull. de la Soc. de radiol.*, janv. 1928.) — Le radio-diagnostic gynécologique par injection intra-utérine de lipiodol constitue actuellement une méthode précieuse et inoffensive.

Inoffensive, quand elle est bien conduite et à condition d'en bien connaître et d'en respecter les contre-indications (soupçon de grossesse, état fébrile net, hémorragie utérine importante) : sur 110 cas les auteurs n'ont noté aucun incident ni aucune réaction péritonéale.

Précieuse, car on peut la pratiquer :

a. Dans la *stérilité* où elle renseigne sur la perméabilité tubaire et sur les indications de la chirurgie conservatrice et de la chirurgie réparatrice des trompes.

b. Dans les cas de *tumeurs pelviennes* de diagnostic difficile.

c. Dans tous les cas de *métrorragies*, surtout autour de la ménopause.

La technique des auteurs reste la même depuis deux ans : l'injection intra-utérine de lipiodol se fait à l'aide d'une sonde molle, à une pression moyenne de 20 à 25 centimètres de mercure (constamment vérifiée au manomètre branché sur la seringue) et sous contrôle radioscopique. Dans les cas de stérilité il est indispensable de refaire un examen de contrôle quarante-huit heures après afin de s'assurer si les trompes ont été ou non franchies par le lipiodol.

Pour les tumeurs pelviennes les auteurs cerclent sur la peau le contour extérieur de la tumeur avec un fil métallique visible aux rayons X afin de connaître la place exacte de la cavité utérine dans la tumeur.

Dans les métrorragies, enfin, le lipiodol intra-utérin montre s'il existe une lésion locale et où elle est. Un coup de curette bien placé permet alors l'examen histologique qui seul en indiquera la nature exacte, bénigne ou maligne.

Cf. — Exploration tubaire par injection de lipiodol. (Mme Francillon-Lobre et J. Dalsace. *Soc. d'obst. et de gyn.*, 9 janv. 1928.)

Les procédés radiologiques d'exploration en gynécologie. (Cl. Béclère. *Paris méd.*, 4 fév. 1928.)

Le radiodiagnostic de l'état des trompes par injection intra-utérine de lipiodol. (Proust et Cl. Béclère. *Soc. de chir.*, 9 mars 1928.)

Sur les injections intra-utérines de lipiodol. (Sicard. *Soc. de chir.*, 9 mai 1928.)

Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection intra-utérine de lipiodol. (J. Cotte. *Soc. de chir.*, 4 juillet 1928.)

Etude radiologique de la contractilité utérine et tubaire. (Gosset, Ledoux-Lebard et Cl. Béclère. *Soc. d'obst.*, 14 mai 1928.)

Radiographie de l'utérus après injection de lipiodol : cancer du corps et fibrome. (Ed. Michon. *Journ. de radiol.*, sept. 1928.)

Métro-salpingographie à l'aide de l'huile iodée. (Rubin et Bendick [New-York]. *Amer. Journ. of Rœntgen.*, avril 1928.)

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses? (Cl. BÉCLÈRE. *Presse méd.*, 23 juin 1928.)

L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes. (IMBERT. *Marseille méd.*, 25 août 1928.)

RADIOTHÉRAPIE

Technique et résultats du traitement de l'angine de poitrine par la radiothérapie. (BARRIEN et NEMOURS. *Acad. des sciences*, 20 fév. 1928.) — La crise d'angine de poitrine étant considérée comme une plexalgie cardio-aortique transmise par le sympathique à la moelle et à l'encéphale, les auteurs proposent d'irradier à la fois la colonne cervicale et l'ensemble du plexus cardio-aortique. La technique comporte trois portes d'entrée.

a. Un champ antérieur de 10 × 10 centré sur la partie interne du IIe espace intercostal gauche.

b. Un champ postérieur allant de la Ire à la VIe cervicale.

c. Un deuxième champ postérieur de la VIIe cervicale à la VIe dorsale. Chaque champ est alternativement traité à raison de trois séances de vingt minutes par semaine. La disparition des crises est obtenue en trois à quatre semaines.

Les auteurs ont obtenu par ce procédé des améliorations durables et n'ont observé aucun incident sérieux.

Cf. — L'angine de poitrine : son traitement par la radiothérapie profonde. (ARRILLAGA. *Soc. méd. des hôp.*, 25 mai 1928.)

La radiothérapie de l'angine de poitrine. (LIAN et MARCHAL. *Paris méd.*, 1er déc. 1928.)

Technique et résultats de la radiothérapie dans l'angine de poitrine. (LIAN, BARRIEN et NEMOURS. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 juin 1928.)

La radio-résistance acquise des cancers. (H. BEAU. *Soc. de radiol.*, 14 fév. 1928.) — La radio-résistance acquise par les cancers à la suite d'irradiations insuffisantes pour les stériliser est devenu un fait classique : elle augmente en raison directe de la multiplicité des traitements successifs. Il devient alors très difficile et le plus souvent impossible de « rattraper » ces échecs. L'auteur conseille, dans ces cas :

a. De recourir à l'exérèse chirurgicale toutes les fois que l'épithélioma est encore petit et peu infiltré.

b. Si l'épithélioma est étendu en surface mais non infiltrant on peut encore tenter la radiothérapie à feu nu ou s'il est infiltrant faire précéder l'irradiation d'un raclage.

c. Sur un épithélioma radio-immunisé et infiltré et qui n'a pas été préalablement raclé, la technique la plus efficace est la curiethérapie.

Cf. A propos de la radio-résistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (G. ROUSSY et Simone LABORDE. *Journ. de radiol.*, fév. 1928.)

A propos de la radio-résistance des épithéliomas cutanés. J. BELOT. *Journ. de radiol.*, fév. 1928.)

Sur la radio-résistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (E. MARQUIS. *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, fév. 1928.)

A propos des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. M. BÉRARD. *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, fév. 1928.)

A propos du traitement radiothérapique et radiumthérapique du cancer primitif du poumon. (WICKHAM. *Journ. méd. franç.*, oct. 1928.) — 1° L'action élective des radiations sur les tumeurs pulmonaires s'accorde avec nos connaissances sur la radio-sensibilité des divers tissus néoplasiques.

Toutefois, il faut faire quelques réserves au sujet des lymphosarcomes pulmonaires qui n'ont pas, semble-t-il, les caractères histologiques des lymphosarcomes habituels.

2° En présence d'une tumeur primitive du poumon dont on ignore la forme histologique, il est recommandable d'agir avec prudence au début du traitement afin de ne pas exposer le malade aux accidents graves qui résulteraient de la résorption brutale des albumines cellulaires.

3° L'action des rayons ne paraît pas curatrice. Son effet est seulement temporaire, mais on peut espérer que l'amélioration des techniques, et en particulier, la télécuriethérapie permette des résultats plus favorables dans les cas de tumeurs radiorésistantes. Néanmoins, en présence d'une tumeur du poumon la radio- et la radiumthérapie pourront toujours être utilisées car elles sont susceptibles d'apporter des améliorations plus ou moins durables.

Cf. Le cancer du poumon. (R. HUGUENIN, Paris.)

Influence de la radiothérapie (rayons X et radium) sur quelques cas de cancer primitif du poumon. S. LABORDE et R. HUGUENIN. *Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer*, fév. 1928.)

Rœntgenthérapie du cancer primitif pulmonaire. (RALSTON PATERSON [Rochester]. *Brit. journ. of radiol.*, mars 1928.)

Que doit-on attendre de la radiothérapie dans la maladie de Hodgkin? (HARET et LIFCHITZ. *Journ. de radiol.*, oct. 1928.) — Abandonnée à elle-même la maladie de Hodgkin a une évolution souvent rapide et se termine fatalement par la mort. Sans pouvoir prétendre à sa guérison, la radiothérapie a cependant l'indiscutable avantage de ralentir son évolution en provoquant — transitoirement, il est vrai, mais pour une durée toujours appréciable — la fonte des masses ganglionnaires tant superficielles que profondes et la disparition des phénomènes de compression qu'elles entraînent.

Le maximum d'efficacité de la radiothérapie se fait sentir au début de la maladie : au fur et à mesure que celle-ci évolue elle devient radio-résistante.

En raison de la sensibilité du tissu lymphoïde à l'action des rayons X, il n'y a pas intérêt à frapper d'emblée très fort; mais il ne faut omettre aucun des territoires ganglionnaires touchés par l'affection et les rechercher minutieusement (adénopathies profondes, médiastinales, hilaires, mésentériques, etc.).

Après une première série d'irradiation destinée à faire fondre les adénopathies, il y a tout intérêt à continuer la radiothérapie en donnant des séances de consolidation à doses d'entretien. On risquerait, en effet, si on attendait la réapparition des adénopathies pour les irradier à nouveau, de se heurter à une radio-résistance beaucoup plus difficile à vaincre.

Comme technique instrumentale, les auteurs conseillent d'employer la radiothérapie semi-profonde (25 cent. d'E. E.) pour les adénopathies superficielles et la radiothérapie à 200.000 volts pour les localisations plus profondes. Ils ne dépassent jamais 1.000 R. par séance.

Convenablement traités, les malades voient diminuer leurs masses ganglionnaires et disparaître la fièvre et les sueurs : l'appétit renaît, le poids augmente, les forces reviennent, l'anémie s'améliore, le prurit et les douleurs spontanes cessent et ces rémissions sont parfois d'assez longue durée. La radiothérapie est donc un remède dont il faut faire profiter le malade jusque dans l'extrême limite de ses possibilités.

Cf. — La radiothérapie de la maladie de Hodgkin. (BEAUJARD. *Journ. méd. franç.*, janv. 1928.)

La radiothérapie de la lymphogranulomatose du médiastin. (G. LASCHI [Bologne]. *Arch. di radiol.*, janv. 1928.)

Le traitement radiothérapique du cancer du rachis. (CHAVANY [Paris]. *La Médecine*, mai 1928.) — Après avoir passé en revue les différents aspects radiologiques du cancer de la colonne vertébrale (types ostéoporotiques ou ostéoplastiques formes condensantes, etc.), l'auteur expose la technique de la radiothérapie dans ces cas.

Utiliser toujours la radiothérapie dite pénétrante fonctionnant sous 200.000 volts.

Filtrer au moins sur 1 millimètre de cuivre. Faire une première série d'irradiations à feux croisés comportant une dose

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la **TOUX** *quelle qu'en soit l'origine.*



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

de toutes les Affections aiguës ou chroniques

des Voies Respiratoires

Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"

(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

totale de 6 à 8.000 R (on doublera même la dose, s'il s'agit d'un néoplasme radiorésistant) répartis par séances tri-hebdomadaires de 1.000 R chacune.

Après un mois de repos refaire une nouvelle série de 3 à 4.000 R.

Et enfin une dernière série de consolidation — si la peau le permet — de 1.500 à 2.000 R.

Les néoplasmes radiosensibles seront améliorés dès la première série d'irradiations et l'amélioration portera sur l'élément douleur qui s'atténue rapidement. La paraplégie peut également rétrocéder. Il est intéressant dans les cas favorables de contrôler par la radiographie l'état du rachis et de le comparer avec ce qu'il était avant le traitement : on a pu constater parfois de véritables reconstructions osseuses.

Cf. — Radiothérapie des tumeurs rachidiennes et intra-rachidiennes. (SICARD, HAGUENAU, GALLY et WALLICH. *Soc. de neurol.*, fév. 1928.)

Radiothérapie des tumeurs rachidiennes osseuses, épidurales, sous-durales, intramédullaires. (SICARD, GALLY, HAGUENAU et WALLICH. *Revue neurol.*, avril 1928.)

Aspects radiologiques d'une récalcification vertébrale après rœntgenthérapie. (CALVÉ, FORESTIER et JOLY. *Soc. de radiol.*, fév. 1928.)

La radiothérapie du cancer du col de l'utérus. (S. LABORDE et WICKHAM. *Le Cancer*, juin 1928.) — Les statistiques que publient régulièrement les auteurs sur les cas de cancer du col traités au centre anticancéreux de Villejuif portent cette année sur les malades de 1926 : 50 malades, toutes inopérables, ont été traitées soit par les rayons X seuls soit par l'association des rayons X et du radium : 22 sont encore vivantes dont 13 peuvent être considérées comme actuellement guéries, ce qui donne une proportion de 26 p. 100 de guérison après deux ans.

Si l'on fait le départ entre les malades traitées par la radiothérapie seule et celles traitées par les rayons X et le radium on trouve que des 19 cas traités par les rayons X seuls (dont 17 il est vrai étaient des cas très avancés) 1 seul reste actuellement guéri, les 12 autres cas de guérison relevant du traitement mixte (rayons X + radium).

A ce propos les auteurs avaient cru, à un moment donné, qu'il y avait intérêt à commencer par la curiethérapie et à finir par la rœntgenthérapie, il n'en est rien en réalité et dans l'état actuel des connaissances on peut intervertir à volonté l'ordre des traitements.

Cette statistique de 1926 s'ajoutant aux précédentes montre que depuis 1921 la proportion totale des malades guéries (dont les premières remontent donc à sept ans) est de 26 p. 100. C'est un résultat très encourageant si l'on considère qu'il a porté sur des malades généralement très gravement atteintes, et que la proportion des guérisons est d'autant plus grande que les malades se font traiter à un stade moins avancé de leur maladie.

Cf. — Le traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. (A. GUNSETT [Strasbourg]. *Soc. d'obst. de Strasbourg*, 5 mai 1928.)

La radiothérapie des tumeurs de l'encéphale. (A. BÉCLÈRE. *Revue neurol.*, juin 1928.) — Suivant leur siège il faut diviser les tumeurs de l'encéphale en deux catégories :

a. *Les tumeurs de la fosse pituitaire* qui représentent 20 p. 100 des tumeurs de l'encéphale sont presque exclusivement des adénomes du lobe antérieur de l'hypophyse : en raison de la radiosensibilité de ces adénomes la radiothérapie en est le traitement de choix car elle est capable de donner une guérison durable avec d'autant plus de chances de succès que le traitement est institué plus tôt : d'où l'importance d'un diagnostic précoce basé sur la recherche des lésions osseuses caractéristiques, l'examen du fond de l'œil, la mensuration du champ visuel, la radiographie du crâne.

La radiothérapie des adénomes hypophysaires demande des doses modérées et espacées plutôt qu'un traitement intensif et rapide.

b. *Les tumeurs de la grande cavité cranienne* sont surtout des gliomes, des neuromes des nerfs intracraniens et des méningiomes. Seuls certains gliomes seraient actuellement justiciables de la radiothérapie, soit qu'ils aient été jugés inopérables (absence de localisation précise en particulier) soit que la radiothérapie intervienne à titre de complément post-opératoire.

Il semble que dans ces cas la radiothérapie, qui a pu donner parfois d'heureux résultats, agisse à la fois par destruction des cellules néoplasiques et par diminution de l'activité secrétoire des plexus choroïdes.

L'écueil à éviter — grâce à une technique prudente et à une surveillance attentive — c'est l'aggravation de l'hypertension qui pourra nécessiter souvent une trépanation décompressive.

La rœntgenthérapie des gliomes demande l'emploi de rayons très pénétrants, fortement filtrés, émis à grande distance et dirigés par plusieurs portes d'entrée sur de larges surfaces. Il est prudent de ne pas dépasser la dose de 1.000 R par séance et d'espacer chaque séance d'au moins quarante-huit heures en épiant les moindres signes d'hypertension intracranienne.

Cf. — Rœntgenthérapie des gliomes cérébraux. (BAILEY, VOSMAN, VAN DESSEL [Boston]. *Amer. Journ. of Rœntg. and radioth.*, mars 1928.)

Recherches sur la radiothérapie des tumeurs cérébrales au cours des treize dernières années. (PANCOAST [Philadelphie]. *Amer. Journ. of Rœntg. and radioth.*, janv. 1928.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1929)

Corps étrangers du duodénum. — M. MOCQUOT rapporte deux observations de M. MATRY (de Fontainebleau) et de M. GUILLEMIN (de Nancy), surtout intéressantes au point de vue de la technique opératoire. Dans le premier cas, l'épingle était dans la quatrième portion du duodénum ; elle fut refoulée jusque dans l'estomac et enlevée par une étroite gastrostomie; guérison. Dans le deuxième cas, un clamp courbe fut introduit par une petite ouverture gastrique et, guidé sur le doigt, alla saisir l'épingle de sûreté lacée dans le duodénum, pointe en bas, près de l'angle duodéno-jéjunal.

Deux cas de cholécystite chronique non lithiasique sans lésion apparente de la vésicule; cholécystectomie; guérison. — M. MOCQUOT fait un rapport sur deux observations de MM. IBOS et LEGRAND DES MONTS (de Saint-Quentin).

Tarsoplastie d'Albee dans le traitement des pieds bots varus équins. — M. SORREL fait un rapport sur un travail du professeur ROCHET (de Bordeaux). Dans les pieds bots accentués, M. Rochet emploie surtout l'opération de Gros. Chez les jeunes enfants, il recommande l'opération d'Albee.

Fracture transcervicale du col du fémur traitée par enchevillement précoce avec un greffon péronier et immobilisation dans le plâtre en flexion à 90 degrés. — M. DUJARIER fait un rapport sur une observation de M. Raymond BERNARD (de Paris). L'intervention fut faite sur le plan de Girode, sous le contrôle des rayons, avec radiographie de contrôle de face et de profil. Le plâtre, établi selon les principes de Judet, fut laissé trois mois. Le résultat, chez le malade âgé de soixante-six ans, fut excellent.

Reconstitution du sphincter de l'urètre chez la femme à l'aide du muscle droit interne. — M. Grégoire fait un rapport sur une observation de M. Jean Madier (de Paris).

Amibiase hépatique. — M. Grégoire fait un rapport sur un travail de M. Lacaze (de Rabat) relatif à 252 cas d'amibiase hépatique.

Traitement des pleurésies purulentes. — M. Sauvé a opéré 28 pleurésies purulentes depuis 1926. Il emploie l'anesthésie locale, fait une incision bien déclive et un drainage en thorax fermé. M. Sauvé donne la préférence au drainage type Delbet-Girode. Il a obtenu la guérison en quarante jours en moyenne dans 24 cas et n'a eu qu'une fistule persistante.

Il ne faut pas opérer trop précocement et il faut faire un examen bactériologique préalable. En cas de pleurésie gangréneuse, M. Sauvé emploie largement la sérothérapie antigangréneuse. Il n'est pas partisan des lavages de la plèvre.

Thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux. — M. Leriche, sur cinq ulcères perforés bouchés de la partie haute de la petite courbure traités par la résection, en a perdu deux (Cf. Leriche. *Gaz. des hôpit.*, 24 oct. 1928, n° 86). Il a donc cherché à procéder différemment pour ces ulcères. Il les a simplement décollés du pancréas, a reconstitué, sans résection, la paroi gastrique plan par plan, et complété son intervention par une gastro-entérostomie. Il en conclut que les bords, même œdémateux de l'ulcère, sont aptes à la réparation, et que l'ulcère n'est pas une affection trophique.

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1929)

Ulcères gastro-duodénaux. — M. Métivet, comme M. Leriche, a remarqué la facilité de réparation de ces ulcères. Il ajoute qu'il se trouve bien de mécher les sutures duodénales ou gastriques lorsque celles-ci lui paraissent imparfaites.

Traitement des fractures de Dupuytren. — M. Hartmann fait un rapport sur ce travail de MM. Boppe et Vassitch (de Paris) qui ont étudié toutes les fractures de Dupuytren traitées dans le service de M. Hartmann de 1926 à 1928. Ils en ont suivi 98. La réduction doit en être effectuée d'urgence : malheureusement 3 fois sur 4 les blessés sont vus trop tardivement. La rachi-anesthésie permet au mieux cette réduction, faite toujours par manœuvres manuelles, sans traction continue. Une seule fois, sur 75 cas de Dupuytren basses on ne put obtenir la réduction et il fallut opérer. Dans les Dupuytren hautes le diastasis est difficile à corriger : sur 14 cas de diastasis, 5 fois la réduction en fut incomplète. Pour les Dupuytren basses il n'y a pas eu de résultat mauvais; pour les fractures hautes, il y eut 5 résultats médiocres par insuffisance de correction du diastasis. Mais, malgré une excellente réduction, la durée d'incapacité est longue, atteignant parfois six mois.

Arrachement du tronc du radial au niveau d'une plaie du coude et issue du fragment supérieur par une plaie de l'aisselle ; reposition ; suture ; guérison. — M. Auvray présente une observation de M. Jacques-Charles Bloch (de Paris). Une fois les plaies cicatrisées, le blessé fut confié à M. Bourguignon qui lui appliqua un traitement par l'ionisation iodée. A propos de ce beau cas, M. Auvray rappelle que la suture simple du nerf radial donne de très bons résultats, entre 50 et 88 p. 100 selon les statistiques. L'ionisation iodée a une action résolutive sur les cicatrices et stimule très nettement la régénération nerveuse.

Cranioplastie. — M. Maisonnet fait un rapport sur un cas de M. Cornioley (de Genève).

Nouvelle méthode de stérilisation et de cicatrisation des plaies par électrolyse. — M. Métivet fait un rapport sur ce travail de MM. Planque et Chevrier (de Bordeaux) dont le procédé a donné des résultats très encourageants.

La vaccination locale dans le cancer du col utérin. — M. Hartmann, en son nom et au nom de Mme Aitoff, montre que les applications de compresses imbibées de vaccins sur les cols bourgeonnants et sanieux en transforment rapidement l'aspect.

Présentations. — M. Fredet. Série de clichés montrant la reconstitution spontanée du tibia après un très vaste évidement de l'extrémité supérieure pour une récidive de tumeur à myéloplaxes.

M. Lapointe. Radiographie d'une double tumeur ganglionnaire médiastinale.

M. Cadenat. Cancer de la langue enlevé au couteau à haute fréquence.

Election. — MM. Leveuf, Gouverneur et Bergeret sont nommés membres titulaires de la Société.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1929)

M. Ombrédanne fait part du décès de M. Georges Dehelly (du Havre), membre correspondant de la Société.

Métastases d'un séminome. — M. Jean Berger.

Goitre aberrant de la gouttière carotidienne. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de MM. Cornioley et Segond (de Genève). Un homme de trente-cinq ans présentait des crises de bradycardie avec tendance syncopale extrêmement graves. Ces crises disparurent entièrement après ablation de la tumeur qui touchait le pneumogastrique, mais sans l'envahir. M. Lenormant rappelle les dangers qu'il y a de toucher au pneumogastrique au cours des interventions; en particulier le pincement accidentel du nerf peut entraîner une syncope grave, vraisemblablement par excitation du bout central du tronc.

Deux cas de volvulus du cæcum. — M. Lenormant présente deux observations, l'une de M. Hartglas (de Dourdan), l'autre de M. Wilmoth (de Paris).

Invagination intestinale traitée par lavement baryté. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Foucault (de Poitiers). On donna un lavement baryté qui fit passer la tête du boudin de la fosse iliaque gauche dans la fosse iliaque droite. Une incision latérale droite permet d'arriver exactement sur l'invagination et de la désinvaginer. Guérison.

Le lavement baryté peut donner une réduction partielle, et, d'autre part, renseigner exactement sur le siège de l'invagination; mais il ne peut remplacer l'acte chirurgical, et M. Mouchet s'élève avec énergie contre l'emploi du lavement sous pression comme thérapeutique de l'invagination.

MM. Mathieu et Sorrel partagent l'avis de M. Mouchet.

Duodénum mobile. — M. Pierre Duval présente une série de radiographies de cette malformation, plus fréquente qu'on ne l'avait cru et dont les radiographies sont d'interprétation difficile. Les troubles gastro-duodénaux n'existent que dans la station debout, ils disparaissent entièrement une fois les malades couchés, de préférence à plat ventre.

Kyste du tiers supérieur de l'humérus. — M. Jean Berger.

Présentations. — M. Grégoire. Ecrasement du pied, astragale fracturé, enlevé d'urgence, douleurs intolérables. Résection orthopédique tibio-calcanéo-scaphoïdienne. Très bon résultat.

AIX-LES-BAINS

LA VILLE D'EAUX DES RHUMATISANTS

au bord du lac du Bourget
centre unique d'excursions dans les Alpes de Savoie



Le bain de vapeur naturelle Bertholet

Messieurs les membres du Corps Médical français et étranger sont invités à honorer Aix-les-Bains de leur visite.



La douche massage ou douche d'Aix

EAUX SULFUREUSES CHAUDES-46°

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Brochures illustrées et renseignements sur les avantages spéciaux réservés au Corps Médical envoyés gratuitement sur demande adressée au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1929)

La greffe d'Albee dans le mal de Pott. — M. SORREL, contrairement à l'opinion de M. Leriche, est opposé à la laminectomie systématique dans les paraplégies pottiques.

Fractures du col du fémur traitées par la méthode de Whitman. — M. DUJARIER fait un rapport sur ce travail de MM. BOPPE et VASSITCH (de Paris), et projette des radiographies concernant ces observations.

M. ROBINEAU a renoncé au Whitman. Par le vissage il estime obtenir 90 p. 100 de très bons résultats.

M. BASSET considère aussi les résultats fournis par le vissage comme bien supérieurs.

M. CUNÉO a appliqué un autre traitement consistant en réduction très précise sous anesthésie, puis traction continue très forte avec application de l'appareil du Service de santé, il en a obtenu de très bons résultats.

Occlusion intestinale par calcul biliaire. — M. ROBINEAU rapporte une observation de M. BAILLAT (de Toulouse).

Cette observation montre l'intérêt qu'il y a à faire la vidange du grêle.

Appareils plâtrés à chambre libre. — M. MATHIEU fait un rapport sur les appareils de M. Robert DUCROQUET (de Paris) qui permettent, dans un sens donné, une certaine mobilisation à l'intérieur de l'appareil et sont indiqués dans les luxations congénitales de la hanche où ils remplacent les appareils à charnière plus compliqués.

Thoracoplastie. — M. PROUST fait un rapport sur un travail de MM. MAURER et ROLLAND (de Paris) qui ont cherché à rendre cette intervention aussi peu choquante que possible. M. Maurer a employé la résection postérieure en allant jusqu'au contact de l'angle postérieur de la côte. Il opère en plusieurs temps, sous anesthésie locale. L'incision est en L renversé dont la branche verticale est près de la gouttière vertébrale. Les plans cutané et musculaire sont incisés après infiltration à la Reclus, et ce n'est que lorsque les espaces intercostaux sont découverts qu'on anesthésie les nerfs intercostaux. Ces résections postérieures sont faites en deux temps, exceptionnellement même en trois. D'autre part, si, à la suite de cette thoracoplastie totale postérieure, l'affaissement du poumon n'est pas suffisant, M. Maurer ajoute une résection antérieure par voie axillaire antérieure, constituant ainsi une thoracoplastie élargie qui donne un affaissement très complet de tout l'hémithorax.

Sur les 35 cas ainsi traités il n'y a pas eu de décès opératoire, et les résultats fonctionnels obtenus ont été excellents.

Présentation de malades. — M. Georges LABEY. Ostéochondrite de la hanche.

M. PROUST. Polype intracanaliculaire du sein.

(SÉANCE DU 6 MARS 1929)

A propos du traitement des fractures transcervicales du col du fémur. — M. J. LEVEUF. A l'heure actuelle la guérison d'une fracture transcervicale n'offre guère de difficulté que chez les sujets âgés de plus de soixante ans.

Dans la majorité des observations des fractures récentes publiées jusqu'à ce jour, la consolidation n'a été obtenue qu'après élimination d'une partie plus ou moins importante du col fracturé.

La coaptation parfaite des fragments et l'immobilisation rigoureuse du foyer de fracture ne suffisent pas à donner la consolidation dans tous les cas de fracture transversale.

Obstruction intestinale par persistance de la coudure d'une anse intestinale étranglée. — M. P. MATHIEU fait un rapport sur une observation de M. MOURGUES-MOLINES (de Montpellier). Observation qui démontre que la hernie étranglée et en particulier la hernie crurale sur arète vive peut quelquefois se compliquer de lésions intestinales assez accentuées pour déterminer une obstruction par coudure de l'intestin.

Migration d'un corps étranger dégluti. — M. P. MATHIEU fait un rapport sur une observation adressée par M. TANACESCO (de Jassy).

Tumeur lymphoïde maligne de l'intestin. — M. ROUX-BERGER fait un rapport sur une observation de M. BRAINE (de Paris).

Typhlite gangréneuse primitive. — M. OKINCZYC rapporte une observation de M. Raymond BERNARD (de Paris) dans laquelle l'intervention conduisit sur un abcès gangréneux juxta-cæcal qui fut simplement ouvert, sans chercher l'appendice qu'on ne vit pas. Mort. A l'autopsie, appendice sain, mais gangrène du cæcum.

Occlusion intestinale par bride sous-iléale. — M. OKINCZYC fait un rapport sur une observation de M. BARBILIAN (de Jassy). La partie terminale de l'iléon était rétractée, adhérente à la partie abdominale postérieure, et il y avait une coudure en V avec une bride entre ce segment et le segment sus-jacent très dilaté. A ce propos, M. Okinczyc revient sur les risques d'intoxication que fait courir au malade l'irruption du liquide de stase intestinale dans le segment sain, et, comme M. Robineau l'avait fait dans la dernière séance, il considère indispensable de faire la vidange de l'intestin.

M. A. SCHWARTZ a vu une intoxication suraiguë après lever d'un obstacle siégeant sur le grêle à 15 centimètres du cæcum.

Luxation récidivante et irréductible de l'épaule. — M. L. BAZY fait un rapport sur une observation de M. MIRIZI (de Cordoba).

Anesthésie locale et adrénaline. — M. CHEVASSU estime que l'adjonction d'adrénaline à la novocaïne est absolument inutile et souvent dangereuse. Il préfère la novocaïne seule en solution à 1/100. La bague anesthésique qui a sauvé le doigt de tant de panaris peut infiltrer ce doigt d'une quantité de liquide telle qu'elle est capable d'y interrompre momentanément toute circulation. La qualité anesthésique du liquide n'y est pour rien. Pour ne pas risquer le sphacèle il y a donc intérêt à ne pas injecter trop de liquide, à ne pas faire de constriction supplémentaire à la base du doigt et à ne pas mettre d'antiseptique sur le doigt après l'opération.

A propos des tumeurs à myéloplaxes. — M. MOUCHET.

Présentation. — M. KÜSS. Luxation postéro-externe du coude.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 11 avril. — Jury : MM. Tanon, président; Joyeux et Philibert. — M. SUBEYMAN-HABIBOLLAH. Le choléra en Mésopotamie. — M. OUSTRIC. Recherches sur la bactériothérapie de la coqueluche.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARAPLÉGIES POTTIQUES[1]

Troubles trophiques. — a. *Escarres* développées en même temps que les troubles sphinctériens, elles n'aggraveraient pas beaucoup le pronostic, contrairement à la notion classique, et seraient généralement guérissables si le malade est bien soigné.

b. Œdèmes des membres inférieurs, arthropathies.

Troubles sympathiques. — Ils sont fréquents, polymorphes, et d'une interprétation difficile. Les plus importants sont les troubles.

Pilomoteurs. — 1. Le réflexe pilomoteur *encéphalique* (c'est-à-dire correspondant à l'étendue du segment sus-lésionnel) présenterait une limite inférieure extrême répondant à la limite supérieure de la lésion. Mais ce n'est *pas constant*.

2. Le réflexe pilomoteur *spinal* (sous-lésionnel), est très inconstant. Sa limite supérieure extrême répondrait schématiquement à la limite inférieure de la lésion.

État général. — Est généralement *assez bon*. Mais il faut pratiquer un examen complet du malade (poumons, crachats, appareil génito-urinaire, intestin, etc.) et chercher s'il n'existe pas une autre localisation tuberculeuse.

Évolution. — Elle est variable, mais il est *capital* de souligner la fréquence des améliorations remarquables qu'on peut observer, grâce au traitement. La situation n'est nullement désespérée à cause de la paraplégie, qui est, très souvent curable.

1° FORME CURABLE (en *dix-huit mois, deux ans*). — Les troubles *sensitifs* retrocèdent les premiers, et cela constitue l'un des premiers signes d'amélioration de la paraplégie. Ils disparaissent sans laisser de séquelles.

La *motilité volontaire* ne réapparaît guère avant sept ou huit mois. Elle se traduit par la flexion volontaire des orteils, puis du pied, puis du genou. Ce n'est qu'au bout de quelques mois que le malade arrive à décoller les pieds du plan du lit.

Les *réflexes* se modifient *en dernier*, et il persiste parfois encore quelques séquelles réflexes quand le malade quitte le Sanatorium.

2° La paraplégie SE FIXE.

3. PASSAGE A LA CONTRACTURE EN FLEXION.

4. TRANSFORMATION EN PARAPLÉGIE FLASQUE par myélite transverse ou extension des lésions radiculaires.

5. LA MORT peut survenir tardivement, conséquence de la FISTULISATION avec infection secondaire des abcès, de la dissémination du processus tuberculeux (méningite tuberculeuse, granulie, bacillose pulmonaire, intestinale).

FORMES CLINIQUES

1. **Formes légères** (pseudo-névralgiques, flasco-spasmodiques).

2. **Formes graves**.

A. **Paraplégie hyperspasmodique** (Foix). — *Anatomiquement*, elle répond à une lésion très localisée, la moelle sous-jacente étant restée saine. Il s'agit le plus souvent d'une *compression* par *abcès* ou *tubercule*.

Cliniquement, il y a contracture intense, non seulement des membres inférieurs, mais encore des muscles abdominaux et sacro-lombaires. Le malade est enserré dans un « véritable corset de fer qui empêche la station assise et gêne la respiration ». De plus, il y a :

1. *Spasmes toniques* avec *exagération de la contracture en extension*. Spontanément, ou sous l'influence des mouvements passifs, des spasmes *douloureux* surviennent qui s'accompagnent souvent de clonus spontané.

2. *Exagération très marquée de l'automatisme médullaire* se traduisant par les diverses réactions de défense : phénomène des raccourcisseurs, des allongeurs, de l'allongement croisé.

Cette forme réalise, on le voit, le tableau d'une compression médullaire par tumeur.

B. **Paraplégie en flexion** (Babinski). — Elle est souvent l'*aboutissant* de la forme précédente, mais peut être d'emblée en flexion. Elle se caractérise :

1° Par l'*attitude*, d'abord intermittente, puis permanente, des membres inférieurs contracturés en flexion. Le malade reste couché sur le côté, en chien de fusil. C'est en quelque sorte un phénomène des raccourcisseurs *fixé*.

2° Par la *dissociation réflexe du Babinski* :

Abolition des réflexes tendineux;

Exagération des réflexes défensifs, d'automatisme.

C'est une forme *grave* répondant à une lésion irritative intense et très limitée.

C. **Paraplégie flasque avec signes pyramidaux** (flasco-spasmodique). — Cliniquement, elle se caractérise par l'association singulière d'une paraplégie en apparence flasque et d'une spasmodicité latente avec réflexes tendineux vifs, clonus, Babinski positif.

1. Tantôt transitoire, elle est le premier stade d'une forme typique.

2. Tantôt *permanente*, elle est alors *rare et très grave*. Elle s'observe dans le mal de Pott déjà ancien, mal immobilisé, et serait incurable. Elle répond à des lésions étendues de pachyméningite avec myélite sous-jacente.

D. **Myélite transverse subaiguë rapidement mortelle** (Marie et Foix, Garnier et Cathala). — Début *brutal* par une *attaque de paraplégie*.

Réflexes tendineux faibles.

Babinski positif.

Automatisme médullaire intense.

Troubles sensitifs importants à limite supérieure *linéaire*.

Paralysie complète vésicale et rectale.

Dissociation albumino-cytologique.

L'état général est grave, la mort survient en quinze jours à deux mois.

L'histologie montre qu'il ne s'agit pas de compression, mais de pachyméningite jeune avec myélite subaiguë et ÉTAT GRILLAGÉ de la moelle.

De cette paraplégie flasque, on rapprochera les compressions brusques de la moelle au cours du mal de Pott, par déformation osseuse subite ou apparition brusque d'un abcès dans la cavité médullaire. Elles sont exceptionnelles et réalisent le tableau d'une section de la moelle avec paraplégie flasque complète sans signes pyramidaux.

3. **Forme avec dissociation syringomyélique de la sensibilité**. — Ces troubles sensitifs existent dans le mal de Pott, au-dessous de la lésion tandis qu'ils sont suspendus à son niveau, dans la syringomyélie.

4. **Formes avec Brown-Séquard**. — Le Brown-Séquard est exceptionnel, mais la *tendance* à cette forme n'est pas rare. Il y a paralysie d'un membre et anesthésie superficielle du côté opposé (soit à tous les modes, soit à type syringomyélique).

(*A suivre*.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 25, p. 490.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

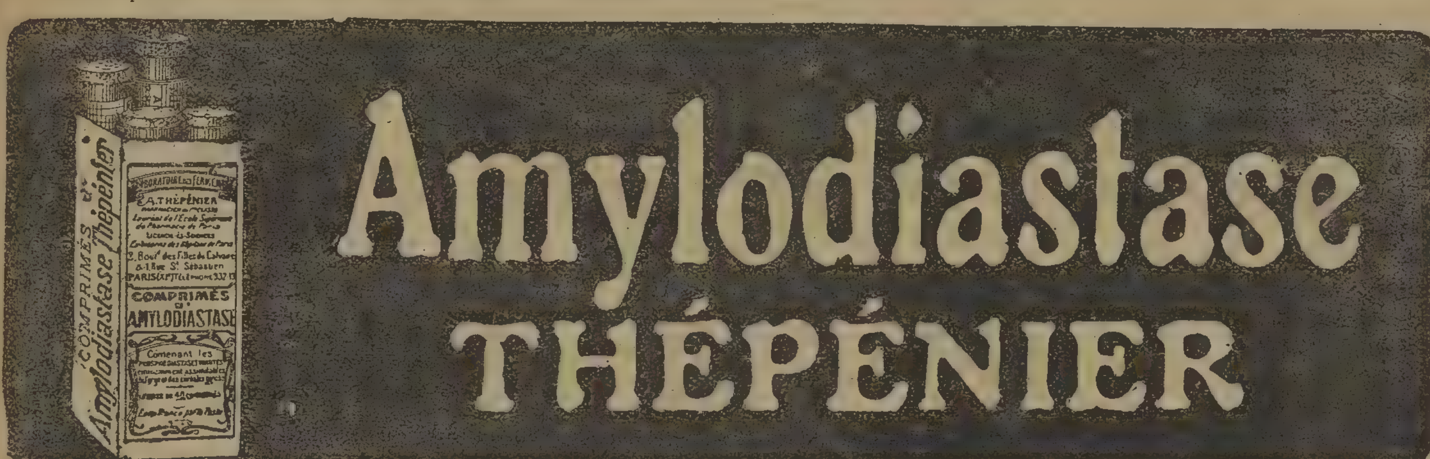
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

N° 28. — SAMEDI 6 AVRIL 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1929. — N° 28.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est composé de MM. Bochery, Papillon, Doucet, Morin (Paul), Wateau.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Brindel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, a reçu l'honorariat.

M. le docteur Philip est nommé oto-rhino-laryngologiste titulaire à l'hôpital des Enfants.

M. le docteur Retrouvey, oto-rhino-laryngologiste au sanatorium Xavier-Arnozan, et M. le docteur Despons, oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux, sont affectés à l'hôpital des Enfants.

— NANTES. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux de Nantes sera ouvert le lundi 17 juin 1929 à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

— Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes sera ouvert le lundi 24 juin 1929 à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. le docteur Vasselle, chef de clinique médicale, est chargé du cours de physique biologique jusqu'à la fin de l'année scolaire.

M. le docteur Leygue, chef des travaux de physiologie, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

M. Barre, chef des travaux de physique (P. C. N.), est chargé des fonctions de chef des travaux de physique biologique.

ACADÉMIE DES LETTRES ET ARTS DE MONTPELLIER. — L'Académie de Montpellier (section médecine) a attribué une somme de 1.000 fr. sur le prix Al. Jaumes à MM. Charbonnel et Massé pour leur travail sur « Les résultats comparés des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambes ».

UNIVERSITÉ DE MADRID. — M. H.-L. Rocher, professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, vient d'être nommé membre d'honneur de l'Académie de pédiatrie espagnole.

LE PROCHAIN VOYAGE MÉDICAL EN TCHÉCO-SLOVAQUIE. — M. Laignel-Lavastine nous prie de publier la note suivante :

« Je conserve, écrit-il, un trop bon souvenir du charmant voyage médical aux stations hydro-minérales de Tchéco-Slovaquie, fait en septembre 1927 et organisé par la Fédération centrale des bains et des eaux tchéco-slovaques et par la Société franco-tchéco-slovaque de voyages internationaux, pour ne pas engager mes confrères à faire partie du prochain voyage qui doit avoir lieu au mois de mai prochain.

On visitera : Franzensbad, Marienbad, Carlsbad, Jachymov, Prague, les grottes de la Macocha, Brno, Pistiany et Vienne.

Cette énumération montre l'intérêt de cette tournée dans ce beau pays appelé l'Auvergne tchéco-slovaque dont la richesse thermale en fait comme une Auvergne française, et, pour des raisons géologiques analogues, un paradis hydro-minéral. »

IIe CONGRÈS ITALIEN DE GÉNÉTIQUE ET D'EUGÉNIE. — Ce Congrès aura lieu du 30 septembre au 2 octobre à Rome, sous la présidence d'honneur de S. E. Benito Mussolini et la présidence effective du professeur Conrado Gini.

Secrétariat général : Instituto di statistica e politica economica della R. Universita, via delle Terme di Diocleziano, 10, Roma.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

RÉUNION MÉDICALE DE TOULOUSE. — A l'occasion de la célébration du VIIᵉ Centenaire de l'Université de Toulouse une réunion médicale aura lieu le samedi 8 juin 1929 avec le concours, comme conférenciers, de MM. Bordet, professeur à l'Université libre (Bruxelles); Gley, professeur au Collège de France (Paris); Toubert, médecin général inspecteur (Paris).

VIIᵉ CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le professeur Frölich (d'Oslō) a été élu président de l'Union internationale contre la tuberculose et présidera la VIIᵉ Conférence de l'Union internationale qui se réunira à Oslō en septembre 1930.

LA PROTECTION DES TITRES HOSPITALIERS. — « L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et hospices civils de Paris ainsi que les groupements similaires ont adressé au ministre du Travail un vœu demandant que la protection du titre de docteur en médecine soit étendue aux titres hospitaliers acquis au concours ou par désignation d'un organisme officiel (Préfectures, Assistance publique, Commissions administratices hospitalières) et correspondant à des fonctions effectives.

Le titre protégé devra être porté par ceux qui le possèdent de façon explicite (avec indication, notamment, de la ville où les fonctions ont été exercées). Toute indication de titre tronquée et susceptible de créer une confusion avec le titre authentique légitimera des poursuites avec faculté pour les Associations professionnelles reconnues d'utilité publique de se porter partie civile ».

LE FISC CONTRE LE MÉDECIN. — Le *Progrès médical* rapporte, d'après l'*Ouest-Eclair*, les instructions verbales données par le directeur des contributions d'un département de l'Ouest aux contrôleurs chargés du contrôle des déclarations d'impôts des médecins d'une ville importante :

« Vous aurez à vous rendre inopinément et fréquemment dans les salles d'attente des médecins. Vos visites devront concorder avec les heures d'affluence de la clientèle. Vous noterez le nombre des malades et les prix des consultations. Vous prendrez tous autres renseignements qui vous paraîtront nécessaires.

« Dès que vous jugerez que votre mission a été remplie, vous saurez vous retirer sans exposer aux médecins un cas de maladie personnelle.

« Je suis certain qu'en agissant avec tact et discrétion vos investigations seront couronnées de succès et se traduiront par une augmentation sensible de l'impôt. » *Se non e vero...*

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 27 avril à 19 h. 30, dans les salons de l'hôtel Lutétia, sous la présidence de M. le professeur de Lapersonne.

Le prix est fixé à : 55 fr. pour les anciens internes, 40 fr. pour les internes en exercice.

Les adhésions devront être adressées à M. Arnette, libraire, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIᵉ).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rémy Jocqs, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société d'ophtalmologie, décédé à Paris; Sutter (de Paris); le professeur Auguste Swaen, l'éminent anatomiste belge, créateur de l'Institut d'anatomie de Liége; M. Ravier, interne des hôpitaux de Paris.

INSPECTEUR D'HYGIÈNE. — CONCOURS D'INSPECTEUR D'HYGIÈNE ADJOINT CHARGÉ D'UN DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX DANS L'AUDE. — Les conditions sont les suivantes :

1° Etre français; 2° Agé de trente ans au moins et cinquante ans au plus (extrait de naissance); 3° Posséder l'aptitude physique nécessaire (certificat d'aptitude délivré par un médecin assermenté); 4° Etre docteur en médecine (copie du diplôme d'Etat) et avoir exercé la médecine pendant trois ans au moins; 5° Extrait du casier judiciaire; 6° Etat signalétique des services militaires, citations, campagnes, etc.; 7° Posséder les diplômes de spécialisation technique ci-après : un diplôme d'hygiène délivré par une faculté de médecine; un certificat de stage à l'un des cours de perfectionnement en phtisiologie, organisé dans les diverses facultés de médecine; autant que possible un certificat de stage de perfectionnement auprès d'un service de syphiligraphie; une copie de chacun de ces diplômes devra être jointe au dossier après légalisation; autres titres et exemplaires de publication; 8° Obligation de renoncer à toute clientèle et de résider à Narbonne; engagement de servir pendant trois ans au moins et de servir douze mois à titre de stagiaire; 9° Engagement en cas de départ de continuer à assurer le service pendant trois mois au maximum et de ne s'installer comme médecin dans aucune des localités de la région desservie ni de solliciter aucun mandat public avant un délai de trois ans.

Traitement : stagiaire, 26.000 fr.; titulaire, 30.000 à 40.000 fr.; indemnités diverses en plus.

Délai d'inscription : 15 avril prochain inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser à la préfecture de l'Aude, inspection départementale d'hygiène.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — M. Robert Debré, agrégé, reprendra ses conférences le lundi 8 avril, à 18 h., à l'amphithéâtre Vulpian. Les premières leçons seront consacrées à la prophylaxie de la diphtérie et à la vaccination antidiphtérique.

— Le professeur Quix (d'Utrecht) fera le jeudi 11 avril, à 10 h., à l'amphithéâtre de la Clinique d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière, une conférence sur « Les altérations histologiques dans le labyrinthe des sourds-muets de naissance ».

— COURS LIBRE SUR LES MALADIES DES GLANDES ENDOCRINES. — Le docteur P. Sainton commencera ses leçons cliniques le lundi 15 avril, à 11 h., et les continuera tous les lundis, à la même heure (amphithéâtre Dupuytren). Les leçons seront consacrées exclusivement au goitre exophtalmique.

Présentations de malades et projections.

A PROPOS DE L'ENCÉPHALOPATHIE POSTVACCINALE

L'article d'actualité publié par le docteur Levent dans la *Gazette des hôpitaux* du 27 mai 1929, sur l'*Encéphalopathie postvaccinale* à la suite des travaux de la Commission d'hygiène de la Société des Nations, ne comportait pas de bibliographie.

Nous devons cependant rappeler que MM. Voizard et Baize ont publié le 24 septembre 1927, dans la *Gazette des hôpitaux*, une Revue générale sur les *Encéphalopathies postvaccinales et leur pathogénie*.

Dans cette Revue on trouvera une abondante bibliographie, on notera également que M. Voizard a le premier signalé les formes atténuées et les formes latentes. (*N. de la R.*)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

FHR

ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULÉS



Propriétés
Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges . PARIS (3e)

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au **SUC D'ORANGE**
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif — Délicieux
AUBRIOT 56, Bould Ornano PARIS



Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de **Drastiques**, de **Phtalleïne** de **Phénol**, de **Belladone**.

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable
ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME R. C., 221.839. Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

TOUX. EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

GYNOCRINOL
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE, A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER
UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE · AMÉNORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

REVUE GÉNÉRALE

L'EXAMEN ÉLECTRIQUE ET LA CHRONAXIE

DANS LA PRATIQUE NEUROLOGIQUE

Par Henri DESOILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis une dizaine d'années des progrès considérables ont été réalisés en électrologie. Nous en sommes redevables surtout aux travaux de G. Bourguignon qui a réussi à donner à cette méthode d'examen une précision admirable, en découvrant la technique permettant de mesurer la chronaxie chez l'homme. La chronaxie, définie par L. Lapicque en 1906, caractérise en effet l'excitabilité électrique d'un organe ou d'un tissu. Elle a une valeur générale, aussi les physiologistes s'en servent couramment aujourd'hui.

Nous nous bornerons dans cette étude à indiquer les renseignements cliniques que peut demander le neurologiste aux différentes techniques d'électrodiagnostic. A côté de la mesure de l'excitabilité (chronaxie) l'exploration électrique donne en effet des renseignements qualitatifs intéressants, c'est la partie la plus solide de l'électrodiagnostic classique et elle mérite d'être conservée.

EXAMEN QUALITATIF. LA FORME DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE

I. Technique. — Cet examen, facile à pratiquer, rend à lui seul de très grands services. C'est toujours par lui qu'il faut commencer. Il suffit d'avoir à sa disposition une boîte de piles, à courant continu (dit galvanique), munie d'un rhéostat qui permet de faire varier l'intensité. Une électrode dite indifférente et reliée à l'un des pôles de la batterie est fixée par exemple sur le thorax du sujet, l'autre pôle étant relié à une électrode dite active munie d'un manche, qu'on tient à la main, pour l'appliquer sur le trajet du nerf ou sur le point moteur du muscle que l'on examine. Les électrodes sont constituées par une plaque de zinc entourée d'étoffe imbibée d'eau salée. Une clef de Morse, sur laquelle il suffit d'appuyer, permet de faire passer le courant durant le temps que l'on désire. Ajoutons que la boîte de piles est généralement munie d'un renverseur permettant d'inverser le sens du courant, l'électrode dont on se sert étant alors positive ou négative à volonté.

II. La contraction musculaire normale. — L'électrode tenue à la main, est placée sur la peau, au niveau du point moteur du muscle examiné (1). Avec une intensité convenable, on voit, lorsque l'on établit (fermeture) ou que l'on rompt (ouverture) le courant, le muscle se contracter tout entier d'une façon vive, rapide, et avec force; c'est-à-dire que le mouvement est de bonne amplitude et non limité. Cette contraction cesse immédiatement, malgré que le courant continue à passer, et le muscle se relâche, se décontracte rapidement et revient à l'état de repos. Il faut généralement une intensité moins forte pour produire la contraction à la fermeture du courant qu'à l'ouverture.

Le sens du courant n'est pas indifférent : pour une intensité donnée la secousse est plus forte lorsque la petite électrode, dite active, est reliée au pôle négatif (1).

On obtient une contraction musculaire analogue en excitant le muscle par son nerf (en se plaçant sur le point le plus superficiel du trajet de ce dernier) ou encore en excitant le muscle longitudinalement, c'est-à-dire en plaçant l'électrode sur le tendon, mais cette dernière méthode est (à l'état normal) la moins facile à cause de la difficulté qu'il y a à exciter directement, sans l'intermédiaire du nerf, les fibres musculaires.

En résumé, le muscle, qu'on l'excite par son nerf, ou par son point moteur, ou longitudinalement (électrode sur le tendon) répond par un mouvement vif et ample dans toutes ses phases.

III. Les différentes contractions anormales, leur signification. — A l'état pathologique, la contraction musculaire peut se modifier, soit dans sa FORME, soit dans son AMPLITUDE, soit dans les deux à la fois.

Définissons d'abord les termes que nous allons employer. — Nous avons vu que normalement la contraction et la décontraction sont vives (fig. 1).

1° RALENTISSEMENT DE LA DÉCONTRACTION. — C'est l'altération la plus légère : la contraction a été vive, mais le muscle revient lentement à l'état de repos.

2° CONTRACTION LENTE. — Altération très importante. La contraction est allongée dans toutes ses phases, aussi bien dans la mise en contraction que dans la décontraction.

3° GALVANOTONUS. — Altération moyenne. A l'état normal la décontraction fait immédiatement suite à

(1) Ce point moteur correspond au point où le filet nerveux moteur aborde le muscle (Bourguignon). On en a dressé des tableaux. Ils sont forcément quelque peu schématiques parce que la peau n'est pas fixe sur les plans sous-jacents et qu'elle roule en quelque sorte sur le muscle, entraînant avec elle l'électrode. On tâtonnera donc toujours légèrement avant de trouver la place et la pression convenables. La plus grande difficulté n'est pas là, d'ailleurs, mais, quelque paradoxal que cela paraisse, elle consiste à reconnaître le muscle excité. En effet, le courant diffuse, et comme le point moteur du muscle examiné peut se trouver situé près d'un tronc nerveux animant un muscle voisin, et d'action presque semblable, il peut y avoir erreur si l'on ne fait pas très attention.

(1) On donne le nom de « formule polaire » à ces différences d'intensité nécessaire suivant qu'il s'agit de pôle + ou —, d'ouverture ou de fermeture du courant. On sait aujourd'hui que ces formules ne traduisent que des apparences, et qu'il faut considérer l'excitation comme se produisant en réalité au niveau d'une électrode virtuelle intramusculaire. On ne doit donc pas interpréter l'inversion de la formule polaire comme on le fait classiquement : il ne s'agit pas d'un renversement des lois polaires qui sont invariables, mais d'un changement dans le rapport d'excitabilité du point moteur et des fibres musculaires. (On trouvera l'historique et la discussion de cette question dans le très beau travail de CARDOT (Thèse de la Faculté des sciences de Paris) et dans le livre de G. BOURGUIGNON (*La Chronaxie chez l'homme*).

la contraction, même lorsque le courant continue à passer. On dit qu'il y a galvanotonus lorsque le muscle reste contracté durant toute la durée de passage du courant, et ne se décontracte que lorsque ce dernier cesse (1).

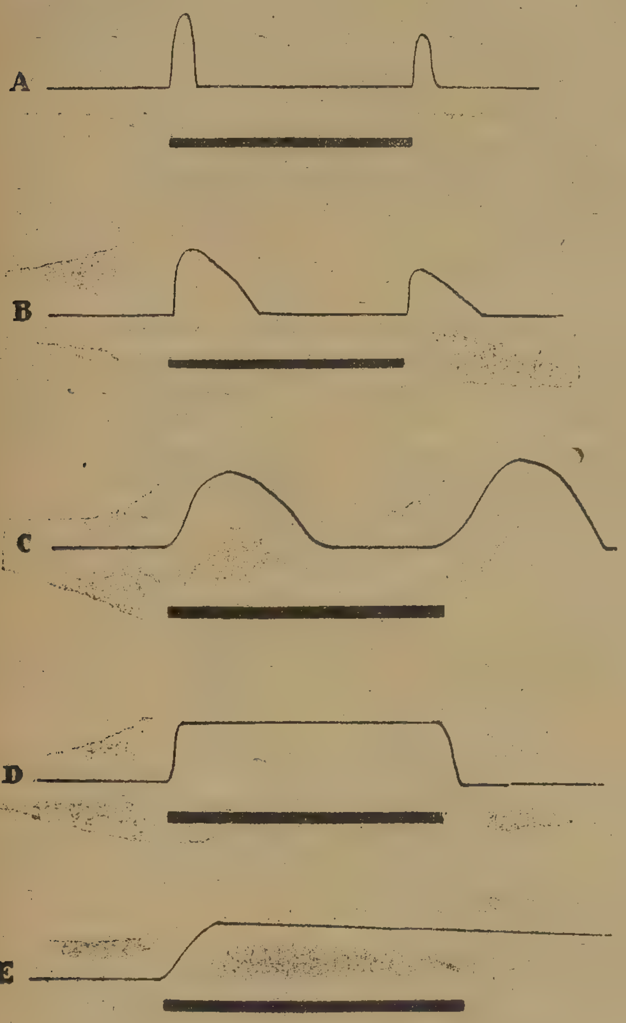


FIG. 1. — *Schéma représentant les principaux types de contractions musculaires pathologiques.* — Les courbes A B C D E indiquent la forme de la contraction musculaire. Les traits noirs indiquent la durée de l'excitation électrique.

A. Contraction normale.
B. Ralentissement de la décontraction.
C. Contraction lente.
D. Galvanotonus (à début brusque).
E. Myotonie.

4° MYOTONIE. — Le phénomène est le suivant : le muscle se contracte lentement puis reste contracté, non seulement pendant le temps que le courant passe, comme dans le galvanotonus, mais encore longtemps après la cessation du courant. Certaines contractions myotoniques durent quinze à vingt secondes après la cessation du courant. C'est dans la maladie de Thomsen que l'on observe la réaction myotonique avec son maximum de développement.

A quoi sert la recherche de ces contractions anormales? — 1° DANS LES LÉSIONS DES NEURONES CENTRAUX CES CONTRACTIONS N'EXISTENT PAS. (Réserve faites de troubles trophiques aisément reconnaissables cliniquement.) On pourra donc s'en servir pour distinguer les paralysies centrales des paralysies périphériques. L'étude préalable des réflexes tendineux dispense la plupart du temps de cet examen.

2° ELLES DONNENT SUR LA GRAVITÉ D'UNE LÉSION PÉRIPHÉRIQUE DES INDICATIONS souvent plus précoces que ne le ferait l'étude du taux de l'atrophie, parce qu'elles la précèdent le plus souvent. Elles permettent seules d'ailleurs de voir si le muscle est atteint globalement ou partiellement, et quel est le degré d'altération de ses différentes fibres musculaires, ce qui a un gros intérêt pronostic.

Voici un enfant atteint de paralysie infantile depuis peu. On sait bien qu'il y aura une amélioration importante de son état, mais aussi que certains muscles seront peut-être si gravement atrophiés que l'enfant restera infirme. Comment prévoir pour ce malade en particulier?

Chez cet autre, dont la paralysie remonte à des mois, et s'est améliorée déjà beaucoup, mais persiste néanmoins, et d'une façon sérieuse sur certains muscles, comment savoir si ces muscles sont ou non susceptibles de s'améliorer encore d'une façon notable — ce qui peut modifier la ligne de conduite thérapeutique? C'est surtout par un examen électrique qu'on résoudra ces questions.

Voici schématiquement comment au cours d'une lésion des neurones périphériques ou des muscles (poliomyélite antérieure aiguë, polynévrite, névrite, myopathie), les réactions musculaires évoluent. — Un muscle étant paralysé, le sort de ses fibres ne sera pas le même pour toutes : Certaines sont respectées, leur contraction reste normale, que l'excitation porte sur le nerf ou sur le point moteur.

D'autres sont plus atteintes : leur décontraction est lente. En déplaçant l'électrode on s'aperçoit que suivant le point du muscle où on la pose, et à condition de faire varier l'intensité du courant, la qualité de la contraction n'est pas la même sur toutes les fibres : les plus gravement atteintes sont les plus lentes; les autres sont galvanotoniques, ou même simplement ralenties dans leur décontraction. Cette plus ou moins grande rapidité des fibres donne à la secousse musculaire un aspect « vermiculaire ».

A quelque temps de là le muscle est examiné de nouveau : certaines fibres se sont améliorées, le galvanotonus qu'elles présentaient a fait place à une décontraction ralentie, mais la contraction reste rapide : pour elles le pronostic est bon, l'amélioration se poursuivra. D'autres au contraire ont une contraction lente, on ne les excite pas en se plaçant sur le nerf ou au niveau du point moteur, mais uniquement par excitation longitudinale (1). L'état de ces fibres s'aggrave, elles sont en train de s'atro-

(1) Avec un courant très intense on peut obtenir du galvanotonus sur le muscle normal. Le galvanotonus pathologique ne diffère donc du galvanotonus du muscle normal que par le rapport entre l'intensité nécessaire pour l'obtenir, et celle qui donne le seuil de la contraction.

(1) Il y a pour ces fibres inexcitabilité par le nerf, c'est-à-dire dégénérescence grave « complète » a-t-on l'habitude de dire. On les excite en plaçant l'électrode sur le tendon, c'est-à-dire longitudinalement, car la région du point moteur est inexcitable comme le nerf ; mais il ne faut pas dire qu'il y a « abaissement du point moteur », ce terme reposant sur une erreur d'interprétation.

phier. Elles ne sont pas, toutefois, irrémédiablement perdues, et sous l'influence du traitement on peut voir, par des examens successifs réapparaître le galvanotonus, puis la décontraction rapide. Mais si l'atteinte est trop profonde, les fibres musculaires malades disparaissent. A ce stade, naturellement, on ne trouve plus pour elles de contraction anormale, puisque n'existant plus, elles ne peuvent se contracter. Comme les autres fibres du muscle examiné ont guéri parce que moins atteintes, l'examen électrique ne montre que des contractions normales. Toutefois le muscle est diminué de volume, il se contracte sans force : la forme de la contraction est normale, mais l'amplitude du mouvement est diminuée.

On voit ainsi comment l'examen électrique permet de suivre de très près l'état des lésions ; comment il aide au pronostic, montrant la façon dont les fibres musculaires évoluent. Lorsqu'il n'y a plus que des contractions normales l'évolution est terminée, et l'étude de l'amplitude du mouvement donne une notion sur le nombre de fibres normales qui subsistent.

La distinction entre la forme de la contraction et l'amplitude du mouvement est comme on le voit capitale. — La forme de la contraction renseigne sur l'état physiologique de la fibre musculaire malade, l'amplitude du mouvement indique le nombre de fibres demeurées relativement saines.

IV. L'examen qualitatif, très important, ne donne toutefois que des renseignements incomplets. — L'étude du changement de la forme de la contraction demande des examens successifs, *assez éloignés les uns des autres*. Il n'y a d'ailleurs qu'une appréciation assez empirique de la rapidité des contractions, et les différents muscles squelettiques, à l'état normal, donnent l'impression de ne pas être également rapides. Aussi serait-il souhaitable de pouvoir fixer par un chiffre le degré d'altération pathologique du muscle.

La vitesse de contraction, malheureusement, n'est que difficilement mesurable, et seulement par des procédés techniques complexes et longs à appliquer. Mais la vitesse de contraction est intimement liée, comme l'ont montré L. Lapicque en physiologie comparée, puis G. Bourguignon en pathologie humaine, à la vitesse d'excitabilité. Celle-ci est parfaitement mesurable avec une très grande précision, par des moyens techniques rapides. Il faut donc compléter l'étude qualitative par l'étude quantitative de la vitesse d'excitabilité, car on trouve là un moyen de chiffrer l'altération du muscle.

EXAMEN QUANTITATIF : MESURE DE LA QUANTITÉ D'ÉLECTRICITÉ NÉCESSAIRE POUR PROVOQUER L'EXCITATION

I. Historique de la question. — Pour avoir une excitation, c'est-à-dire pour obtenir une réponse, une contraction musculaire, il faut que le courant continu que l'on établit brusquement *possède une certaine intensité, au-dessous de laquelle on n'obtiendra pas de réponse* (1). Lorsque le courant passe pendant un temps très long (théoriquement infini) l'intensité minima (liminaire) est appelée *le seuil galvanique* ; elle est indépendante du temps pendant lequel passe le courant (loi de Dubois Raymond). Cette loi n'est vraie qu'en partie. Dubois Raymond qui l'a établie n'a fait varier les temps de passage du courant que depuis un demi-centième de seconde environ jusqu'à l'infini. Dans ces limites, chez l'homme, du moment que le seuil galvanique est atteint, on obtient toujours la réponse musculaire. Mais l'intensité n'est plus suffisante si le courant ne passe que durant un millième de seconde, par exemple (Hoorweg).

En réalité, ce qu'il faut pour obtenir toujours une réponse, ce n'est pas seulement une intensité déterminée du courant, mais aussi *une quantité déterminée d'électricité : plus le temps de passage du courant sera bref, plus l'intensité du courant devra être grande*.

Cette relation entre l'intensité nécessaire et le temps de passage peut s'exprimer par une courbe (fig. 2) obtenue expérimentalement (Weiss). Les

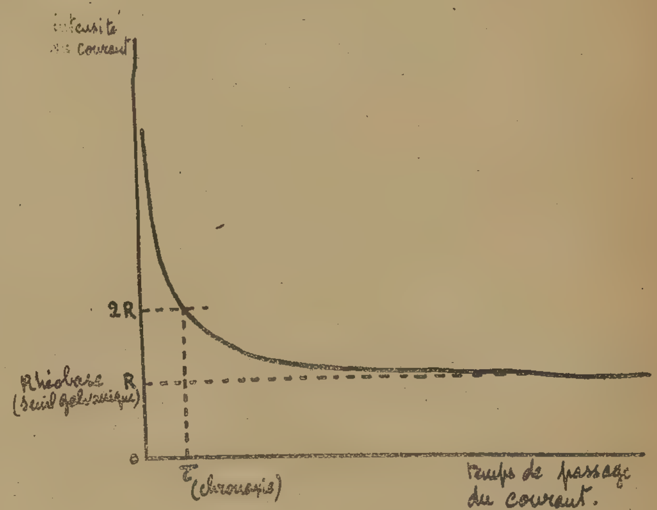


Fig. 2. — *Excitabilité électrique d'un muscle.*

Plus le temps de passage du courant est bref, plus il faut que le courant ait d'intensité. Pour chiffrer l'excitabilité du muscle, il suffit de déterminer deux points remarquables de la courbe.

temps sont portés en abcisses, les intensités en ordonnées. La courbe a la forme d'une hyperbole. Elle montre que plus le temps de passage du courant est court, plus il faut que ce courant ait d'intensité, et qu'en tous cas il faut toujours une intensité minima de ce courant : O R (le point R correspondant au seuil galvanique). Au fond l'aire de cette courbe indique la quantité minima d'électricité nécessaire.

Cette courbe a une valeur absolue : On lui trouve la même forme pour tous les muscles de la série animale : seules les unités de temps changent (Lapicque).

(1) Cette intensité, la plus petite qui soit capable d'exciter le muscle ou le nerf, dans les conditions de durée du courant dans lesquelles on s'est placé, donne le seuil de la contraction, aussi l'appelle-t-on « intensité liminaire ».

Pour déterminer l'excitabilité d'un muscle donné il suffit de pouvoir tracer la courbe correspondant à ce muscle, ou plus exactement d'en déterminer deux points remarquables (deux paramètres).

II. La chronaxie (Lapicque). — L'un d'eux s'impose : c'est celui qui correspond au seuil galvanique : pour des temps de passage longs on augmente peu à peu l'intensité du courant jusqu'à ce qu'on obtienne une contraction. L'intensité obtenue ainsi est le seuil galvanique ou rhéobase (ρεος courant, βασις base). Pour des raisons théoriques et pratiques L. et M. Lapicque ont adopté comme second point le temps de passage du courant nécessaire lorsque l'intensité de ce courant est double de la rhéobase ou seuil galvanique. On double donc l'intensité de la rhéobase, soit 2 R, le temps T est la chronaxie (αξια valeur, χρόνος du temps).

On a donc les définitions expérimentales dues à L. Lapicque :

1° *La rhéobase est l'intensité nécessaire pour obtenir le seuil de la contraction avec une fermeture brusque et prolongée du courant continu.*

2° *La chronaxie est le temps de passage du courant nécessaire pour obtenir le seuil avec une intensité double de celle de la rhéobase.*

De ces deux paramètres, la chronaxie est indépendante des conditions expérimentales, tandis que la rhéobase dépend à la fois de l'excitabilité et des conditions de l'expérience (intensité du courant, surface des électrodes, pression des électrodes, distance des électrodes).

C'est donc la chronaxie qui est adoptée pour définir par un chiffre l'excitabilité électrique d'un organe. L'unité de temps pour les vertébrés est le millième de seconde (σ).

Lorsqu'un muscle est dégénéré, sa vitesse d'excitabilité diminue et sa chronaxie augmente. Il faut alors que le courant passe plus longtemps pour provoquer la contraction.

III. Technique de la mesure de la chronaxie chez l'homme. — Naturellement cette mesure s'effectuera à travers les téguments. Il est nécessaire de constituer un circuit tel que les variations de résistance apparente du sujet deviennent négligeables. En effet, avec les temps de passage du courant correspondant à la chronaxie, toujours très courts, il est impossible de mesurer l'intensité. Il faut donc substituer à la mesure de l'intensité celle du voltage : cela ne peut se faire que si les intensités sont proportionnelles aux voltages, c'est-à-dire si la résistance du circuit est constante. On y arrive en employant un circuit possédant lui-même une résistance élevée. Les variations de résistance du sujet deviennent donc faibles par rapport à la résistance totale, et on peut les négliger.

Quant à la polarisation des tissus, on l'évitera en prenant soin de faire toujours deux excitations successives de signe contraire. On se servira, en outre, des électrodes impolarisables de Bourguignon.

Il faut naturellement que le courant continu dont on se sert soit très stable : une batterie d'accumulateurs le fournit et met à l'abri de tout accident au cas où un court-circuit viendrait à se produire, la décharge qui traverserait le sujet est limitée (1). Avec ces accumulateurs on a une source très commode. On fait varier l'intensité grâce à un réducteur de potentiel. On détermine ainsi la rhéobase. Les courants très brefs destinés à chercher la chronaxie s'obtiendront par des décharges de condensateurs :

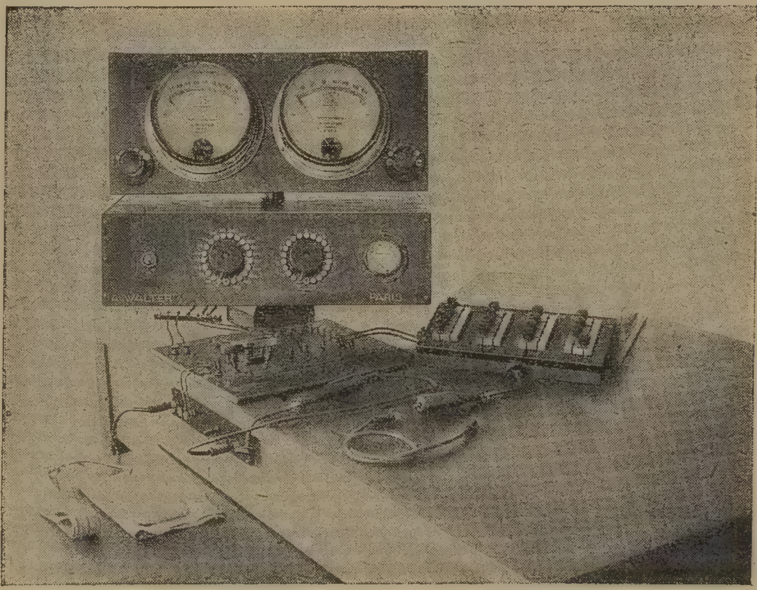


FIG. 3. — *Table de chronaxie de Bourguignon.* (Walter, constr.)

ceux-ci seront chargés — il suffit d'appuyer sur une clef — à une intensité double de celle de la rhéobase. Le temps de décharge (c'est-à-dire le temps de passage du courant) étant proportionnel à la capacité du condensateur, il suffira d'avoir une série de ceux-ci avec un montage tel qu'on puisse, sans perdre de temps et par la seule manœuvre de fiches, les décharger par l'électrode, à volonté pour chercher le condensateur dont la capacité convient, un calcul simple donne le chiffre de la chronaxie (2).

IV. Valeur de cette mesure; critique des an-

(1) Cette batterie d'accumulateurs est assez coûteuse et prend de la place, aussi Strohl et H. Desgrez ont-ils utilisé le courant de la ville en cherchant à le redresser et à le rendre constant par l'emploi de lampes valves. Ces recherches étaient extrêmement intéressantes parce qu'elles tendaient à simplifier l'installation. Jusqu'ici malheureusement les mesures de chronaxies obtenues de cette manière étaient loin d'avoir la précision de celles obtenues avec les accumulateurs, ce qui ôtait à la méthode son principal intérêt, consistant justement, comme nous le verrons, dans la précision de la mesure. (Voir Thèse H. Desgrez; et Bourguignon. Discussion à la Soc. d'électroth., mars 1928.) Tout dernièrement, G. Bourguignon et A. Walter ont enfin réalisé une table d'examen (fig. 3) très commode, utilisant comme source le courant alternatif du secteur (110 volts) transformé par un transformateur élevant sa tension à 230 volts, puis redressé par des lampes valves et filtré par des selfs et capacités convenables.

(2) On peut aussi obtenir des courants brefs par des moyens mécaniques : pistolet de Weiss, dont le maniement est d'ailleurs beaucoup trop long; chronaximètre de Lapicque très commode; mais inutilisable pour l'homme à l'état normal, parce qu'il ne donne pas de temps suffisamment court, et surtout égersimètre de Strohl, réalisé par un poids frappant successivement deux contacts dont on peut faire varier l'écart. Sa manœuvre est plus longue que celle des condensateurs.

ciennes formules. — Indépendamment de toute mesure, l'examen électrique peut donner de très grands renseignements : c'est l'examen qualitatif pratiqué avec des ouvertures et des fermetures de courant continu (dit galvanique) dont au besoin on fait varier l'intensité.

A partir du moment où l'on veut introduire la notion de quantité, où l'on veut faire une mesure, il faut que cette mesure soit rigoureuse, faute de quoi on se borne à introduire des erreurs dans le dossier.

Il s'agit de mesurer l'excitabilité d'un muscle. Une seule chose a de la valeur, comme nous l'avons montré, le rôle du temps dans l'excitation, c'est-à-dire la chronaxie.

Mesurer uniquement l'intensité du courant et non son temps de passage, c'est ne rien mesurer du tout. Mais inversement la mesure du temps de passage du courant n'a elle-même de valeur, nous le répétons, que si les autres données du problème sont définies.

On s'est très longtemps servi — on se sert encore — du *chariot de Dubois Raymond* qui est une bobine d'induction fournissant avec un certain rythme des courants brefs (courants dits faradiques), *mais dont l'intensité et la durée de passage ne sont pas exactement connues en pratique.* Sans doute un muscle dégénéré, et dont la chronaxie est très augmentée, ne se contractera généralement pas sous l'influence de ce courant bref : il y a donc là un moyen d'apprécier la dégénérescence et on s'en est longtemps servi. Mais ce moyen est insuffisamment précis.

Supposons un muscle à chronaxie augmentée, il répondra ou ne répondra pas au faradique suivant l'installation dont on dispose, parce qu'on ne tient pas compte de la grosseur du fil de la bobine, ni de l'intensité du courant dont on se sert. Inversement, chez deux malades distincts, des muscles d'excitabilité différente pourront donner la même réponse parce que l'on n'aura pas tenu compte de la résistance du circuit [qu'on ne mesure jamais] (1) et dans laquelle intervient la résistance des plans sus-jacents aux muscles, qui chez l'un des malades peut être faible, chez l'autre considérable, s'il existe de l'adipose.

L'examen d'un malade au faradique est donc entaché d'erreurs fondamentales, dont on ne tient pas assez compte. Sans doute l'examen qualitatif au galvanique n'est pas extrêmement précis, il ne renseigne pas toujours complètement, *mais du moins il ne trompe pas*, et c'est pourquoi nous le préférons pour pratiquer un examen rapide.

A l'heure actuelle, on ne doit plus prendre les termes de « dégénérescence complète » et « dégénérescence partielle » dans le sens qu'on leur avait donné en se fondant sur les « formules polaires » et sur les réactions du nerf et du muscle au faradique. La seule distinction réelle entre la dégénérescence partielle et la dégénérescence totale ne peut se fonder que sur la chronaxie; elle repose sur la localisation du processus pathologique. *La dégénérescence est partielle lorsque le processus pathologique n'atteint qu'une partie des fibres ; elle est totale lorsqu'il atteint la totalité des fibres. Il s'agit donc d'une distribution du processus pathologique, non de sa gravité. Une dégénérescence totale peut donc guérir au même titre qu'une dégénérescence partielle. La gravité n'est mesurée que par la valeur de la chronaxie.*

(*A suivre.*)

(1) A. Charpentier a réalisé un élégant montage permettant d'exciter d'une façon égale deux points symétriques du corps, ce qui peut rendre de grands services. Mais il ne s'agit que de comparaison entre deux muscles et non de mesures proprement dites.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MARS 1929)

A propos de l'anesthésie locale. — M. MÉTIVET, à la suite de la communication de M. Chevassu dans la précédente séance, indique les différences de pouvoir anesthésique qui peuvent exister dans les novocaïnes.

Il a eu aussi des accidents avec le mélange novocaïne-adrénaline.

Tumeurs osseuses. — M. BAUMGARTNER rapporte deux observations intéressantes de M. WOLFROMM et de M. VANLANDE (du Val-de-Grâce). Ces deux observations, qui ont été envoyées séparément, sont étudiées dans le même rapport malgré leur nomination différente : « ostéite kystique », « tumeurs à myéloplaxes », parce qu'elles ont déjà trait à une même lésion dont de nombreux cas ont déjà été présentés récemment. Elles posent la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale et de la greffe osseuse. L'évidement complet du foyer malade qui supprime la lésion causale et la greffe, soit par copeaux ostéoclastiques, soit par tuteur osseux qui maintient les fragments et aide à l'ostéogenèse rapide, semblent encore au rapporteur le meilleur traitement à instituer sans faire courir de grands risques aux malades et paraît donner des résultats d'une qualité supérieure à ceux obtenus par fracture des parois du kyste sans opération, ou le simple curettage de la cavité osseuse.

M. LECÈNE insiste sur la question du diagnostic et la nécessité de pratiquer une ostéotomie exploratrice. La question la plus difficile, quant au traitement, est celle d'une lésion d'une épiphyse. Quant au diagnostic histologique extemporané, il semble plus dangereux que vraiment utile.

Grossesse tubaire opérée au onzième mois. — M. CADENAT rapporte une observation de M. BURGEAS (Shangaï). Il s'agissait d'une IVpare qui se croyait au terme d'une grossesse normale, puis qui avait présenté des métrorragies. La radiographie montre un fœtus à terme, d'après les points d'ossification, et mort.

A l'intervention on trouve un kyste fœtal qui fut difficilement libéré.

Décollement de l'épiphyse du fémur. — M. MOCQUOT rapporte deux observations de MM. MATRY et PHILARDEAU (de Fontainebleau). Dans le premier cas, où la réduction n'avait pu être faite, l'intervention est décidée. Une arthrotomie externe, puis une arthrotomie interne ayant été insuffisantes, il fallut réduire à ciel ouvert. Fixation par deux agrafes de Dujarier et consolidation. Trois ans et demi après, un excellent résultat est constaté.

Dans la deuxième observation, un enfant de quinze ans fut opéré pour obtenir la réduction, bien qu'après cinquante jours celle-ci soit restée incomplète, pourtant l'enfant marche normalement.

En réalité, l'arthrotomie semble inutile, il faut agir directement sur le foyer et maintenir la réduction mieux que par un appareil plâtré.

Luxation en arrière du cubitus avec fracture de la diaphyse radiale. — M. MAISONNET rapporte une observation intéressante, due à M. VANLANDE, de « fracture de Monteggia renversée ». Sous anesthésie, réduction de la luxation, puis, en présence de la réduction imparfaite de la fracture, intervention immédiate et réduction d'ailleurs difficile. Résultat fonctionnel assez bon.

Résultat paradoxal d'une rachi-anesthésie. — M. MATHIEU rapporte une observation de M. FEREY. La rachi-anesthésie, pratiquée dans le décubitus latéral droit sur la ligne médiane, n'a atteint que le membre inférieur gauche. Résultat paradoxal qui permet de penser à une cloison sagittale divisant l'espace méningé.

M. DUJARIER a obtenu des anesthésies d'un seul côté, qui était en général du côté déclive, mais exceptionnellement paradoxales. En règle générale, il est revenu à la position assise.

M. BASSET admet aussi la *possibilité* de l'existence d'un cloisonnement méningé.

Communications. — MM. Pierre DUVAL et Henri BÉCLÈRE. Le duodénum mobile en radiologie clinique.

M. Henri COSTANTINI. A propos du traitement des abcès amibiens du foie.

MM. René LE FORT et Jean PIQUET. Ectasie de la carotide interne traité par l'engainement aponévrotique.

Présentations. — M. DE MARTEL présente cinq malades opérés de tumeurs cérébrales et guéris.

M. LAPOINTE présente deux curieuses radiographies de myélomes du crâne. Le crâne apparaît troué comme une écumoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1929)

Sur la chute du pouvoir antitoxique après l'injection d'antigène spécifique et sur la signification de la « phase négative » au cours des vaccinations. — M. G. RAMON. La baisse momentanée du pouvoir antitoxique que l'on constate après injection d'antigène au cheval hyperimmunisé est, en général, peu importante. Elle apparaît comme une simple dérivation provisoire d'une petite quantité d'antitoxine vers l'œdème sous-cutanée provoquée par l'antigène ; cette dérivation ne correspond ni à une fixation spécifique, ni à une combinaison mutuelle de l'antitoxine et de l'antigène. Ceci permet de fixer la véritable signification de ce que l'on a appelé la « phase négative » dans les vaccinations. En réalité, dans les jours qui suivent l'injection d'antigène-vaccin, le sujet vacciné ne devient pas plus sensible spécifiquement; non encore immunisé ou insuffisamment immunisé, il demeure seulement apte comme un sujet non vacciné à contracter la maladie contre laquelle on veut le protéger.

Sur la baisse du pouvoir antitoxique provoquée chez l'animal producteur de sérum antidiphtérique, au moyen de substances non spécifiques. — MM. G. RAMON, P. DESCOMBEY et P. VALOT. Les expériences et les résultats rapportés confirment l'explication fournie par l'un de nous du mécanisme de la baisse du pouvoir antitoxique après injection de l'antigène spécifique. En mettant en œuvre des substances variées, il est possible de provoquer chez le cheval producteur de sérum antidiphtérique, par exemple, une baisse du pouvoir antitoxique comparable à celle qui résulte de l'injection d'antigène spécifique. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'un simple déplacement purement mécanique d'une partie de l'antitoxine du sang de l'animal.

Action de l'acétylcholine sur la glycémie. — MM. Marcel LABBÉ, F. NEPVEUX et L. JUSTIN-BESANÇON ont recherché si l'action de l'acétylcholine sur l'équilibre vago-sympathique ne déterminait pas une modification de la glycémie.

L'injection, chez l'homme, de 20 centigrammes d'acétylcholine par voie intramusculaire, détermine assez régulièrement une diminution de la glycémie qui peut être importante et prolongée chez le sujet normal, et semble moins intense chez certains diabétiques et certains obèses.

Recherches sur le muscle bronchique isolé. Action des poisons du sympathique et du para-sympathique. — MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et VEXENAT ont mis au point une technique d'étude du muscle bronchique isolé.

Fait particulièrement intéressant pour la physio-pathologie de l'asthme et son traitement; tous les excitants de l'orthosympathique déterminent un relâchement du muscle bronchique isolé. L'adrénaline détermine un relâchement plus rapide que l'éphédrine et s'oppose, à très faibles doses, à la contracture de la bronche alors que l'éphédrine, dans ces conditions, même à fortes doses, reste inopérante. L'ergotamine inverse les effets de l'adrénaline sur le muscle bronchique. Les excitants du para-sympathique excitent tous puissamment la contraction du muscle bronchique. Les paralysants du parasympathique constituent les agents les plus énergiques de relâchement du muscle bronchique contracturé.

Action sur le muscle bronchique isolé de la phényléthylmalonylurée, de la cicutine et des arsénobenzènes. — MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et VEXENAT. Le muscle bronchique isolé reste insensible à l'action directe de la phényléthylmalonylurée. Cette substance n'agit donc pas comme les excitants du sympathique ou les paralysants du para-sympathique qui sont des inhibiteurs directs de la crise d'asthme. Elle n'agit que par l'intermédiaire du système nerveux central.

Les alcaloïdes de la ciguë déterminent une légère contraction du muscle bronchique.

Les arsénobenzènes ne produisent aucun effet sur le muscle à petites doses; à des doses importantes, ils déterminent une contraction brusque de la bronche, suivie d'un léger relâchement, en rapport avec la mort de l'organe.

Action préventive du mercure liposoluble dans la syphilis expérimentale. — MM. C. LEVADITI et P. LÉPINE. Les propriétés préventives du mercure liposoluble, infiniment plus accusées que celles de l'or, se rapprochent de celles du bismuth et du tellure. Toutefois, l'efficacité, de même que la durée de la prévention mercurielle sont loin d'égaler celles de la prévention bismuthique et tellurique.

Exaltation de la virulence pour le lapin d'une souche herpéto-encéphalitique ayant passé dans le cerveau du singe. — M. P. LÉPINE. Le passage dans le cerveau de *Cercopithecus callithrix* d'une souche herpéto-encéphalitique normalement conservée par passages sur le lapin a exalté la virulence de cette souche à l'égard du lapin. L'exaltation de virulence s'est manifestée dès la première inoculation au lapin du cerveau d'un Callitriche mort d'encéphalite à la suite d'inoculations intracérébrales répétées. Cette virulence exaltée s'est conservée dans la suite des passages sur le lapin, et a encore augmenté par de nouveaux passages sur le singe. La durée de la maladie conférée au lapin a passé de cinq à trois jours; les lésions histologiques témoignent de l'acuité du processus encéphalitique. Mais cette souche exaltée pour le lapin ne s'est pas montrée plus virulente pour le singe qui ne succombe que dans la moitié des cas, et après plusieurs inoculations.

Les peptones donnent-elles par l'hydrolyse acide directe des substances réductrices. — M. BROCQ-ROUSSEU, Mme Z. GRUZEWSKA et M. G. ROUSSEL. Les albumoses, les peptones et les peptides préparées industriellement à partir des protéines du muscle et suffisamment purifiées, ne donnent pas de substances réductrices par l'hydrolyse acide directe.

La recherche des substances réductrices dans les peptones produites par l'hydrolyse pepsique ou trypsique, peut servir à évaluer la pureté de la préparation.

Sur l'absorption globulaire du glucose. — MM. F. RATHERY et R. KOURILSKY estiment, en s'appuyant sur la série de recherches qu'ils ont effectuées, que le seul phénomène net qu'ils aient pu observer réside dans la disparition du glucose en dissolution dans le plasma au contact d'hématies normales; les hématies lavées absorberaient davantage.

Il est cependant impossible d'indiquer la cause exacte de la disparition du glucose, ni d'établir qu'il s'agisse réellement d'absorption globulaire.

Chronaxie et lois d'excitation du pneumogastrique dans son action inhibitrice sur la respiration. — M. Miguel OZORIO DE ALMEIDA, M. et Mme CHAUCHARD, excitant, sur des chiens anesthésiés par injection intrapéritonéal de chloral, le bout central d'un pneumogastrique sectionné dans la région cervicale, la respiration étant enregistrée par un pneumographe inscripteur, montrent que le pneumogastrique, dans son action inhibitrice sur la respiration, suit bien les lois générales des nerfs itératifs. La chronaxie oscille, en général, autour de quatre dix millièmes de secondes, avec parfois des chiffres sensiblement plus élevés. La section de l'autre nerf est suivie, dans la plupart des cas, d une diminution de la chronaxie de ce nerf.

Appareil permettant de tracer les ordonnées sur papier enfumé. — M. J. GAUTRELET démontre d'abord la nécessité pour tout physiologiste et pharmacologiste de tracer des ordonnées systématiquement sur tout graphique, en particulier sur les graphiques inscrits sur papier enfumé; qu'il s'agisse de mesurer la pression, l'amplitude respiratoire ou cardiaque, l'hyper ou l'hypotonicité de l'intestin isolé, etc., un tel procédé s'impose.

L'auteur décrit l'axographe, appareil simple permettant de tracer une série d'ordonnées figurées par un pointillé discret sur lesquelles se détache nettement le graphique physiologique.

Sur les propriétés agglutinantes du sérum de lapins neufs. MM. J. DAVESNE et C. SANCHEZ ont mis en évidence, dans le sérum de lapins neufs, des anticorps agglutinants vis-à-vis de microbes, aérobies et anaérobies variés. Sur 40 sérums de lapins examinés, 25 ont agglutiné le staphylocoque, et 21 le B, typhique à des taux allant de 1 p. 25 à 1 p. 500. Les autres microbes ont été agglutinés par un nombre moins élevé de sérums et à des taux moindres : 1 p. 10 à 1 p. 100 pour le pneumobacille de Friedlander, l'entérocoque et le V. septique 1 p. 10 à 1 p. 50 pour le paratyphique B et le B. perfringens, et 1 p. 10 à 1 p. 200 pour le B. coli.

Il est donc nécessaire, avant la préparation d'un sérum agglutinant sur lapin, d'étudier les anticorps spontanés du sérum de cet animal. On évitera ainsi des interprétations erronées, en ne mettant pas sur le compte du sérum spécifique certaines coagglutinations qui ne sont dues qu'aux anticorps normaux préexistant à l'immunisation.

Le mercure liposoluble dans la syphilis humaine. — MM. L. FOURNIER, L. GUENOT et A. SCHWARTZ ont employé chez 10 syphilitiques atteints de chancres ou d'accidents secondaires, un composé mercuriel liposoluble, le phényl-éthyl-acétate de mercure, dont ils ont comparé l'activité thérapeutique à celle des bismuths liposolubles. Ce mercure liposoluble s'est montré doué d'un pouvoir antisyphilitique faible du moins à la dose utilisable dans le traitement de la syphilis humaine. Sa toxicité apparaît rapidement (stomatite) dès qu'on enlève cette dose et qu'on ait pu atteindre la dose réellement curative. Sans aucune supériorité sur les autres préparations mercurielles, le mercure liposoluble est donc tout à fait inférieur, pour le traitement de la syphilis humaine, au bismuth liposoluble qui, beaucoup plus facilement maniable grâce à un écart plus considérable entre la dose tolérée et la dose curative, permet à peu près dans tous les cas de syphilis primaire et de syphilis secondaire, d'obtenir en quelques jours la guérison clinique et la négativation totale des réactions après une série d'injections.

Influence de l'intoxication par l'oxyde de carbone sur l'immunité. — MM. P. L. KANDIBA et E. DAWYDOWA. On observe chez les animaux intoxiqués par l'oxyde de carbone une phase de résistance antibactérienne diminuée, phase survenant rapidement. Cette phase se manifeste par la diminution de la force du complément du sang par l'augmentation de la sensibilité pour le streptocoque et pour la toxine tétanique, ainsi que par l'interruption de la fonction de la barrière hémato-encéphalique pour les anticorps.

— Société de biologie de Lyon (séance du 18 mars 1929) :

Lésions ganglionnaires à type lympho-granulomateux observées sur le cobaye inoculé avec les organes d'un fœtus humain infecté à travers le placenta par le virus tuberculeux filtrable. — M. Aldo MARTINOLLI (de Pérouse), ayant réalisé des passages successifs sur le cobaye de fragments d'organes provenant d'un premier cobaye inoculé avec les organes d'un fœtus provenant d'une mère tuberculeuse pulmonaire, a observé, outre quelques lésions discrètes au niveau des poumons et du foie, des altérations des ganglions inguinaux.

Le tissu lymphatique de ces ganglions est remplacé presque complètement par un autre tissu d'aspect fibro-conjonctif dans les mailles duquel se trouvent de nombreuses cellules à type épithélioïde et d'autres cellules polynucléées géantes semblables à celles décrites par Sternberg. Ces cellules se présentent plus ou moins groupées vers la zone corticale du ganglion. La recherche du bacille tuberculeux sur les coupes est négative.

Ces expériences et ces constatations confirment, non seulement le passage du virus filtrable à travers le placenta, mais renforcent les hypothèses émises en particulier par Silvestrini de certains cas de lymphogranulomatose dus au virus tuberculeux filtrable.

Modifications histologiques des ganglions lymphatiques du cobaye inoculé avec des éléments du virus tuberculeux filtrable. — MM. F. ARLOING, FAVRE, JOSSERAND et CHARACHON, inoculant à des cobayes quatre souches de virus tuberculeux filtrable d'activité variable, ont, à la suite des intéressantes recherches de MM. Silvestrini et Martinolli (de Pérouse), examiné les ganglions trachéo-bronchiques d'un certain nombre de cobayes infectés par des éléments tuberculeux filtrables.

Ces ganglions offrent un type histologique absolument différent du ganglion tuberculeux habituel. Ils sont tous en hyperplasie lymphoïde, mais sans foyers de caséification, ni cellules épithélioïdes. Il y a un important épaississement de la trame conjonctive, amorce d'un processus de sclérose. Cette hyperplasie lymphoïde ne présente aucun bariolage cellulaire, ni aucune cellule du type de Sternberg L'examen histologique ne permet donc pas de faire ici un rapprochement avec l'adénie éosinophilique prurigène. Mais il est permis de penser que les éléments filtrables tuberculeux doués d'une autre virulence pourraient donner des lésions semblables à celles décrites par Martinolli et Silvestrini.

Infection expérimentale du cobaye nouveau-né par des ingestions de filtrats de cultures de bacilles tuberculeux. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont fait ingérer à des cobayes nouveau-nés pendant la première semaine de leur existence de 4 à 8 centimètres cubes de filtrats tuberculeux de virulence variable.

Sur 16 essais d'infection par la voie digestive ainsi réalisés, 12 ont été négatifs au point de vue de la recherche du bacille et de l'intradermo-réaction, 2 sont restés douteux et 2 seulement ont été positifs.

Il semble donc qu'il est possible de contaminer des cobayes nouveau-nés par ingestion du virus tuberculeux filtrable, mais ce procédé est très infidèle et ne peut être mis sur le même plan que l'infection par voie sous-cutanée.

Lorsque la contamination se réalise, les bacilles issus du virus filtrable se retrouvent surtout dans les ganglions intestino-mésentériques.

Modifications évolutives de l'épithélioma de la souris par la greffe de surrénales de lapins préparés avec épithélioma. — MM. F. Arloing, Josserand et Charachon ont greffé à des souris inoculées avec des épithélioma expérimental un fragment de surrénal provenant de lapins préparés par trois injections sous-cutanées de broyage de 0,30 et 0,80 centigrammes de tumeur.

Sous cette influence, le courbe de développement de l'épithélioma, au lieu d'être fortement ascendante comme chez les témoins, tend à rester horizontale ou faiblement ascendante. Puis après sept jours, tantôt a eu lieu une résorption complète et définitive du noyau épithéliomateux, tantôt, après cette période, le développement reprend très rapide, tantôt cette reprise de la marche de la néoplasie n'a lieu qu'après quinze à vingt jours.

Le maximum d'action de la greffe surrénale se place entre le deuxième et le sixième jour.

Les surrénales normales sont inactives. La substance corticale de la surrénale préparée possède presque exclusivement le pouvoir modificateur dont la médullaire paraît dépourvue.

Viscosité, conductibilité électrique et indices photométriques du sérum sanguin acidifié. — M. G. Cluzet montre que, malgré sa complexité, le sérum sanguin de cheval ou de chèvre subit sous l'influence des divers acides des modifications physiques analogues à celles que Lœb a observées avec les solutions colloïdales les plus simples. Il semble que, dans tous les cas, le volume des micelles en suspension augmente jusqu'à une valeur maxima, correspondant à un certain degré d'acidité (pH = 5,5 pour les sérums), pour diminuer ensuite, quand l'acidité continue à croître; la viscosité, ainsi que l'absorption et la diffusion de la lumière varient parallèlement au volume des micelles, en présentant ainsi le maximum; au contraire, la conductibilité électrique, qui est soumise à l'influence de la concentration en ions plutôt qu'aux variations des volumes micellaires, croît constamment avec le degré d'acidification.

Intensité de la circulation carotidienne au cours du choc peptonique. — On sait que le choc peptonique s'accompagne d'une chute importante de la pression artérielle, dont le facteur essentiel est d'ordre vaso-moteur. M. L. Jung mesure chez le chien le débit carotidien au cours des différentes phases du choc : l'irrigation sanguine de la tête est réduite à 1/2, 1/3, parfois 1/10 de sa valeur initiale, pendant la période où l'hypotension est la plus marquée; elle se relève ensuite progressivement.

Il n'est pas impossible que cette moindre irrigation, qui

LE ZINC-SULFARSÉNOL
Adopte par les Hôpitaux
Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :
NETTEMENT PLUS ACTIF
Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.
Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927).
1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;
2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL
Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine
PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES
Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses
Indications : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.
Présentation : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

TRAITEMENT DES TUMEURS
sous leurs diverses formes
ÉPITHÉLIOMAS, CARCINOMES, SARCOMES, etc.
PAR LA
BACKÉRINE ACTIVÉE
Ferments du Dr DE BACKER et Sels de Magnésie
Modifiant l'organisme par développement des agents de fermentation
Formes : AMPOULES, CACHETS, DRAGÉES
Littérature Médicale et Échantillon sur Demande.
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — R. C. Seine, 221.745

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.
15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

CURES DE LACTO-SÉRUM

« GALAZÈNE »

Grande Cure : 3 FLACONS dans la matinée pendant DIX JOURS.

Cure de Régime : 1 FLACON à jeun pendant UN MOIS.

Le Lacto-Sérum « GALAZÈNE »

STIMULE LES PARENCHYMES

ACCROIT LES ÉLIMINATIONS

ASSAINIT L'ORGANISME

Pour la DIÈTE et les RÉGIMES

Lait-Allégé « DIETICUS »

UN FLACON pour une JOURNÉE DE DIÈTE.

« BRÉVANYL » Purgatif Lacté

5 CACHETS pour une GRANDE PURGATION
1 CACHET à jeun comme LAXATIF

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. TERRASSE, Pharmacien.
15, Quai de Bourbon, PARIS. – Téléphone : DANTON 80-60.

intéresse l'encéphale, intervienne dans la genèse de certaines manifestations du choc.

A propos de la récente épidémie de fièvre typhoïde. Quelques remarques de laboratoire. — MM. J. GATÉ, H. GARDÈRE et M. BILLA. Des 488 examens de laboratoire, qu'ils ont pratiqués à l'occasion de la récente épidémie de fièvre typhoïde de la région lyonnaise (381 séro-diagnostics, 92 hémocultures), les auteurs font au point de vue bactériologique les remarques suivantes :

1° L'épidémie fut purement eberthienne;

2° Le microbe en cause était classique par ses différents caractères, mais présentait une très forte végétabilité;

3° La simultanéité de l'hémoculture et du séro-diagnostic a été notée dans plus de 50 p. 100 des cas, chiffre de beaucoup supérieur à ceux des statistiques antérieures;

4° La fréquence de fortes coagglutinations susceptible de déterminer des erreurs de diagnostic bactériologique;

5° Utilité de pratiquer les hémocultures en divers milieux, plutôt qu'en bile seule.

PRATIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES D'UN GLUCOSIDE DE L'ADONIS VERNALIS : L'ADONIDOSIDE (1).

Par MM. le professeur JUNG et le docteur P. FONTENAILLE.

En 1927, MM. Mercier ont extrait de l'adonis vernalis deux glucosides qui possèdent une activité constamment identique. L'un est hydrosoluble, c'est l'adonidoside; l'autre est hydro-insoluble, c'est l'adonivernoside (*Revue de pharm. et de thér. expérim.*, 1927, t. I). D'après eux, les adonidines du commerce seraient des mélanges en proportions indéterminées et variables de ces deux glucosides avec leurs produits de décomposition; de là résulteraient les grandes différences constatées dans leur activité. M. le professeur Jung et son élève, M. Fontenaille, ont été appelés à rechercher, chez le chien, la toxicité et l'action de l'adonidoside et les résultats expérimentaux excessivement intéressants qu'ils ont obtenus viennent corroborer les conclusions de MM. Mercier et les beaux électrocardiogrammes publiés par M. Lutembacher qui a consacré à l'étude de ces glucosides plusieurs travaux très importants (*Bull. méd.*, 1928, n° 10 et *Prat. méd. franç.*, 1928, p. 187-200). Il semble bien que l'un de ces deux glucosides, employé seul, ne possède pas toute l'activité désirable et qu'il faille utiliser les deux glucosides dans des proportions définies pour obtenir une activité thérapeutique constante. Si par surcroît on prend soin d'étalonner physiologiquement cette activité, on est tout à fait sûr du médicament qu'on emploie. L'adoverne, on le sait, représente l'adonidoside et l'adonivernoside dans les proportions mêmes où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs et leur activité est étalonnée physiologiquement. L'adoverne a quatre propriétés caractéristiques : cardiotonique, diurétique, eupnéique, neurosédative; on peut dire qu'il complète, remplace et continue l'action de la digitale; il est indiqué dans les insuffisances cardiaques et rénales des myocardites, des lésions orificielles, de l'hypertension artérielle, des aortites, dans toutes les dyspnées et dans tous les œdèmes. On administre l'adoverne par voie buccale sous forme de granules ou de gouttes : x gouttes deux, trois, six fois par jour sont admirablement supportées et donnent des résultats souvent surprenants.

(1) *C. R. des séances de la Soc. de biol.*, XCVIII, 1928, p. 1338.

LIVRES NOUVEAUX

L'Accoucheur moderne. Précis d'obstétrique (1), par le docteur Marcel METZGER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon.

C'est vraiment un livre nouveau destiné aux étudiants et plus encore aux praticiens. Sans se préoccuper de ce qui a été publié antérieurement, l'auteur a voulu donner le conseil utile pour chaque cas, simple ou compliqué, de la pratique obstétricale. Les notions théoriques ne figurent dans ce livre qu'autant qu'elles sont nécessaires à la compréhension et au traitement des cas de la pratique journalière : tels les mécanismes de l'accouchement utiles à connaître pour suivre le travail et manier le forceps, telle la pathogénie originale d'albuminurie gravidique faisant comprendre le traitement qui évitera l'éclampsie, etc.

L'auteur n'a pas craint d'entrer dans les moindres détails pour aider et même obliger le praticien à bien faire et le persuader que sa tâche sera facilitée par le souci du détail; c'est pourquoi on a tenu à décrire point par point ce qu'il faut faire et comment on doit le faire : qu'il s'agisse d'accoucher convenablement la femme, de soigner le nouveau-né, de traiter les complications et surtout de les éviter.

De nombreuses figures en noir et en couleur, des planches hors texte (tous dessins originaux) illustrent ce Précis. Elles ont le mérite d'avoir été exécutées, non par un dessinateur professionnel, mais en collaboration intime avec l'auteur, par son frère, le docteur Adrien Metzger, chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. L. G.

Recherches expérimentales et cliniques sur la tension du liquide céphalo-rachidien (2), par M. le docteur R. SOREL.

Dans cette excellente monographie, l'auteur examine d'abord quels sont les facteurs de variation de la tension du liquide céphalo-rachidien à l'état physiologique : attitude du sujet (tension entre 9 et 25 centimètres d'eau couché — entre 25 et 40 assis, dans le cul-de-sac lombo-sacré) niveau de la ponction, mouvements divers accomplis par le sujet, élévations provoquées artificiellement. Il étudie ensuite l'influence de la soustraction de liquide sur la tension ainsi que la façon dont s'opère le retour à la normale.

Il s'occupe ensuite des variations corrélatives de la tension céphalorachidienne avec la tension artérielle. Elles sont assez indépendantes sauf le cas de variation brusque de l'une d'elles; l'hypertension artérielle en particulier ne semble pas donner d'hypertension cranienne.

La chute progressive de la tension céphalorachidienne par injections hypertoniques n'entraîne pas d'hypotension artérielle (sauf phénomènes de choc); la chute brusque n'influence que les hypertendus artériels et encore de façon légère et transitoire.

L'abaissement par saignée de la tension artérielle ne détermine qu'une hypotension liquidienne légère et fugace.

L'élévation brusque de tension artérielle provoque au contraire par augmentation de volume du cerveau une hypertension marquée mais passagère, à condition naturellement que la boîte cranienne ait conservé son intégrité.

L'auteur étudie l'application de la mesure de la tension céphalo-rachidienne au diagnostic des compressions de la moelle et l'emploi de l'injection intrarachidienne de solutions hypertoniques. Seules les solutions glucosées sont aisées à manier mais leurs résultats sont inconstants. Aussi n'est-ce en thérapeutique qu'une méthode adjuvante qui ne saurait détrôner la trépanation décompressive.

R. LEVENT.

(1) In-8 relié toile. — Prix : 60 fr. — Paris, F. Alcan.
(2) Toulouse, H. Cléder, 1928 (avec bibliographie).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.


Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

dans les
Hypertensions
et tous les
Etats spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134-569

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE " JEYES
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU IVRY (Seine). LYSOL

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

— Circulation d'un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan. — Les rapides Bordeaux-Milan et Milan-Bordeaux comportent un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan, ce qui permet d'effectuer, avec tout le confort désirable, le trajet de nuit entre ces deux villes.

Départ de Lyon-Perrache, 22 h. 58; de Lyon-Brotteaux, 23 h. 17. Arrivée à Turin, 8 h. 45; Milan, 11 h. 35.

En sens inverse : départ de Milan, 19 h. 10; de Turin, 22 h. 40. Arrivée à Lyon-Brotteaux, 6 h. 03; Lyon-Perrache, 6 h. 21.

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d'huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY • PARIS (17E)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : **50** c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé [illegible] de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — L'administration générale de l'Assistance publique vient de créer à l'hôpital marin de la Ville de Paris à San Salvadour (Var) un deuxième emploi de médecin assistant réservé à *une doctoresse* en médecine.

Les candidates désireuses de postuler en vue de leur nomination à cet emploi sont priées d'adresser leur demande à M. le directeur général de l'administration de l'Assistance publique (bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria.

Le médecin assistant de San Salvadour, logé dans l'établissement, reçoit, en outre, gratuitement les prestations de la nourriture et une indemnité fixe comportant les échelons suivants (avec promotion à la classe supérieure tous les trois ans) :

4e classe	12.000 fr.
3e classe	13.000 fr.
2e classe	14.000 fr.
1re classe	15.000 fr.

L'exercice de la médecine en dehors de l'hôpital est interdit au médecin assistant.

Concours de l'Assistance médicale. — Le jury est composé de MM. Gourichon (H.), Papillon, Doucet, Morin (Paul), Guérin (A.).

Hôpitaux de province. — Bourges. — L'Hôtel-Dieu de Bourges demande étudiant de nationalité française (16 à 20 inscriptions) pour fonctions d'interne. Conditions à débattre avec l'administration. Pressé. S'adresser à l'économe, secrétaire des hospices de Bourges.

Facultés de pharmacie. — Par arrêté en date du 4 avril les préparateurs titulaires des facultés de pharmacie prennent le nom d'assistant.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le professeur Nattan-Larrier, professeur au Collège de France, auditeur, est nommé membre du Conseil, en remplacement de M. le professeur Fernand Widal, décédé.

M. le docteur Louis Vaillant, inspecteur départemental des services d'hygiène du Pas-de-Calais, est nommé auditeur, en remplacement de M. le docteur Ott, nommé membre dudit Conseil.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 3 juin 1929, à 14 h.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du lundi 29 avril au samedi 11 mai 1929 inclus (sauf dimanches et jours fériés). Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie. Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres. Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boult de Port-Royal, PARIS

la Prévoyance sociales recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924 inséré au *Journal officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal officiel* du 22 mai 1926.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bois-Colombes (Seine).

Le traitement de début alloué est fixé à 30.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 5 avril 1929.)

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD. — Le prochain Congrès aura lieu à Montréal, en septembre 1930, sous la présidence du professeur Rhéaume.

INFIRMIÈRE ROYALE. — *La Riforma medica* nous apprend que S. A. R. Mme la Duchesse d'Aoste, née princesse de France, vient, conformément à la loi italienne, d'obtenir l'autorisation d'exercer la profession d'infirmière.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 8e décade (11-20 mars 1929), 1.893 décès totaux, dont 1.605 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.623 pendant la décade précédente et de 1.391, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 288 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 286; il s'élevait à 183 pendant la décade précédente (moyenne 115).

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 12 pendant la décade précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 130, au lieu de 83 pendant la décade précédente (moyenne 96).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 345 décès, au lieu de 352 pendant la décade précédente, et au lieu de 251, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 47 décès ont été attribués à la grippe.

L'INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE, placé sous la direction de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, organise une série de conférences pendant le deuxième semestre 1928-1929.

Ces conférences auront lieu à partir du 16 avril, les mardis et vendredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Joffroy, hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, et seront faites par MM. A. Courtois, Barbé, Bourguignon, Minkowski, professeur Georges Dumas, P. Guiraud, R.-M. May, Morel-Kahn, Gilbert Maire, Tinel, Weismann-Netter, J.-André Thomas, Raymond Mallet, E. Toulouse, Vurpas, Georges Petit.

Les inscriptions sont gratuites. Elles sont reçues de 10 à 12 h., au secrétariat de l'Institut, hôpital Henri Rousselle 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

BANQUET DU GROUPEMENT MÉDICAL D'ACTION FRANÇAISE OUVERT AUX MÉDECINS ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ADHÉRENTS OU SYMPATHISANTS. — Ce banquet aura lieu le jeudi 18 avril 1929, à 20 h., salle du Restaurant corporatif universitaire, 55, quai de la Tournelle (Ve), sous la présidence de M. Charles Benoist, membre de l'Institut. Présence de Charles Maurras et de René Benjamin.

Tenue de ville. Les dames sont invitées.

Prix : 30 fr. (25 fr. pour les étudiants.

Adresser les adhésions au docteur P. Guérin, *Action française*, 14, rue de Rome, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duchange et Ronnaux (de Paris), Goguel (de Strasbourg), Cottelle (d'Angers), Amanieu (de Macau-Médoc), Brueys (de Marguerittes, Gard), Crozes (d'Aïn M'Lila, Constantine), Franche (de Lagny), Mongie (de Dollon, Sarthe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT). — Le cours de radiodiagnostic médical de la tuberculose et des maladies de l'appareil respiratoire, dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement, commencera le lundi 22 avril, à 9 h. du matin, et se terminera le samedi 27, à 6 h. du soir.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — CONFÉRENCES DE TECHNIQUE CHIRURGICALE (avril, mai, juin), à 16 h. — Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

1° *Chirurgie de l'ulcère duodénal et gastrique* (2 leçons), par M. le professeur Gosset, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, vendredi 12 et lundi 15 avril.

2° *Chirurgie des côlons et du rectum* (4 leçons), par M. le docteur Lardennois, chirurgien de la Maison de retraite des Ménages, mercredi 17, vendredi 17, lundi 22 et vendredi 26 avril.

3° *Chirurgie des voies urinaires* (4 leçons), par M. le docteur Marion, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, mardi 30 avril, jeudi 2, samedi 4 et mardi 9 mai.

4° *Chirurgie des voies biliaires* (2 leçons), par le professeur Pierre Duval, chirurgien de l'hôpital de Vaugirard, vendredi 10 et lundi 13 mai.

5° *Chirurgie du système nerveux* (6 leçons), par M. le docteur Robineau, chirurgien de l'hôpital Necker, vendredi 24, lundi 29, mercredi 29, vendredi 31 mai; lundi 3, mercredi 5 juin (pour les deux mercredis, à 15 h. au lieu de 16 h.).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CAP d'AIL

PRÈS MONACO

Station terminus omnibus et tramways. Bel immeuble, 34 pièces confortables, site merveilleux, véritable cure d'air. Convient CLINIQUE. A vendre 470.000 fr., avec facil. — BAUCHON, 31 *bis*, avenue Maréchal-Foch, Nice.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies **MANGAÏNE** TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*

Extrait hépatique de Morue irradié. **MORUBIASE** *Rachitisme, Lymphatisme.*
PILULES ET GRANULÉ

Toux Dyspnée **IODÉINE MONTAGU**

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol "Roche" = 1gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé
Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc

Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges. PARIS

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES
PAR
Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE
(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES
AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

Chez l'adulte,
une heure avant le coucher,
la prise d'un ou deux comprimés de

SONÉRYL

suivie d'une infusion chaude
permet un sommeil *CALME, RÉPARATEUR,*
assure un *RÉVEIL EUPHORIQUE.*

Les Établissements POULENC FRÈRES
PARIS (3e). — 86 et 92, rue Vieille-du Temple. — PARIS (3e)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
harmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ASTHÉNIE CHRONIQUE ET IRRITABILITÉ

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

L'asthénie, — l'asthénie psychique et l'asthénie musculaire, car l'une ne va jamais sans l'autre, lorsqu'on se donne la peine de regarder bien et longuement les malades ou de les suivre un temps suffisant, — l'asthénie est d'observation si commune que de nombreux médecins, parmi les plus hauts placés, ne veulent point en faire cas. L'asthénie caractérisée est peut-être aussi répandue que la douleur; elle accompagne presque constamment les douleurs physiques et morales. Un parallèle clinique, si les heures de loisir ne manquaient, serait intéressant à établir entre l'asthénie et la douleur; elles sont la cause quotidienne de multiples consultations. Le dédain qu'on en a est en raison directe de leur fréquence, comme il arrive d'un bien trop abondant.

*
* *

Dans les temps modernes, tout à l'organicisme, le syndrome asthénique ne connaît point la faveur médicale. L'étude de la douleur encore a quelques adeptes, notamment parmi les chirurgiens : l'asthénie est en principe délaissée. Nous comprenons l'attrait de l'organique; nous en avons éprouvé l'ivresse comme les autres médecins de notre génération. Nous ne contestons point sa valeur, nous ne cherchons point à la diminuer. Depuis Hippocrate, la médecine subit l'aiguillon du facteur étiologique; cela est bon et cela est mauvais. Tout scientifique a le désir de connaître la cause; cette cause, il est vrai, sauf exception et alors par pur hasard peut-être, on ne l'approche que lorsqu'on a bien observé les faits pathologiques, lorsqu'on a suivi leur déroulement dans le temps, lorsqu'on a prolongé l'examen des mêmes phénomènes durant des années chez les mêmes malades. Observer, et tout observer si possible, pendant et après la vie, est à la base de la science médicale.

Il y a plus difficile encore : les organicistes, en matière de névropsychopathologie, pour élucider certains problèmes qui paraissent liés à de simples troubles des humeurs, chimiques ou physiques, doivent entreprendre l'étude du patient dans l'intervalle de ses crises; ils le peuvent, en particulier chez les périodiques. Mais on déclare aujourd'hui qu'on trouve des faits « organiques » par exemple dans l'hystérie : ce sont des troubles fonctionnels du système nerveux; Charcot et d'autres avant lui les avaient vus partiellement, ces troubles. Pour bien apprécier leur valeur, ne faudrait-il pas connaître l'état antérieur du sujet? Loin de nous la pensée de rebuter l'organiciste : nous désirons simplement l'incliner à la recherche avec patience et à la méditation avec persévérance.

Dans un avenir sans doute prochain, à cause des lois d'assurances-maladies, les maladies dynamiques seront mieux connues. Comme il faudra soigner et indemniser les individus qui en sont affectés, comme il faudra établir des diagnostics entre ces états et la simulation, peu à peu la clarté se fera et des précisions se présenteront qui donneront satisfaction aux plus exigeants. Nous avons idée qu'on devra aller jusqu'à l'institution du régime de la porte fermée dans des services d'observation spéciaux pour fixer définitivement certains diagnostics, mais les malades accepteront ce traitement sans hésiter, les asthéniques en particulier. Le plus grand nombre de ces malheureux ne demandent qu'à être soignés et à guérir. A quels régimes n'ont-ils pas été soumis dans certaines maisons de santé où le praticien est un thérapeute actif et convaincu de l'efficacité de sa propre méthode? Il faut avoir vécu près de ces malades, avoir entendu leurs lamentations quotidiennes, pour se faire une idée de leur triste calvaire.

*
* *

Dans cet article, nous voulons montrer l'importance d'un symptôme, — l'irritabilité, — chez certains sujets affectés d'asthénie chronique, surtout de cette asthénie chronique que nous avons appelée l'asthénie chronique *séquelle*, séquelle, par exemple, d'une maladie infectieuse ou toxique, d'un traumatisme physique ou moral, d'une période de surmenage, etc. Ce symptôme irritabilité domine le tableau clinique à un tel point, parfois, que le patient doit être séquestré dans une maison d'aliénés. Cette irritabilité, surajoutée à l'asthénie chronique, est un symptôme accessoire. A la maison, dans le foyer, il est extrêmement manifeste; à l'asile, il persiste rarement, mais cela est possible; nous en avons observé un cas remarquable. Cette hyperthymie coléreuse, chez l'asthénique chronique, est à différencier de l'hyperthymie coléreuse constitutionnelle ou acquise, sans asthénie concomitante. Toutefois, lorsque le praticien est appelé près d'un colérique habituel, nous lui conseillons de toujours rechercher l'asthénie chronique. L'expression de « névrose irritable » correspond à ces cas; elle est sans précision aucune puisqu'elle confond les deux variétés de malades, sinon d'autres encore.

Chez le patient dont nous allons rapporter l'observation, l'asthénie chronique, séquelle des fatigues de la guerre, a été aggravée épisodiquement par des excès de boisson; ce qui signifie que l'asthénie s'est compliquée par intervalles d'épisodes confusionnels et hallucinatoires, mais non pas que le degré de l'asthénie a été augmenté du fait de l'alcoolisme. Rappelons que le vin « si merveilleusement approprié à l'homme », d'après l'axiome d'Hippocrate, n'est jamais un facteur d'asthénie durable ou chronique. Il n'en est peut-être pas de même de tous les liquides alcoolisés, mais pour le vin, cette constatation n'est pas sans intérêt ni sans importance. Les trois accès psychopathiques qu'a présentés notre malade ont eu lieu, le premier en 1920, le second en 1921, le troisième en 1925. Le premier accès n'a duré que quelques semaines, le second et le troisième, quatre à cinq mois. Ces deux derniers, que nous avons observés, étaient complexes au point de vue des troubles de la perceptivité: ils comprenaient des éléments délirants (hallucinose avec délire), des éléments

oniriques (hallucinose sans délire) et des éléments confusionnels (troubles de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes et des choses). Depuis 1925, cet individu n'a jamais présenté de troubles du même ordre. Mais, asthénique chronique, il est resté d'une irritabilité extrême que le moindre excès de boisson exalte au plus haut degré, de sorte que le malade doit être déclaré dangereux et pour lui et pour les autres.

Son histoire clinique est illustrée de deux tentatives de suicide et de réactions violentes, répétées, vis-à-vis de sa femme. La première, en décembre 1920, paraît en relation avec l'état d'asthénie chronique. La seconde au contraire a été déterminée par les hallucinations et le délire, d'origine alcoolique : poursuivi par des ennemis imaginaires, il a cherché plusieurs fois à s'étrangler.

Les violences contre sa femme, et même contre son entourage, comme cela eut lieu lors de l'inculpation récente (décembre 1918) pour coups et blessures, ne se sont jamais, semble-t-il, produites à l'occasion des troubles de la perceptivité de cause alcoolique. Sa femme s'en rend bien compte quand elle dit que son mari est un nerveux et non pas un alcoolique. Faisons remarquer qu'à la longue, d'année en année, nous avons l'impression qu'on attribue à l'alcoolisme, d'une façon inconsidérée, sans étude suffisante, de nombreux troubles qui ne relèvent point de cette étiologie trop simple. Là encore, on analysera mieux les faits lorsque fonctionnera le régime des assurances-maladies : en cette matière, il faudra toujours tenter un effort de précision étiologique et il faudra peut-être se garder de classer comme alcoolique un individu qui pourrait ne pas l'être et qui, pour cette raison, élèverait des protestations justifiées. On voit dans la médecine future des changements et des réserves qui s'imposeront naturellement au praticien.

Voici notre observation d'asthénie chronique, séquelle des fatigues de la guerre; on comprendra la difficulté du diagnostic à cause du caractère relativement peu accentué de l'asthénie nerveuse générale, à cause de l'appoint alcoolique, enfin à cause de l'intensité et de la répétition des manifestations à base d'énervement qui paraissaient essentielles et qui ne sont que prédominantes.

***

OBSERVATION. — Le nommé Uillong... (Francis), quarante et un ans, né le 9 avril 1887, à Bordeaux, domicilié à N..., est inculpé de coups et blessures.

Les faits et le dossier. — Le 27 décembre 1918, vers vingt-trois heures, le nommé U... rentrait chez lui en état de légère ivresse. Il n'avait pas dîné. Sa femme avait mis son repas de côté. Il était attablé depuis une dizaine de minutes lorsqu'il entra en colère pour une futilité. Sa femme avait déposé dans une assiette des détritus de poisson pour le chat. Il lui commande de les ranger ou de les jeter. Elle lui répond qu'elle mettra tout en ordre lorsqu'il aura terminé son repas. Là-dessus, il s'emporte, brise son assiette et un bol, puis se lève et lance à la tête de sa femme et de ses deux enfants tous les objets qui lui tombent sous la main : le pot-à-sel, la poivrière, les débris de vaisselle, etc. Il frappe sa femme de coups de poings, la projette à terre. Il frappe un de ses enfants, Charles. Il menace sa femme de son couteau et la blesse à la main et à l'avant-bras droit. S'étant un peu éloigné, il lance sur elle son couteau ouvert et l'atteint dans le dos.

Voici les blessures relevées sur la dame U... : contusions de la face à gauche, de l'œil droit, de l'épaule gauche; plaies contuses du coude droit, plaies de l'index droit, du bras et de l'avant-bras gauches, et enfin du dos, à gauche, au niveau de l'angle postérieure de la onzième côte. Toutes ces blessures ont guéri rapidement. Les enfants aussi ont été blessés, l'un sur le dos des mains, l'autre au niveau du front, à droite.

Au cours de la scène, un des enfants, Charles, se lève, son pantalon sous le bras et ouvre la porte. Sur le boulevard, nu-pieds, en chemise, il met son pantalon et court chercher des agents. Dès l'arrivée de la police, l'individu se calme, mais le lendemain, à cinq heures, il part. Sa femme est hospitalisée, et lui arrêté le même jour (28 décembre).

L'inculpé a été placé à deux repriees à l'asile des aliénés, du 11 juillet 1921 au 28 février 1922, et du 28 mai 1925 au 13 février 1926.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été, les uns puisés au dossiers, les autres fournis par l'inculpé.

Son père, journalier à B..., s'est suicidé à cinquante-cinq ans, en 1925, par pendaison (mélancolie minor possible). Sa mère, âgée de soixante-huit ans, est vivante et bien portante. Elle a mis huit enfants au monde. Trois sont morts : un a été tué à la guerre; un autre garçon est décédé à dix-huit ans (surmenage, tuberculose possible); une sœur est morte à quarante-quatre ans de phtisie. L'inculpé a un frère et trois sœurs. Son frère, grand blessé de guerre, amputé des membres inférieurs, aurait présenté épisodiquement des troubles psychiques. Ses trois sœurs, mariées, sont en bonne santé actuellement, mais l'une d'elles, en 1926, a été internée pendant six mois environ. L'inculpé n'a jamais été gravement malade durant son enfance et sa jeunesse. Il a reçu une instruction primaire et a travaillé à la culture, à B..., de onze à vingt ans. Il a fait deux ans de service militaire (1908-1909). Venu à Nantes ensuite (il avait vingt-trois ans), il s'est embauché sur les quais comme docker et s'est marié en 1913, à vingt-six ans : il est père de deux garçons, âgés à ce jour de douze et quatorze ans. Mobilisé le 2 août 1914, il est parti aussitôt pour le front.

Histoire clinique. — D'après les renseignements fournis par sa femme et aussi par lui-même, le nommé U... a toujours été malade depuis qu'il a été démobilisé, en janvier 1919. Il avait contracté la fièvre typhoïde aux armées, en novembre 1914 : l'affection fut grave à cause de complications pulmonaires et la convalescence fut longue (trois mois). Reparti pour le front, il y fut souvent reconnu malade pour bronchite, pleurésie sèche (sans tuberculose pulmonaire). Il a cependant toujours fait du service et supporté les fatigues et les dangers de la campagne.

Peu après le retour dans ses foyers, dès avril-mai 1919, sa femme, son entourage se sont aperçus qu'il n'était plus le même : sans cesse, il se plaignait de malaises vagues, de faiblesse, de troubles gastriques et surtout son caractère avait beaucoup changé; aigri, protestataire, il était extrêmement irritable.

A la fin de 1919, il fait une demande de pension militaire. Son état général est médiocre, il se plaint de manquer de force, il est incapable de travailler, il présente des troubles gastriques et intestinaux. Hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1920, il y fait un accès de délire hallucinatoire dont il guérit en trois semaines; ce délire est attribué à l'alcoolisme. Le mois suivant, exactement le 8 août, il est examiné au Centre de réforme et reconnu malade (troubles dyspeptiques, alternatives de diarrhée et de constipation, dyspnée à la moindre fatigue, diminution des forces); son infirmité est déclarée inférieure à 10 p. 100.

En décembre 1920, à la suite d'une contrariété et d'une colère, par dégoût de la vie, il se blesse avec un couteau dans la région cardiaque : la plaie, sans gravité, guérit très vite.

En juin 1921, son état s'aggrave de nouveau, d'autant qu'il commet parfois des excès de boisson. En juillet, dans une colère, il frappe sa femme d'un coup de couteau. Placé durant quelques jours à l'Hôtel-Dieu, il est dirigé sur l'asile des aliénés, le 11 juillet 1921 : il présente du délire hallucinatoire dû à l'alcoolisme : « Il est poursuivi, dit-il, par des individus qui veulent sa mort... » En proie à l'agitation anxieuse, il a cherché plusieurs fois à s'étrangler avec un lien qu'il fabriquait en déchirant sa chemise, ou son drap. Le délire a duré quatre à cinq mois et s'est terminé par la guérison. Il est sorti de l'asile le 22 février 1922. Une pension militaire de 50 p. 100 lui avait été accordée le 17 janvier de la même année.

En janvier 1924, sa pension est abaissée à 20 p. 100; il n'est pas délirant, mais présente des troubles nerveux toujours très accusés.

Le 28 mai 1925, il est interné de nouveau à l'asile des aliénés pour accès de délire hallucinatoire de cause alcoolique. Le thème vésanique est constitué uniquement par des idées de persécution : on lui travaille le corps, on le pique par derrière, on cherche à l'empoisonner. Il voit des dessins étranges sur les murs; des bêtes, comme des vipères, tournent autour de lui. Par intervalles, on note des épisodes confusionnels (non reconnaissance des lieux, des personnes), des épisodes oniriques (sons de cloches agréables, comme pour une noce, dit-il, ou pour un baptême). Ces troubles ont duré, comme la première fois, quatre à cinq mois. Le patient a quitté l'établissement des aliénés le 13 février 1926.

Depuis cette époque, il n'a pas présenté de nouvel accès vésanique, mais il a peu travaillé. Toujours très irritable, il se livre encore par intervalles à la boisson. Ses excès sont modérés vu qu'il n'a guère d'argent à sa disposition. Sa pension militaire portée à 50 p. 100 en 1922, avait été réduite à 20 p. 100 en 1924; relevée à 50 p. 100 en 1926, elle avait été ramenée à 20 p. 100 une seconde fois, en octobre 1927, à cause de l'alcoolisme signalé dans les enquêtes.

Examen spécial : février 1929. — Le malade a fait l'objet d'un examen spécial d'abord dans le temps présent, puis rétrospectivement au temps de l'action.

Au point de vue mental, actuellement, il n'est pas délirant. Il n'exprime aucunes idées de persécution, fondées soit sur des illusions, soit sur des hallucinations, comme il en a manifestées à trois reprises en 1920, 1921 et 1925. Il a gardé partiellement le souvenir de ces états vésaniques antérieurs, mais il considère que c'étaient des « imaginations » engendrées par son état maladif. Il n'émet non plus ni idées d'empoisonnement, ni idées de jalousie, ni idées de culpabilité, ou autres. Il n'est pas affaibli intellectuellement parlant; sa mémoire, son attention sont normales et il est capable d'évoquer, quoique lentement, tous les faits touchant son existence. Il n'est pas affecté de confusion mentale, ni d'excitation maniaque, ni d'obsessions phobies, ni de crises épileptiques ou hystériques.

Mais on constate chez lui des signes d'asthénie nerveuse générale (amyosthénie et anidéation), avec céphalée par intervalles, très grande irritabilité et aussi très grande sensibilité aux boissons éthyliques. Il a le sentiment net de la diminution de sa force musculaire. Il a essayé à plusieurs reprises de travailler comme docker, en vain : il est extrêmement fatigable; s'il boit à l'excès, il peut faire un moment de gros travaux; ensuite, il est épuisé, abattu, et alors très coléreux. Sa mémoire est paresseuse; il rappelle tous souvenirs, mais difficilement, avec effort. Il reconnaît qu'il a tort de boire (il affirme ne pouvoir accomplir aucune tâche sans boisson), qu'il est très énervé pour les motifs les plus futiles; cela est complètement indépendant de sa volonté.

De haute stature, amaigri, il ne présente pas de signes organiques spéciaux, sauf de la gastrite (lourdeurs d'estomac) et du tremblement des extrémités. Ces troubles sont d'origine nerveuse bien plus que d'origine toxique.

Au sujet des faits qui lui sont reprochés, il dit : « Je ne croyais pas avoir blessé pareillement ma femme. Je ne croyais pas du tout avoir blessé les enfants. C'est dans la colère que j'ai fait cela. Je suis très vif, surtout quand j'ai bu... » Il n'a eu ni illusions ni hallucinations ni délire au moment de l'action. Du reste sa femme fait, à notre sens, cette juste remarque : « Mon mari boit peu depuis deux ou trois ans, car il n'a pas d'argent et je ne lui en donne pas. Pour moi c'est un nerveux, ce n'est pas un alcoolique. Mon mari buvait beaucoup plus avant la guerre, quand il était docker, et il ne se mettait pas en colère comme maintenant pour des motifs futiles. »

*
* *

L'irritabilité, l'hyperthymie colérique, est d'une telle fréquence au cours des états d'asthénie chronique séquelle d'infections, d'intoxications, de surmenage, de traumatisme physique, de chocs moraux, etc., que le praticien consulté directement ou indirectement pour troubles du caractère doit rechercher avec soin les symptômes d'asthénie nerveuse générale. S'il constate chez son patient une asthénie durable, confirmée, et non pas épisodique, accessoire, s'il arrive à en préciser l'origine, ce qui est possible dans de nombreux cas, il ne manquera pas de traiter d'abord l'asthénie, et de cette façon il verra diminuer les réactions colériques. Il expliquera à l'entourage la nécessité de comprendre exactement l'état du malade et ainsi il rendra la vie possible au foyer, sinon dans tous les cas, du moins dans la très grande majorité des cas; or, cela n'est pas un avantage à dédaigner. Il faut de la méthode et de la patience pour arriver à ce résultat, mais la méthode et la patience ne sont-elles pas des vertus scientifiques?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MARS 1929)

Sexe et nutrition. — M. Jules AMAR apporte de nouveaux faits qui lui permettent de préciser que toute cause alimentaire, industrielle ou accidentelle, capable d'affaiblir le phénomène nutritif de l'ovule nuit à la descendance mâle.

L'intoxication par gaz carbonique ou travail mal conditionné abaisse le métabolisme et augmente le taux des naissances féminines. De même l'alcoolisme et en général le mode alimentaire influence le sexe. C'est ainsi que les aliments hydro-carbonés favorisent les naissances mâles. En Grèce, comme en Italie, où l'on consomme pâtés, riz, féculents il y a excès de garçons.

La nutrition est donc en hygiène sociale, un problème essentiel; déterminant le sexe, il s'ensuit que ce dernier n'est point ainsi qu'on l'avait cru, préformé.

Les principaux caractères des mouvements oculaires. — M. Serge YOURIEVITCH.

Symbiose « in vivo » du virus claveleux et du virus aphteux. — MM. DUCLOUX, RINJARD et Mlle CORDIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MARS 1929)

Un cas de mélorhéostose. — MM. André Léri, Loiseleur et J. Lièvre présentent un nouveau malade atteint de mélorhéostose; on sait que cette affection est caractérisée par une hyperostose tendant à progresser « en coulée de bougie » le long de la totalité d'un membre. La maladie a déterminé ici depuis une dizaine d'années avec quelques douleurs intermittentes au niveau de la main, un épaississement des deuxième et troisième métacarpiens, du grand os, et du semi-lunaire, de toute la longueur du cubitus et de l'humérus.

Ostéo-chondromatose articulaire et hernie musculaire chez un tabétique. — MM. Laignel-Lavastine et Bonnard présentent un tabétique évident sur lequel ils relèvent deux altérations, d'une part, une hernie musculaire dans le biceps droit, affections rares, mais dont un des auteurs a déjà rapporté un cas chez un tabétique. Il existe d'autre part, surtout à la partie postéro-interne du coude droit, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf, de consistance ostéo-cartilagineuse, non adhérente à la peau ni à l'os et qui, au premier abord, pourrait faire penser à une ostéo-arthropathie du coude. Mais un examen plus minutieux et des radioscopies, surtout des stéréoradiographies, montrent qu'il s'agit d'ostéo-chondromatose articulaire et non comme on aurait pu le penser, de nodosités juxta-articulaires.

L'ampliométrie manométrique du thorax et sa représentation graphique. — M. Laniez (de Lille) présente une méthode nouvelle de mesure de l'ampliation thoracique. Le thorax est entouré d'une ceinture à deux manchettes pneumatiques qui sont reliées à un manomètre à millimètre d'eau. On a ainsi la valeur des ampliations droite et gauche.

Rôle de la substance fondamentale collagène dans l'évolution de la tuberculose. — MM. Doubkow et Froment (de Lyon) présentent des photographies de préparations relatives à l'étude de la substance fondamentale collagène au cours de la tuberculose pulmonaire. Celle-ci peut subir trois transformations fondamentales : caséification, métamorphose, collagène, hémogénéisation des deux. L'évolution clinique peut être superposée assez exactement à cette évolution anatomique.

Diabète grave amélioré par l'administration de sels de nickel et de cobalt associés à l'insuline. — MM. Roch et A. Du Bois (de Genève). L'action de l'insuline a paru très heureusement renforcée par l'ingestion de petites quantités de chlorure de nickel et de cobalt (3 milligrammes de chaque par jour). L'effet de ces sels métalliques ne se manifeste guère qu'après quelques jours et persiste également cinq à six jours après la cessation de la médication.

Un cas de spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Dargein et Bideau (de Toulon) rapportent l'histoire d'un jeune matelot qui fit une spirochétose ictéro-hémorragique typique et au cours de laquelle ils ont eu l'occasion de relever les relations déjà signalées entre la courbe de température et le taux de l'urée sanguine, élevé pendant l'apyrexie, abaissé lors de la recrudescence fébrile. Par contre la spirochétémie qui, pour M. Fiessinger, serait la cause de la reprise de la fièvre, n'a pas été constatée.

(SÉANCE DU 22 MARS 1929)

De la nature des pigments de l'anthracose pulmonaire. — M. L. Bard. Les recherches de M. Jousset démontrent la part importante que prennent les pigments ferrugineux d'origine endogène dans la coloration anthracosique, mais il paraît aller trop loin en refusant à la fixation de poussières atmosphériques tout rôle dans le genre de l'autracose des mineurs. Le dosage du fer par la calcination, qui détruit le charbon, ne permet pas de faire la part de deux éléments et la chalicose, dans laquelle les poussières blanches de silice ne peuvent être confondues avec les pigments noirs, démontrent bien la nécessité de laisser une certaine part dans la genèse des pneumoconioses à la fixation des poussières atmosphériques.

Abcès du poumon secondaire à une pneumonie. — MM. Rathery et Thoyer Rozet présentent un abcès pulmonaire consécutif à un foyer pneumonique. L'intérêt de la présentation consiste dans la localisation de l'abcès qui aurait pu faire penser à une pleurésie enkystée interlobaire.

Epithélioma cortico-surrénal avec virilisme et hirsutisme. Localisation par pneumo-péritoine. Extirpation chirurgicale. — MM. Langeron, Decherf et Danes (de Lille) rapportent le cas anatomo-clinique d'une jeune fille atteinte de virilisme et hirsutisme généralisés avec aménorrhée, hypertension et glycosurie. Le pneumo-péritoine permet de localiser une tumeur dans la région surrénale gauche. Une extirpation chirurgicale en est faite. Mort brusque à la quarante-huitième heure. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma cortico-surrénal.

Oblitération haute de la vessie cave inférieure au cours d'une lymphosarcomatose ganglionnaire et viscérale. — MM. A. Cain et Uhry. Chez une femme de quarante-deux ans s'établit progressivement un syndrome de compression, caractérisé par un œdème énorme, occupant la moitié inférieure du corps et une circulation collatérale du type cave-cave et porto-cave supérieur. Hépato-splénomégalie considérable (sans ascite) avec adénopathie cervicale dont l'examen, après biopsie, révéla la nature lymphosarcomateuse. La radiothérapie profonde, en même temps qu'elle réduisit les tumeurs viscérales, fit disparaître les œdèmes de la circulation collatérale.

Evolution comparée des œdèmes dans la néphrose lipoïdique et la néphrite hydropigène. — MM. M. Labbé, Nepveux et G. Dreyfus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 MARS 1929)

La résection du genou en surfaces courbes. — A propos du procès-verbal, M. Hartmann dit quelques mots sur la pratique qu'il a suivie dans toutes les lésions tuberculeuses depuis plus de vingt ans. (Cf. Thèse de Rapadopoulo. *Résection du genou*, Paris, 1926). Comme Juvara, M. Hartmann fait avec la lame étroite de la scie à champ-tourné de Farabeuf, une section courbe, cylindrique des condyles fémoraux; puis il taille suivant une surface concave l'extrémité supérieur du tibia, et il emboîte la section du fémur convexe dans la section concave du tibia. Immobilisation. Appareil plâtré.

Les seules différences de sa pratique avec celle de Juvara consistent dans ce fait que lors de lésions tuberculeuses, M. Hartmann enlève complètement la rotule, et dans cet autre fait qu'il s'abstient d'enclouer les extrémités osseuses.

Paraplégies pottiques chez l'adulte. — M. Leriche estime qu'il n'est pas prouvé, comme le pense M. Sorral, que la paraplégie soit une contre-indication absolue à tout traitement chirurgical du mal de Pott.

Le mécanisme étant sous la dépendance directe de l'évolution du foyer vertébral pourra être très favorablement influencé par la greffe qui réalise l'immobilisation idéale du mal de Pott ordinaire. S'il y a compression, la greffe ne suffira sans doute pas, et il y a lieu d'essayer la combinaison

laminectomie plus greffe, à défaut de la méthode de Calvé. Peut-être, dans certains cas particuliers, sera-t-il possible d'enlever en bloc des masses fongueuses, ou un tuberculome faisant tumeur et non encore abcédé.

De toutes façons, conclut M. Leriche. la question ne doit pas être considérée comme tranchée.

Traitement des pleurésies purulentes. Drainage de la plèvre en thorax fermé. — M. Picot aborde la discussion de la question à l'ordre du jour.

Il n'a pratiqué qu'une fois l'opération de Grégoire : la pleurotomie valvulaire. Bien qu'elle ait été un succès, il reste fidèle au drainage avec le tube de Delbet et siphonnage et il a approuvé en tous points ce qu'a dit Grégoire du drainage de la plèvre en thorax fermé. Il considère que c'est le traitement rationnel et vraiment efficace des pleurésies purulentes.

M. Grégoire est surpris que l'accord soit si loin d'être fait sur la meilleure conduite thérapeutique à suivre dans les pleurésies purulentes. Il expose encore les avantages de la méthode valvulaire et fait de sages réserves sur le pronostic de la pleurésie purulente, quel que soit le traitement employé, car il est un élément que le bistouri ne saurait atteindre, c'est le microbe lui-même.

L'opération de Fredet. Traitement de la sténose hypertrophique du pylore du nourrisson. — M. H. Billet (de Lille) apporte un nouveau témoignage en faveur de l'opération de Fredet. Les 6 cas qu'il relate ont amené 4 guérisons.

M. Fredet félicite M. Billet, il l'approuve d'avoir utilisé l'incision longitudinale médiane sus-ombilicale. M. Billet semble éprouver quelque appréhension à laisser la plaie béante, M. Fredet reconnaît volontiers que cela choque les principes généraux de la chirurgie, mais la théorie doit céder devant le fait : la réparation spontanée se produit toujours rapidement. M. Fredet pense qu'on a exagéré l'hyperthermie post-opératoire, il approuve sans réserve M. Billet d'avoir alimenté rapidement les petits opérés.

Mégaœsophage. Opération par la voie abdominale. — M. Pierre Delbet présente une femme de quarante-trois ans, opérée par voie abdominale pour un mégaœsophage énorme. Il a fait une simple incision médiane et a fait une œsophagoplastie partielle. Résultat fonctionnel parfait.

Présentation. — MM. Mauclaire et Dioclès : Radiographie d'un os acetabulum supérieur avec arthrite douloureuse chez un homme de cinquante ans.

M. Reynaldo dos Santos (de Lisbonne) : Artériographie des membres, de l'aorte et de ses branches abdominales.

— En raison des vacances de Pâques, la prochaine séance aura lieu le 10 avril.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS

(Séance du 7 février 1929)

M. Coutier présente une série de **crânes provenant de sépultures du Moyen âge découvertes à Chelles.** Les ossements étaient dans des sarcophages en plâtre situés à une profondeur moyenne de 2m50, orientés à l'Est et mesurant environ 2m15 de long sur 0m55 de large et 0m60 de hauteur.

M. le docteur V. Eugiel fait une communication sur les **chants populaires en usage lors de l'enterrement en Pologne, Tchéco-Slovaquie, Allemagne et Angleterre.** Ces chants remontent souvent à l'époque préchrétienne et représentent un vestige extrêmement intéressant de la pensée primitive.

(Séance du 7 mars 1929)

M. le docteur Regnault expose comment, **à l'aide d'une ampoule électrique, on peut, dans beaucoup de cas, étudier l'intérieur d'un crâne sans le scier préalablement.** Appliquant cette méthode à l'examen d'un cas de scaphocéphalie annulaire, il arrive à préciser dans ce cas particulier les causes déterminantes de cette malformation.

M. Lematte inaugure une série de communications sur les **méthodes de mesure des réactions humorales.** Au lieu d'évaluer ces réactions comme on l'a fait jusqu'ici par des chiffres représentant les sommes algébriques des facteurs qui les conditionnent, il préconise d'étudier séparément chacun des facteurs qui la composent.

M. le professeur Papillault présente le travail du docteur Chevket Aziz sur les **angles de la base du crâne chez les Néocalédoniens et les Noirs africains.** Ce travail fait au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes a été présenté pour l'obtention du diplôme d'études à l'Ecole d'anthropologie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSURANCES SOCIALES

Le *Journal officiel* du 5 avril 1929 publie le *Règlement général d'administration publique* pour l'exécution de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. (Voir le texte de la loi dans la *Gazette des hôpitaux*, 1928, n° 32).

Aux termes de l'article 73, paragraphe 1er de ladite loi, la loi sur les assurances sociales entrera en vigueur dix mois après la publication du règlement au *Journal officiel*, c'est-à-dire le 5 février 1930.

Il nous est impossible de publier intégralement le règlement. Nous nous bornons à commencer aujourd'hui la publication de la section II du titre I qui a trait aux prestations et concerne plus spécialement les *soins médicaux* :

« Art. 32, § 1er. — Conformément au paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, l'assuré soigné sans hospitalisation, choisit librement son praticien (médecin, spécialiste, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme) dès lors que celui-ci est qualifié d'après le paragraphe ci-après pour participer au fonctionnement de l'assurance. Toutefois, en vertu du paragraphe 3 du même article, son choix est limité, pour les visites des médecins et sages-femmes à domicile, aux praticiens de la commune où il réside, ou, à défaut, de la commune la plus rapprochée; l'assuré ne peut faire appel à des praticiens établis ailleurs qu'à la condition de supporter le supplément de frais pouvant en résulter.

§ 1er. — Sont qualifiés pour dispenser les prestations en nature dans les conditions prévues à l'article 4, paragraphe 3, de la loi :

1° Les praticiens affiliés ou non à l'un des syndicats professionnels ayant passé une convention avec la caisse à laquelle appartient l'assuré, s'ils ont adhéré à cette convention par une déclaration adressée à ladite caisse;

2° Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune des conventions conclues par la caisse, ont néanmoins, par une déclaration adressée à celle-ci, indiqué celui des syndicats contractants dont ils acceptent le contrôle technique;

3° Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune desdites conventions ni indiqué par déclaration celui des syndicats contractants appelé à les contrôler, se soumettent au contrôle technique du syndicat de praticiens désigné par la caisse.

Art. 33, § 1er. — Par application de l'article 4, para-

graphe 4, et de l'article 6, paragraphes 1er et 2 de la loi, l'assuré qui doit être soigné par voie d'hospitalisation exerce librement son choix entre les établissements de soins qui appartiennent à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser également à d'autres établissements de soins; mais le supplément de frais pouvant résulter de ce choix, tant pour les soins, médicaments et appareils que pour l'hospitalisation, est laissé à la charge de l'intéressé.

L'assuré soigné dans un établissement appartenant à la caisse ou ayant traité avec elle n'a pas le choix du praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois conférer à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux attachés ou non à l'établissement.

§ 2. — Les établissements de soins ne sont tenus d'admettre les bénéficiaires de l'assurance qu'autant qu'ils sont liés par contrat avec la caisse à laquelle appartiennent les intéressés et dans les conditions et sous les garanties qui y sont fixées.

Art. 34, § 1er. — Toute caisse d'assurance qui a pour objet de couvrir le risque maladie, établit, sur la base d'un règlement-type élaboré par l'office national des assurances sociales, un règlement fixant les conditions d'attribution des prestations, le mode de fonctionnement des services de l'assurance et les règles du contrôle auxquelles sont soumis les bénéficiaires. Ce règlement, rédigé en conformité avec les stipulations des conventions passées par la caisse intéressée, doit être approuvé par l'office national des assurances sociales.

§ 2. — Le règlement prévu au paragraphe 1er détermine notamment :

a. Les formalités que les bénéficiaires de l'assurance doivent remplir et les justifications particulières qui doivent être fournies à la caisse en vue de l'attribution du paiement ou du remboursement des prestations en nature et de l'allocation des prestations en argent;

b. Les conditions et délais d'admission, ainsi que les avantages qui leur sont offerts dans les établissements d'hospitalisation, de prévention, de cure et de convalescence, dispensaires, cliniques, centres d'examen ou de traitement appartenant à la caisse ou avec lesquels elle a contracté;

c. Le taux et les modalités de la participation des assurés, telle qn'elle est prévue par l'article 4, paragraphe 5, de la loi, aux frais médicaux généraux, spéciaux et dentaires, aux frais pharmaceutiques et aux frais d'acquisition ou de renouvellement des appareils;

d. La discipline imposée aux malades ou blessés;

e. Les conditions dans lesquelles peuvent être délivrés, sur ordonnance médicale, les médicaments magistraux, officinaux et les médicaments spécialisés conformément aux lois et décrets en vigueur, et notamment aux décrets des 3 mai 1850 et 13 juillet 1926, et à la loi du 23 avril 1895, ainsi que les appareils, et notamment les appareils de prothèse dentaire (fonctionnels ou nécessaires à l'assuré pour l'exercice de sa profession);

f. Les conditions dans lesquelles les frais médicaux et pharmaceutiques sont vérifiés, pour éviter qu'ils ne soient abusifs et les cas où la caisse peut, soit de refuser de payer ou de rembourser ceux de ces frais qui auraient ce caractère, soit en poursuivre éventuellement le remboursement.

Art. 35, § 1er. — Les caisses d'assurances passent, dans les conditions énoncées aux articles ci-après, avec les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements publics hospitaliers ou les établissements privés, notamment les dispensaires, cliniques, hôpitaux, établissement de cure et de prévention, les conventions nécessaires pour assurer leurs services de prestations à domicile et par hospitalisation.

§ 2. — Ne sont admis à traiter avec les caisses d'assurance que les syndicats professionnels de praticiens agréés à cet effet par l'Office national des assurances sociales, après avis des principaux groupements professionnels de praticiens.

§ 3. — Les conventions doivent être soumises, avant leur signature, à l'approbation de la Commission tripartite instituée par l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

Art. 36. — Pour les assurés soignés à domicile, les conventions passés avec les syndicats professionnels de praticiens fixent :

1° Les conditions dans lesquelles sont dispensées les prestations en nature;

2° Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux (généraux, spéciaux et dentaires) et le remboursedes frais de déplacement, ainsi que pour le payement des médicaments et appareils;

3° Les modalités du contrôle technique.

Art. 37, § 1er. — Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux donnés au domicile de l'assuré ou du praticien sont établis par localités et fixés dans les limites maxima des tarifs syndicaux ordinaires.

§ 2. — Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, comme il est dit à l'article 32 ci-dessus, a, par une déclaration adressée à la caisse expressément adhéré à la convention.

Art. 38, § 1er. — Les tarifs applicables aux médicaments magistraux, officinaux, aux spécialités et aux appareils, sont, pour les soins donnés au domicile de l'assuré ou du praticien, fixés dans les limites maxima d'un tarif général unique arrêté par le Conseil d'administration de l'Office national, après avis d'une Commission spéciale, sous réserve du droit d'opposition des ministres du Travail et des Finances, tel qu'il est prévu à l'article 180 du présent décret.

§ 2. — La Commission spéciale est nommée par le Conseil d'administration de l'Office national et composée d'un cinquième de représentants des groupements de médecins, de pharmaciens et de fabricants de produits pharmaceutiques, pour un cinquième de membres de l'Académie de médecine et de professeurs des Facultés de pharmacie, et pour trois cinquièmes de représentants de l'Office national des assurances sociales, des caisses d'assurances sociales et de la caisse générale de garantie.

§ 3. — La Commission n'insère dans ce tarif général les spécialités que si elles sont sont vraiment irremplaçables ou si elles sont d'un prix moins élevé que les médicaments non spécialisés qu'elles sont destinées à remplacer. Les tarifs, ainsi que les dispositions prévues à l'article 36, 1°, ci-dessus, sont opposables à tout praticien affilié au syndicat contractant. Ces tarifs sont également opposables aux autres praticiens qui ont adhéré expressément à la convention.

Art. 39, § 1er. — Les conventions passées entre les caisses et les établissements publics hospitaliers déterminent :

1° Les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades;

2° Les conditions dans lesquelles leur sont donnés les soins;

3° Les conditions dans lesquelles leur sont fournis les médicaments et appareils;

4° Les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation dans les limites fixées par l'article 6, paragraphe 2, de la loi;

5° Les modalités du contrôle général exercé par la caisse en vertu de l'article 7, paragraphe 1er, de la loi;

6° Les dispositions prises par l'Administration hospitalière pour assurer le contrôle technique.

§ 2. — Les tarifs applicables pour les soins donnés dans les établissements publics hospitaliers et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectués sont fixées, dans les limites maxima prescrites aux deux articles précédents, par des conventions passées par les caisses, soit avec les administrations hospitalières après entente avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, après entente avec lesdites administrations hospitalières.

Art. 40, § 1er. — Les conventions passées entre les caisses

et les établissements de soins privés déterminent, dans les limites maxima prescrites aux articles 37 et 38 ci-dessus, les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades, les tarifs applicables aux frais d'hospitalisation et les modalités du contrôle général exercé par la caisse.

§ 2. — Les tarifs applicables pour la rémunération des soins dans ces établissements et pour les fournitures de médicaments et d'appareils qui y sont effectuées, ainsi que les modalités du contrôle technique, sont déterminés dans les limites maxima prescrites aux articles 37 et 38 ci-dessus, par des conventions passées par les caisses, soit avec lesdits établissements de soins après entente avec le syndicats ou l'un des syndicats professionnels de praticiens prévus à l'article 35, paragraphe 2 du présent degré, soit avec ce syndicat après entente avec lesdits établissements.

Art. 41, § 1er. — Sous réserve de la participation de l'assuré aux frais prévue à l'article 4, paragraphe 5 de la loi, les frais médicaux et pharmaceutiques sont pris en charge par les caisses d'assurance, pour les soins donnés tant au domicile du praticien ou de l'assuré que dans les établissements de soins, jusqu'à concurrence des taxes fixés conformément aux articles 37, 38, 39 et 40 du présent décret.

§ 2. — Dans le cas où l'assuré s'adresse à un praticien ou à un établissement qui n'a pas contracté avec la caisse ou n'a pas adhéré à une convention passée par elle, le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques dont la caisse a la charge est celui de la convention passée par ladite caisse avec le syndicat professionnel ou l'établissement de la circonscription à laquelle ressortit l'assuré et, si elle a contracté avec deux ou plusieurs syndicats ou établissements, le tarif le moins élevé.

§ 3. — Les médicaments et appareils qui ne sont pas prévus dans les conventions passées avec la caisse ne sont pris en charge par elle qu'autant qu'ils sont énumérés dans le tarif général arrêté comme il est dit à l'article 38 du présent decret et qu'ils ont été prescrits par ordonnance.

Art. 42, § 1er. — Les conventions ci-dessus prévues déterminent si le montant des frais médicaux, pharmaceutiques ou autres, qui s'y trouvent fixés, est payé par la caisse au praticien, au cas où l'assuré est soigné à domicile, ou, en cas d'hospitalisation, à l'établissement public hospitalier ou à l'établissement privé, ou bien s'il est acquitté par l'assuré à charge de remboursement par la caisse, ou encore s'il peut être acquitté indifféremment, suivant l'une ou l'autre de ces modalités.

§ 2. — Le règlement-type prévu à l'article 34 du présent décret déterminera les formalités à remplir et les pièces à fournir, suivant la modalité adoptée par le contrat, pour permettre ce payement ou ce remboursement.

§ 3. — Les modalités de la participation de l'assuré aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres, prévue à l'article 4, paragraphe 5, de la loi, sont fixées dans le règlement intérieur de la caisse prévu à l'article 34 ci-dessus, en conformité avec les stipulations contractuelles qui les concernent.

§ 4. — Lorsque le contrat prévoit le règlement direct desdits frais par l'assuré, la caisse peut faire l'avance de tout ou parti de la part qui lui incombe aux intéressés qui seraient momentanément sans ressources. Les conditions d'attribution et les justifications d'emploi des avances de cette nature seront fixées par le règlement intérieur de la caisse.

§ 5. — Quelles que soient les modalités fixées par les conventions susvisées pour le règlement desdits frais, les bénéficiaires de l'assurance peuvent, en cas d'urgence dûment constatée, obtenir de la caisse, sur justifications, le remboursement de la partie, à la charge de celle-ci, des frais, payés directement par eux, soit au praticien, soit à l'établissement public hospitalier ou à l'établissement de soins privés.

Art. 43, § 1er. — Les frais d'hospitalisation proprement dits dans les établissements qui ont contracté avec la caisse ou dans ses propres établissements ne sont, en vertu de l'article 6, paragraphe 2, de la loi, pris en charge par elle que dans la mesure où ils ne dépassent pas les tarifs appliqués dans les établissements publics hospitaliers pour les malades admis au régime de l'assistance médicale gratuite ou pour les victimes d'accidents du travail admises sous le régime de la loi du 9 avril 1898.

§ 2. — Lorsque le bénéficieire de l'assurance s'est adressé, pour être hospitalisé, à un établissement qui n'est pas lié par contrat avec la caisse, ces frais sont pris en charge par celle-ci dans les mêmes limites.

Art. 44, § 1er. — Le règlement intérieur des établissements de soins appartenant à la caisse détermine les conditions dans lesquelles sont admis et hospitalisés les assurés malades, ainsi que celles dans lesquelles les soins médicaux leur sont donnés, et les médicaments et appareils leur sont fournis.

§ 2. — Dans le cas où la caisse assure, par ses propres praticiens, les soins donnés dans ses établissements, et effectue directement les fournitures de médicaments et d'appareils, la participation aux frais qui incombent aux bénéficiaires de l'assurance, en vertu de l'article 4, paragraphe 5, de la loi, est calculée d'après un tarif de base arrêté chaque année par la caisse.

§ 3. — Dans le cas où la caisse n'assure pas, par ses propres praticiens, les soins donnés dans ses établissements ou n'effectue pas directement les fournitures de médicaments et d'appareils, les tarifs applicables pour ces prestations sont fixés dans des conventions passées avec les syndicats professionnels prévus à l'article 35, paragraphe s, du présent décret.

§ 4. — Chaque année, les caisses arrêtent les tarifs des frais d'hospitalisation applicables à leurs établissements.

§ 5. — Les tarifs prévus aux paragraphes précédents doivent être soumis à la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5, de la loi, qui ne peut refuser son approbation que si elle les estime trop élevés.

(*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

DU TRAITEMENT DE QUELQUES PSYCHOSES ET PSYCHONÉVROSES PAR L'OPOTHÉRAPIE SPERMATOGÉNÉTIQUE (1).

Par le docteur Gilbert Robin.

L'endocrinothérapie a apporté au traitement des psychoses et psycho-névroses des armes nouvelles dont la puissance ne peut être contestée. Etant donné la liaison étroite qui existe entre les psychoses et les sécrétions internes des glandes génitales (on sait la fréquence des manifestations dépressives et neurasthéniques, chez l'homme à l'époque de l'involution testiculaire), les extraits orchitiques s'imposent à l'attention du psychothérapeute.

L'opothérapie spermatogénétique par l'androstine donne chez l'homme comme chez la femme, des résultats appréciables et parfois très marqués dans maintes affections mentales d'origine organique, ou ressortissant à la psychogénèse : démence précoce, psychonévroses de la ménopause, infantilisme, retard de la puberté, dépression psychique de l'adolescence, émotivité morbide, schizoïdie, schizophrénie, psychasténie, obsessions, impuissance, frigidité, perversions sexuelles, toutes affections dans le traitement desquelles elle intervient utilement soit à titre principal, soit à titre d'adjuvant.

C'est une thérapeutique qui demande à être longtemps prolongée : absolument inoffensive et admirablement supportée, elle doit être administrée à doses assez fortes (par exemple

(1) *La Clinique*, avril 1928.

six comprimés par jour d'androstine et, *en même temps*, une injection tous les deux jours); à cette condition elle rend de réels services.

LIVRES NOUVEAUX

La vaccination antituberculeuse avec les bacilles vivants chez les animaux et chez l'homme (1), par le professeur Alberto Ascoli.

Dans cet important travail, le directeur de l'Institut vaccinogène antituberculeux de Milan expose après un intéressant historique des travaux de A. Malfucci, au commencement de ce siècle, sur la distinction entre les diverses espèces bacillaires humaines et animales et sur l'intérêt pour la vaccination humaine de l'emploi du matériel bovin après atténuation.

L'auteur expose ensuite longuement ses travaux sur la vaccination du veau d'abord par des bacilles humains puis par des bacilles bovins atténués, enfin sur la vaccination des animaux par voie orale, expériences vérifiées par des inoculations et des périodes de cohabitation de sujets vaccinés et de témoins avec des animaux contagieux.

Les expériences ont ensuite porté, selon une méthode analogue sur le bacille Calmette-Guérin et l'auteur en conclut que si le bacille Calmette-Guérin est « tuberculigène », il n'est pas « tuberculosigène ». Il expose aussi la curieuse action de rassemblement (anachorèse) exercé dans l'organisme animal par le bacille Calmette-Guérin sur les germes d'autres affections de l'animal.

(1) Milan, 1928. — Istituto Editoriale Cisalpino (édition française).

La dernière partie du travail a trait de façon directe au bacille Calmette-Guérin et à son application en prophylaxie humaine, document de plus dans les polémiques scientifiques de ce temps.

Tout en considérant que pour des raisons expérimentales et sociales, la vaccination par le bacille Calmette-Guérin doit être réservée aux enfants exposés au contage pour des raisons de milieu.

L'auteur a pratiqué dans ces conditions 257 vaccinations, il continue à en suivre les bénéficiaires; son impression, dont il a fait part à l'Académie de médecine de Paris (v. *Gaz. hôp.*, n° 16, 1929, p. 299) est que la vaccination confère aux enfants une résistance effective à la contagion et à la conviction de plus en plus ferme de l'incapacité du bacille Calmette-Guérin à donner la tuberculose.

R. L.

La Lutte contre la fièvre paludéenne.

M. Frederick L. Hoffmann (de Wellesley Hills Mass. U. S. A.) vient de réunir en une brochure de 207 pages une série d'études sur la lutte contre la fièvre paludéenne publiées aux Etats-Unis de 1916 à 1928.

Ces études présentent un vif intérêt : elles mettent en relief les résultats obtenus et ceux qui restent à obtenir pour détruire la malaria dans l'Etat de New-Jersey.

Des statistiques extrêmement détaillées éclairent les données du problème.

L. G.

L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. — I. Les endocrines dans la physio-pathologie clinique, par A.-C. Guillaume. Un volume in-16 de 300 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SCILLARÈNE
"SANDOZ"
Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille
CARTIO-TONIQUE POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS — LE DIURÉTIQUE AZOTURIQUE
GOUTTES xx, 2 à 8 fois par jour
AMPOULES A 1 CC (injections endo-veineuses) 1/2 à 1 par jour
COMPRIMÉS 2 à 8 par jour
PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS (10e).
M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

citrofluyl & citrocarbine
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ
CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
LABORATOIRES WARIN
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale.

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications

Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique. pommade à 2 % — — }

Contre les HÉMORROÏDES :

PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES

BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R C Lille 28 728

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL

Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPOTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL

Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

PARAPLÉGIES POTTIQUES [1]

5. **Formes suivant le siège de la compression.** — Nous avons insisté jusqu'ici sur la paraplégie pottique avec compression de la moelle dorsale, les lésions restant très localisées ou s'étendant sur une certaine hauteur avec parfois myélite sous-jacente descendant très bas. Il faut insister sur les deux formes suivantes, beaucoup plus rares, car les abcès au cou et dans la région lombaire se drainent facilement par les gaines du long du cou et du psoas et sont rarement, en plus, intrarachidiens.

a. FORME CERVICALE. — C'est une forme par compression *médullaire et radiculaire.*

Le début se fait par des douleurs irradiées à l'occiput, aux parties latérales du cou, réalisant un TORTICOLIS chronique *très douloureux.* Puis apparaissent :

Une *paralysie flasque amyotrophiante du membre supérieur,*
Soit à type Duchenne-Erb,
Soit à type Klumpke. — Déjerine
Une *paraplégie spasmodique des membres inférieurs.*

Si la pachyméningite s'accentue vers la région cervicale haute ou sous-occipitale, elle tend à comprimer le bulbe et on observe des signes de pronostic très alarmant : pouls lent, accès de suffocation, syncopes, glycosurie et finalement mort subite.

b. FORME LOMBO-SACRÉE. — Il s'agit ici, contrairement aux formes précédentes, d'une paraplégie PAR COMPRESSION RADICULAIRE qui donne lieu à une *forme flasque sans signes pyramidaux,* avec *abolition* de tous les réflexes, quels qu'ils soient, et *amyotrophie* précoce.

A ces signes s'ajoute souvent LE SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL avec vives douleurs dans le domaine du sciatique et du crural, anesthésie dans le territoire des racines touchées (de L_2 à S_5) et souvent anesthésie en selle.

6. **Formes suivant la cause.** — Certains auteurs récents ont opposé les paraplégies par :

a. ABCÈS qui sont des formes PRÉCOCES, survenant au cours de la première année, *rapidement installées et complètes,* revêtant souvent une allure en *apparence sérieuse,* mais qui sont des formes *curables* en dix-huit mois à deux ans.

b. PACHYMÉNINGITE. — Ce sont des paraplégies TARDIVES, survenant deux ans ou plusieurs années après le début d'un mal de Pott peu ou mal traité. Elles sont *chroniques,* d'allure souvent moins grave que les précédentes, mais progressivement croissantes. Elles débutent *insidieusement,* sont souvent *incomplètes* et restent *définitives, incurables.*

7. **Formes survenant au cours d'une rechute de mal de Pott.** — Elles seraient comparables aux précédentes en ce sens que les formes installées rapidement seraient curables, les formes insidieuses et progressives chroniques et incurables.

8. **Formes récidivantes.** — Complexes, échappant à ces règles habituelles, elles traduisent le réveil de foyers mal éteints.

PRONOSTIC

La paraplégie pottique entraîne rarement la mort. Dans la majorité des cas, on peut espérer la guérison grâce au traitement sévèrement et méthodiquement appliqué (immobilisation, cure marine et cure de soleil). Il est rare qu'il existe des lésions de dégénérescence médullaire entraînant des paraplégies définitives. Quand la guérison survient, elle se fait généralement sans séquelles.

Nous avons vu qu'on pourrait, suivant certains auteurs, porter un *pronostic précoce,* en se basant sur la *date* et la *rapidité* d'installation de la paraplégie, les formes précoces et vite réalisées étant curables, les formes tardives et progressives étant incurables. Nous n'y reviendrons pas.

La *notion d'âge* aurait pour ces auteurs moins d'importance pour le pronostic que ne lui en attribuaient les classiques, et, contrairement à l'opinion généralemeni admise par ces derniers, la paraplégie guérirait aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Enfin, il faut savoir qu'il n'existe aucun rapport entre l'*étendue en hauteur* des lésions osseuses vertébrales et la gravité de la paraplégie (Sorrel-Déjerine).

DIAGNOSTIC

Il comprend plusieurs étapes. Il faut :

1. Reconnaître l'*origine pottique* de la paralysie;
2. *Eliminer* certaines affections qui peuvent la simuler;
3. Déterminer la *hauteur du segment médullaire comprimé;*
4. S'efforcer de déterminer la *cause* de la paraplégie et porter un *pronostic.*

A. **Reconnaître l'origine pottique de la paraplégie.** — 1. Tantôt elle est *évidente* : le Pott est connu depuis longtemps. Le diagnostic est fort simple. C'est ce qui se passe le plus souvent. Il faut simplement délimiter l'étendue de la compression.

2. Tantôt la paraplégie est le *premier signe qui attire l'attention.* Il faut en chercher la cause et pratiquer systématiquement :

a. L'*interrogatoire* qui retrouvera les douleurs à type *radiculaire.*

b. L'*examen du rachis* : Chez l'enfant, les signes rachidiens sont généralement évidents.

Chez l'*adulte,* la gibbosité est tardive et souvent discrète. On ne saurait compter sur elle pour le diagnostic. Il faut chercher :

1. Méthodiquement la *douleur* sur chaque apophyse épineuse et transverse, par la pression de haut en bas, la percussion avec le marteau à réflexe, la succussion latérale. La constatation d'une vive douleur toujours localisée au même endroit reste d'une réelle valeur diagnostique.

2. En faisant remonter le pouce le long des apophyses épineuses, on cherchera à *accrocher* sur une de ces apophyses, premier et seul signe d'une ébauche de gibbosité qui en restera souvent là.

On recherchera la *suppression de la lordose normale* de la région *cervicale,* le *redressement* de la courbure *lombaire.*

3. La *contracture* localisée à un segment du rachis a une grosse valeur diagnostic, mais ce n'est pas un signe pathognomonique [on l'a décrite dans les formes pseudopottiques des tumeurs rachidiennes] (Vincent).

c. *La radiographie* permettra souvent de lever tous les doutes, en montrant, sur des clichés de face et de profil, et par ordre de gravité croissante :

Le *pincement* du disque intervertébral (mesurer au *compas*).
La *déformation* d'un corps vertébral avec *bascule légère.*
La *destruction* ou même la *disparition* plus ou moins étendue d'un ou plusieurs corps vertébraux.

Dans bien des cas, l'existence d'un *fuseau paravertélral* témoigne de la présence d'un *abcès.*

Mais, il faut bien savoir qu'il existe des maux de Pott *sans aucun signe radiographique,* et si cela n'est pas exceptionnel chez l'enfant, ce n'est pas si rare chez l'adulte (Sorrel, Vincent).

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 25, p. 490, et n° 27, p. 523.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ERANOL

Iode libre en Suspension aqueuse, colloïdale, isotonique.

Enfants : V gouttes par année d'âge et par jour
Adultes : XL à C gouttes par jour.

Dans les *Affections de l'Enfance* (lymphatisme, rachitisme, accidents de croissance, végétations adénoïdes, etc.) L'ERANOL

excite le tissu lymphoïde, détermine une hyperleucocytose persistante, active la genèse des macrophages, aide l'organisme défaillant à pourvoir aux frais d'une immunisation durable et de développement rapide.

Dans les *Tuberculoses Torpides* (ganglionnaire, pulmonaire, fibreuse, prébacillose) L'ERANOL

liquéfie les exsudats visqueux du poumon, facilite l'hématose, supprime la dyspnée, développe la mononucléose, relève l'état général, résout l'adénite, favorise la défense de l'organisme.

Dans l'*Hypertension Artérielle* L'ERANOL

détermine la transsudation de la lymphe à travers la paroi des vaisseaux, abaisse la pression sanguine, régularise la circulation, diminue le travail du cœur.

Dans le *Rhumatisme chronique* L'ERANOL

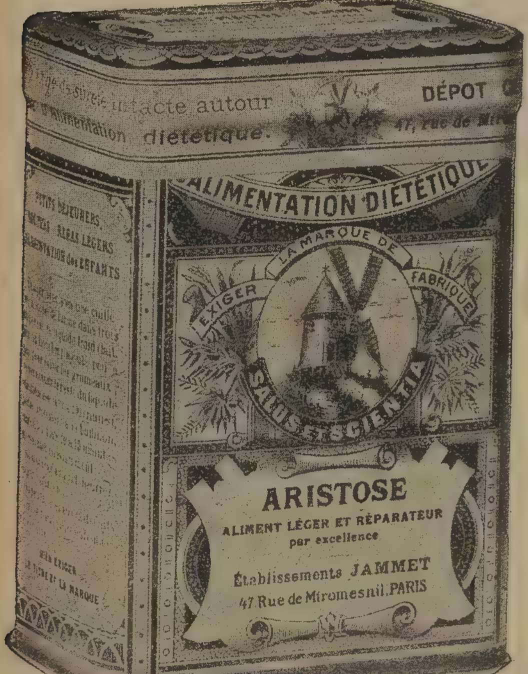
puissamment résolutif, fait rétrocéder les douleurs articulaires et péri-articulaires, diminue le gonflement et favorise la disparition des attitudes vicieuses.

ERANOL

Échantillons sur demande

45, Rue de l'Échiquier
PARIS (Xe)

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	*FARINES LÉGÈRES*
RIZINE Crème de Riz maltée	***GRAMENOSE*** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE A base de Blé et d'Avoine maltés	***BLÉOSE*** Crème de Blé total malté
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	***AVENOSE*** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	***LENTILOSE*** Farine de Lentilles maltée

***CACAO GRANVILLE**, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...*
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon **JAMMET**, Rue de Miromesnil, 47, **Paris**

TRAITEMENT NOUVEAU DES STAPHYLOCOCCIES

Staphylothanol

A BASE D'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
AMPOULES DE 2 CC

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

De Trouette-Perret

l' **Aphloïne**	la **Nisaméline**	la **Papaïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux	*(Guaco)* *Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies*	*Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques*

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C., 54 002 Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mouchet, qui accepte; Cathala, Levent, Rudaux, Metzger, Demelin, Michel, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Doucet, Morin (Paul), Guérin (A.), Besson (J.-B.), qui acceptent; Papillon, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Règlement de l'agrégation des facultés de médecine.* — Ce règlement occupe dix colonnes du *Journal officiel* du 10 avril. Il détermine les vingt-trois sections d'agrégation, les conditions du concours réparti en deux séries d'épreuves du premier et du deuxième degré, la composition des jurys et leur tirage au sort. Enfin, des dispositions transitoires règlent la situation des candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924.

— LYON. — Deux emplois d'agrégé de médecine et un emploi d'agrégé de chirurgie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon sont déclarés vacants.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 10 avril 1929.)

— MONTPELLIER. — Un emploi d'agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 9 avril 1929.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ÉLECTION DU PRÉSIDENT GÉNÉRAL. — L'élection du président de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 28 avril 1929.

Le président est élu tous les cinq ans par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, convoqués à cet effet dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de chacune des sociétés locales.

L'élection a lieu par bulletin secret et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Les membres dans l'impossibilité de prendre part au vote en venant en personne peuvent voter par correspondance.

L'IMBROGLIO DES ASSURANCES SOCIALES. — Le 19 mars dernier le gouvernement a déposé au Sénat un projet de loi destiné à apaiser les craintes exprimées au sujet de l'application de la loi sur les assurances sociales.

Quelques jours après, le 5 avril, le *Journal officiel* publiait le Règlement général d'administration publique dont nous avons donné des extraits.

Nous nous trouvons donc, écrit *Le Temps*, en face d'un « règlement général frappé moralement de caducité en toutes ses parties atteintes par les retouches proposées. Quant à la loi du 5 avril 1928 elle est officiellement reconnu défectueuse, au moins dans ces parties-là. Loi et règlement n'en demeurent pas moins entiers et ils le resteront tant que les Chambres n'auront pas statué sur les modifications déclarées nécessaires... »

«... Qu'on ne s'y trompe pas d'ailleurs, les changements envisagés ont beau, pour la plupart, être d'importance et présenter un vif intérêt, l'esprit de la loi existante n'a subi aucune altération. Les industriels et les commerçants, pour ne parler que d'eux, restent sous le coup de déclarations, de calculs, de formalités inextricables. Le pays, qu'on va répétant accablé de charges, se voit toujours condamné au taux supplémentaire annuel de contributions se chiffrant par milliards.

Quoique ne figurant pas au budget national et ayant pour

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

percepteurs non point des agents de l'Etat, mais les employeurs transformés en percepteurs obligatoires responsables et gratuits, cette effroyable surcharge est l'aliment fatal et la condition essentielle de la loi du 5 avril 1928. »

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION ESPAGNOLE POUR LES PROGRÈS DES SCIENCES. — Le XIIe Congrès de l'Association se tiendra à Barcelone du 18 au 23 mai 1929.

MM. P. Sabatier et G. Poirier y représenteront l'Académie des sciences.

CENTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ ZOOLOGIQUE DE LONDRES. — La Zoological Society of London célébrera le centenaire de sa fondation, le 29 avril 1929, à Londres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cassel (de Paris), Paul Sarrasin, naturaliste et ethnographe, décédé à Bâle.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE RADIOLOGIE CLINIQUE. — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, a commencé son cours le vendredi 12 avril 1929, à 11 h., à l'hospice de la Salpêtrière (Clinique chirurgicale du professeur Gosset, pavillon Osiris), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Radio-diagnostic clinique des affections de l'appareil digestif. »

— TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE (série supplémentaire). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale aura lieu, sous la direction du docteur René Hazard, préparateur, à partir du 15 avril 1929.

Ces travaux comprendront chaque jour :

a. A 14 h., une conférence à l'amphithéâtre Vulpian;

b. De 15 h. à 16 h. 30, des démonstrations pratiques à la salle des travaux pratiques de pharmacologie.

A ces travaux pratiques seront admis :

1° Les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime);

2° Les étudiants de 4e année (nouveau régime);

a. Ajournés ou absents à la session de juin 1928;

b. Qui n'ont pas participé aux travaux pratiques réglementaires de pharmacologie de l'année scolaire 1928-1929;

c. Qui ont un nombre insuffisant de présences aux séances réglementaires ou qui ont obtenu une note insuffisante à l'interrogation.

Les élèves inscrits devront verser un droit de laboratoire de 125 fr.

S'adresser au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis. de 14 à 16 h.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE, du 15 avril au 4 mai 1929. — *Programme*. — Du 15 au 20 avril : docteur R. Bensaude, assisté des docteurs Caïn, Boltanski, Hillemand, Lambling, Marchand, Oury, Rachet, Terrial.

Du 22 au 27 avril : docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Charles Jacquelin, Zizine et Chêne.

Du 29 avril au 4 mai : docteur P. Le Noir, assisté des docteurs R. Gaultier, Savignac et Taillandier.

Les leçons théoriques sont gratuites. — Droits d'inscription aux travaux pratiques : 250 fr. — Se faire inscrire dans les services de MM. Bensaude et Ramond. Un certificat de présence sera donné à ceux qui auront suivi tous les cours théoriques et pratiques.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé après le cours. Le nombre des places est limité.

Se faire inscrire avant le 28 avril.

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE MONTAGU**

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU TRAITEMENT IODÉ DE LA MALADIE DE BASEDOW

Mon cher collègue et ami,

Je lis dans la Revue générale de M. Peycelon (*Gaz. des hôpit.*, 30 mars 1929) sur le traitement iodé dans la maladie de Basedow la phrase suivante : « Debove, Thyssen, derniers partisans des injections interstitielles d'iode que leurs dangers ont fait unanimement abandonner. » Il y a là une erreur que j'ai trouvée dans un autre travail; ce n'est point Debove, c'est *Duguet* qui avait préconisé et appliqué à l'hôpital Lariboisière ce mode de traitement. Rendons à César ce qui appartient à César, et surtout n'attribuons point à Debove un traitement qu'il a condamné avec énergie, à plusieurs reprises, devant moi.

Avec mes sentiments les meilleurs, P. SAINTON.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, V à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 15 avril. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Strohl et Mathieu. — M. AVRAM. Les opérations de Portes à la maternité de Lariboisière. — M. STEPHANIDÈS. Etude sur la technique du microscope.

Mardi 16 avril. — Jury : MM. Balthazard, président; Brindeau, J.-L. Faure et Vaudescal. — M. du PLESSIS DE GRENÉDAN. Les médecins et la loi du 9 avril 1898. — M. SZILAGEJI. Etude sur l'appendicite au cours de la grossesse. — Mme GOLDSTEIN. Etude clinique de la folliculite.

Jeudi 18 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Rathery, Moussu, Robin et Maignon. — M. PIGOT. Etude de la piroplasmose bovine en Normandie. — M. PAINVIN. Influence des saisons sur le métabolisme basal.

Samedi 20 avril. — Jury : MM. Lejars, président; Claude, Terrien et Velter. — M. BICHET. Etude sur l'anxiété dans le théâtre français contemporain. — M. MABRU. Complications articulaires et fractures des membres. — M. VADMAN. L'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée.
Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE, ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons:

LABORATOIRES CIBA – O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE ET HYPNOTIQUE
par les Succédanés de la Valériane

VALIMYL
(antispasmodique et sédatif)
Diéthylamide de l'acide isovalérianique.

Action constante
Absence d'odeur
Tolérance absolue par les estomacs les plus délicats

TOUTES LES INDICATIONS DE LA VALÉRIANE

Diminution de l'hyperexcitabilité réflexe des centres bulbo-médullaires et des nerfs périphériques.

DOSES : 4 à 8 perles, dosées à 0 gr. 05 en 24 heures (à prendre en 2 ou 3 fois au milieu des repas).

Flacon de 75 perles glutinisées.

ISOBROMYL
(Hypnotique)
α - Monobromisovalérylurée

Produit un sommeil tranquille
Sans effet secondaire fâcheux
Pas de céphalée au réveil

SPÉCIFIQUE DE L'INSOMNIE NERVEUSE

Hypnotique de choix des surmenés, des enfants nerveux et des nourrissons.

DOSES : *Adultes :* 0 gr. 50 à 1 gr. (1 à 2 comprimés) et plus chez les hyperexcitables ;
Enfants : 0 gr. 12 à 0 gr. 25 (1/4 ou 1/2 comprimé) suivant l'âge.

Tubes de 10 comprimés dosés à 0 gr. 50.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *Fournisseurs des Hôpitaux. Pharmaciens de 1re Classe.*
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS-Ve. — Usine à Massy (S.-et-O.).

D. P. 110

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

L'EXAMEN ÉLECTRIQUE ET LA CHRONAXIE DANS LA PRATIQUE NEUROLOGIQUE [1]

Par Henri DESOILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

LE COURANT TÉTANISANT

Toutefois le courant faradique peut dans certains cas rendre de très grands services. C'est lorsqu'on augmente la fréquence des excitations au point d'obtenir un rythme rapide, tétanisant. En l'employant ainsi on obtient, non plus une secousse musculaire plus ou moins rapide, mais une contraction persistante, de grande force, et douloureuse, un tétanos.

Chez les hystériques, l'usage de ce courant est particulièrement indiqué. C'est un moyen commode de suggestion dont on se servira pour provoquer ou interrompre une crise, ce qui est à la fois un moyen de diagnostic et de traitement.

D'autre part, lorsque l'on voudra juger des degrés de rétraction ou de l'importance des adhérences des muscles ou de leurs tendons aux plans environnants, le courant tétanisant, qui permet de pousser la contraction musculaire à fond, mettra en évidence ces obstacles mécaniques indépendants de l'état physiologique du muscle lui-même. C'est aussi le meilleur moyen de reconnaître les ruptures ou sections tendineuses.

Enfin, il existe certaines réactions particulières :

Syndrome de Jolly-Benedikt. — Dans la myasthénie grave, pseudo-paralytique, le muscle soumis à un courant tétanisant, au lieu de rester en contraction soutenue aussi longtemps qu'agit le courant, se relâche presque immédiatement, une nouvelle contraction ne pouvant être obtenue qu'après un repos. C'est une réaction de fatigue.

Signe du trapèze (Cl. Vincent et J. Hagueneau). En appliquant chez les parkinsonniens un courant tétanisant dans la région des trapèzes. on voit que la contraction persiste longtemps après que l'excitation a cessé. (On observe un phénomène analogue au cours des mouvements volontaires). Cette constatation est importante à connaître pour comprendre le mécanisme de la rigidité parkinsonnienne.

LA CHRONAXIE HUMAINE NORMALE

La chronaxie est la même, que l'on excite directement un muscle ou qu'on l'excite par l'intermédiaire de son nerf (loi de l'isochronisme du nerf et du muscle de L. Lapicque).

G. Bourguignon a montré que tous les muscles du corps n'ont pas la même chronaxie. Voici les principales lois de cet auteur :

Dans une même région, les muscles qui font partie du même groupe fonctionnel ont la même chronaxie. — Par exemple, les muscles assurant la flexion de la main, des doigts et la pronation ont une chronaxie comprise entre 0σ20 et 0σ36.

Les muscles qui déplacent les segments de membre en avant ont une chronaxie plus petite que les muscles qui déplacent les segments de membre en arrière. — A la face ce sont les muscles qui abaissent les traits qui ont une chronaxie plus petite que ceux qui les relèvent.

La chronaxie divise les muscles ou faisceaux musculaires postérieurs en deux groupes. — Duchenne de Boulogne avait vu que dans le mouvement de flexion, des doigts par exemple, intervenaient non seulement les fléchisseurs de ceux-ci, mais aussi les extenseurs (rôle synergique des antagonistes habituels). Bourguignon, par l'étude de la chronaxie, a montré qu'en réalité la totalité des fibres des extenseurs n'intervenait pas. On comprend mal d'ailleurs comment le mouvement pourrait se produire si, en même temps que les fléchisseurs tous les extenseurs se contractaient en totalité. *Le groupe extenseur possède bien deux fonctions comme l'avait dit Duchenne, mais ces deux fonctions ne sont pas réparties indifféremment sur toutes les fibres.* Certains muscles sont uniquement synergiques de la fonction de flexion pronation, tels les radiaux qui ont la même chronaxie (0σ20 à 0σ36). La plupart, comme les extenseurs communs et propres possèdent à la fois les deux ordres de fibres, dont les unes sont synergiques de la flexion, avec une chronaxie égale (0σ20 à 0σ36 et un point moteur spécial), d'autres antagonistes, assurant l'extension et l'extension seule, avec une chronaxie propre de 0σ44 à 0σ72, trouvée à un second point moteur.

La répartition des chronaxies a donc une topographie fonctionnelle et non anatomique.

Les chronaxies sensitives. — Elles ont pu être mesurées par Bourguignon. L'électrode étant placée sur le trajet d'un nerf, tel que le médian au pli du coude, on mesure le temps de passage du courant nécessaire, non plus pour produire une contraction musculaire, mais pour réveiller une sensation à distance : à la face palmaire de la dernière phalange du médius par exemple.

Les chronaxies sensitives ne sont pas différentes suivant les nerfs mais suivant les régions : pour un territoire cutané la chronaxie est la même que celle des muscles sous-jacents à ce territoire. On voit donc que lors d'un réflexe l'influx nerveux aura toujours suivi des conducteurs, sensitifs puis moteurs, de même chronaxie. Nous verrons comment dans les cas pathologiques qui changent les chronaxies *cette loi permet de comprendre les modifications des réflexes.*

Chronaxies sensorielles. — Elles sont connues pour le nerf optique, en prenant pour test la sensation lumineuse; et pour le nerf vestibulaire, en prenant pour signe l'inclinaison de la tête lors de l'excitation.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 28, p. 537.

MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES DE LA CHRONAXIE

I. Lésions des neurones centraux. — Ces lésions ne donnent aucun trouble des réactions électriques qualitatives. Mais comme ces lésions centrales entraînant des paralysies ne vont pas sans modifier l'excitabilité électrique des muscles paralysés, ces modifications sont décelables grâce à la chronaxie. Leur étude, entreprise systématiquement par Bourguignon a permis, en outre, à cet auteur de découvrir des lois physiologiques générales d'une très grande portée.

Mécanisme des réflexes. — Nous avons vu qu'il y a isochronisme entre un territoire cutané et les muscles correspondants ; par exemple, les nerfs sensitifs plantaires ont la même chronaxie (0σ44 à 0σ72) que les muscles plantaires (et postérieurs de la jambe). Si l'on excite la plante du pied, on voit fléchir le gros orteil. Il est satisfaisant pour l'esprit d'admettre que l'influx nerveux a suivi des conducteurs sensitifs et moteurs de même chronaxie, et que l'extenseur du gros orteil, muscle d'un groupe fonctionnel différent et de chronaxie autre (0σ20 à 0σ36) n'a pu répondre en raison de son hétérochronisme.

Mais il est des cas où l'excitation de la plante du pied amène l'extension de l'orteil. Dans ces cas, on trouve égale à la chronaxie sensitive, non plus la chronaxie du fléchisseur de l'orteil, mais celle de l'extenseur propre.

Il en est ainsi chez le nouveau-né, dont les chronaxies motrices sont en quelque sorte inverses de celles de l'adulte (1).

Il en est encore ainsi chez les animaux. Chez le chat et le lapin, par exemple, qui ont normalement un réflexe cutané plantaire en extension, et des chronaxies motrices dans un rapport inverse de celui de l'homme adulte.

Au cours d'une hémiplégie banale par lésion cortico-sous-corticale, et où existe le signe de Babinski, l'étude des chronaxies montre que la chronaxie sensitive n'a pas changé, mais que l'extenseur a pris une chronaxie de 0σ44 à 0σ72 ; le fléchisseur une chronaxie de 0σ20 à 0σ36. Le rapport des fléchisseurs aux extenseurs s'est donc inversé, devenant l'analogue de celui qui se rencontre normalement chez le nouveau-né ou l'animal, et permettant en quelque sorte un aiguillage différent de l'influx nerveux.

Une conclusion se dégage de ces faits. *C'est qu'on trouve dans la chronaxie des muscles de la jambe une véritable caractéristique de l'espèce humaine, et que la lésion cérébrale libérant les centres sous-jacents rapproche le fonctionnement nerveux de l'homme adulte de celui du nouveau-né et de l'animal.*

Ces constatations, dont l'intérêt spéculatif ne saurait échapper, vont d'ailleurs entraîner des conséquences pratiques : un signe de Babinski, cliniquement toujours identique à lui-même se manifeste grâce à un isochronisme qui peut être réalisé de bien des manières.

(1) Elles évoluent dans les mois suivants et changent de sens environ vers l'âge où l'enfant se met à marcher.

Dans le syndrome thalamique, par exemple, Bourguignon a vu chez plusieurs sujets que la chronaxie des extenseurs des orteils avait augmenté beaucoup plus que dans les lésions pyramidales pures, puisque atteignant 4σ à 5σ. En même temps, les chronaxies sensitives plantaires étaient troublées atteignant le même chiffre 4σ à 5σ, l'isochronisme était toujours réalisé, avec signe de Babinski, mais ce dernier se produisait par un mécanisme différent.

Toutes ces recherches sont encore en cours (1), et des derniers travaux de Bourguignon, il résulte qu'*on peut déjà dégager quelques syndromes chronaxiques spéciaux, suivant le siège des lésions, et qui pourront être d'une grande importance localisatrice.*

II. Lésions humorales. — Avant de préciser ce qu'on trouve au cours des lésions périphériques, nous voudrions montrer, par un bref rappel de quelques modifications expérimentales, comment un diagnostic ne peut être porté qu'en tenant le plus grand compte des symptômes révélés par la clinique et des conditions dans lesquelles les réactions ont étés observées.

Ces expériences montrent, en effet, que l'excitabilité est surtout fonction de l'état physico-chimique de l'organe examiné, cet état en conditionnant le fonctionnement physiologique (Bourguignon).

Sur un sujet normal on peut à volonté produire une paralysie de type périphérique, avec lenteur de la contraction musculaire et chronaxies très augmentées en réalisant ainsi un véritable syndrome analogue à celui de la dégénérescence la plus légitime. Il suffit pour cela d'avoir d'abord pendant un temps supprimé la circulation d'un membre par compression, ou de l'avoir refroidi par un bain local à la température de 5 à 8 degrés. Ceci nous explique comment des troubles circulatoires par compression osseuse ou par lésion du sympathique pourront donner des troubles moteurs sans qu'il y ait dégénérescence réelle du nerf moteur. Ces troubles peuvent être légers, uniquement révélés par la chronaxie. Ils peuvent être décelables cliniquement, ou encore se surajouter à des lésions nerveuses anatomiques. Il suffit de savoir ces possibilités pour les reconnaître le cas échéant, en comparant les chronaxies avant et après réchauffement du membre, etc., ce qui peut entraîner des conséquences thérapeutiques (utilité du bain chaud dans la paralysie infantile, par exemple).

Des troubles plus généraux jouent également un rôle. — Nous n'en donnerons qu'un exemple. Au cours de la *tétanie* (qu'elle soit expérimentale par hyperpnée, post-opératoire ou spontanée), on trouve une augmentation des chronaxies qui souvent dure plus longtemps que les crises. *Ce fait nous a permis d'assurer par l'examen électrique un diagnostic de téta-*

(1) Nous ne donnons ici que des exemples et ne pouvons, sans sortir du cadre que nous nous sommes imposé, rapporter en détail les variations de chronaxie au cours des contractures, des états de rigidité parkinsonienne, etc.

nie qui demeurait cliniquement douteux parce qu'aucun médecin n'avait assisté à la crise.

III. Lésions périphériques. — L'examen qualitatif au galvanique donne, nous ne saurions trop le répéter, des renseignements précieux. Toutefois, dans des cas limites, l'appréciation de la lenteur d'une décontraction peut être malaisé. D'autre part, à des examens successifs (à moins de faire des enregistrements graphiques compliqués), il n'est pas toujours facile de dire si la lenteur s'est accentuée ou inversement. Les comparaisons, si importantes pour le pronostic, ne pourront donc être faites que par des examens suffisamment éloignés pour que les différences soient nettes.

Des mesures de chronaxie, au contraire (pourvu que l'on possède une technique correcte) donneront des chiffres que l'on pourra comparer d'un examen à l'autre avec une certitude infiniment plus grande.

D'autre part, les modifications de la contraction musculaire n'apparaissent que lorsqu'on a des chronaxies déjà supérieures à dix fois la normale, c'est-à-dire que la mesure de l'excitabilité donnera des résultats là où l'examen qualitatif ne décèle encore aucune lésion.

La chronaxie permet une précision dont on va voir quelques exemples.

La chronaxie permet de mieux apprécier la topographie des lésions. — Un malade, M. R... présentait une paralysie unilatérale périphérique qui, cliniquement, semblait siéger avant tout dans le domaine du radial. Aussi cherchait-on une étiologie locale. L'examen électrique qualitatif, confirmait le caractère périphérique de la paralysie, mais n'apportait aucun rengeignement supplémentaire. Au contraire, en mesurant les chronaxies du sujet, nous vîmes que l'atteinte pathologique était plus diffuse que ne le montrait l'examen clinique : les chronaxies étaient augmentées au niveau de l'autre membre supérieur et au niveau des membres inférieurs. C'est donc la mesure électrique seule qui nous permit de porter le diagnostic de poliomyélite chronique au début, diagnostic qui fut confirmé par l'évolution ultérieure.

On remarquera que si l'examen électrique a donné plus que la clinique c'est parce que nous ne nous sommes pas contentés, contrairement à ce qu'on nous avait demandé, d'examiner uniquement les muscles manifestement malades : pour ceux-là l'examen électrique était peu utile. *C'est là un principe fondamental : il faut toujours examiner électriquement les territoires musculaires qui cliniquement paraissent sains.*

La chronaxie permet d'apprécier la gravité de la lésion. — Un nouveau né de quelques jours nous fut amené pour une paralysie totale d'un membre supérieur, consécutive à un accouchement laborieux. Aucun mouvement n'existait et les parents, à juste titre étaient fort inquiets sur l'évolution ultérieure. Nous constatâmes que les chronaxies des muscles paralysés n'étaient relativement pas très augmentées, sauf au niveau du deltoïde. Nous pûmes donc rassurer immédiatement les parents, en réservant toutefois le pronostic pour ce dernier muscle.

Effectivement l'évolution clinique (sous l'influence de l'ionisation) confirma là encore ce que les mesures avaient permis de dire.

La mesure de la chronaxie peut donner des indications opératoires. — Lorsqu'un nerf a été atteint par un traumatisme et que son territoire reste paralysé, la question se pose, lorsqu'au bout d'un certain temps on ne constate aucune amélioration clinique, de savoir s'il ne faut pas intervenir pour libérer, suturer ou même pratiquer une greffe sur ce nerf. Dans ces cas il faut suivre l'évolution de la chronaxie pendant un certain temps. En effet, *bien avant que le muscle paralysé soit amélioré cliniquement* et bien avant que l'on ne constate des modifications qualitatives de sa contraction électrique, *les chronaxies commencent à diminuer au cas où l'état du nerf s'améliore.* A la phase d'aggravation, durant laquelle on constate par les examens en série des chronaxies qui augmentent progressivement, fait suite une phase d'amélioration durant laquelle les chronaxies diminuent. Cette constatation doit faire surseoir à l'intervention chirurgicale. Ultérieurement la forme de la contraction musculaire s'améliore et les mouvements réapparaissent. Si au contraire on ne constate pas cette amélioration des chronaxies, il faut intervenir.

D'ailleurs, au cours de cette régénération, des indications très précieuses peuvent être tirées de l'étude du côté opposé où se produisent des répercussions.

Les répercussions. — On connaissait les atrophies dites réflexes qui se produisent à la suite d'un traumatisme par exemple, dans un territoire non atteint directement. Bourguignon a montré qu'il s'agit en réalité d'une loi très générale : sans doute dans quelques cas l'atteinte à distance, la répercussion, est-elle assez prononcée pour se voir cliniquement, mais le plus souvent le trouble de l'excitabilité n'est décelable que par la mesure. En principe chaque fois qu'une lésion *évolue*, elle détermine une répercussion légère dans un territoire correspondant, dans le domaine moteur par exemple s'il s'agit d'une lésion sensitive, mais surtout dans le territoire symétrique (1).

Nous avons dit quand une lésion *évolue.* Au point de vue pratique, pour en revenir à notre exemple de paralysie traumatique, alors que l'évolution paraît définitivement arrêtée, l'étude des chronaxies du côté opposé peut révéler qu'il n'en est rien et que la régénération commence.

Un autre exemple de l'importance thérapeutique que peut avoir l'étude de la répercussion nous sera fournie par

La paralysie faciale périphérique.

Une notion y est classique : le danger de l'électrothérapie en raison de la possibilité d'apparition de la contracture. Sans entrer dans tous les détails, nous

(1) La répercussion de la section d'un nerf sur la chronaxie du nerf symétrique a ensuite été retrouvée expérimentalement sur l'animal par Mlle Deriaud, dans le laboratoire du professeur Lapicque.

dirons seulement qu'on est en quelque sorte prévenu de la possibilité d'apparition de celle-ci par l'étude des chronaxies du côté malade et de celles du côté sain.

A ce moment — et même si la contracture est déjà déclarée — on peut agir sur elle grâce au phénomène des répercussions en faisant *quelques excitations faradiques du côté sain*. On agit ainsi en quelque sorte inversement; pour faire une comparaison on rétablit l'équilibre et on guérit la contracture. Ces finesses de traitement permettent souvent en deux à trois mois de guérir complètement une paralysie faciale présentant l'ensemble désigné sous le nom de réaction de dégénérescence complète, même lorsqu'elle est consécutive à un évidement mastoïdien (à condition que le nerf n'ait pas été sectionné). Mais elles ne sont possibles que par l'étude systématique des chronaxies qui renseigne à chaque instant et évite les fautes thérapeutiques.

Enfin la chronaxie nous a permis à plusieurs reprises de réformer des diagnostics de sinistrose. — Un ouvrier se coupe accidentellement une veine superficielle du dos de la main. Le chirurgien qui avait pratiqué la ligature nous l'adresse peu après. Le blessé se plaignait en effet de gêne musculaire dans deux doigts, qui ne correspondait pas d'ailleurs à la veine atteinte. Cliniquement il était impossible de prouver la bonne foi de l'ouvrier. Nous trouvâmes des chronaxies augmentées. Un interrogatoire minutieux nous permit alors de retrouver l'origine des troubles : un garrot serré avait été appliqué par les camarades de l'ouvrier, d'où légère compression nerveuse et parésie dont la guérison fut d'ailleurs rapide.

CONCLUSION

Au cours de cette étude volontairement très simplifiée, nous avons voulu montrer par quelques exemples ce que le clinicien est actuellement en droit de demander à l'examen électrique. Ce dernier met en évidence l'état physiologique des muscles, et il faut en interpréter la signification suivant les cas et en tenant compte des autres renseignements fournis par la clinique et le laboratoire.

Nous nous sommes borné à indiquer certaines applications cliniques de la chronaxie, mais les lois générales que nous avons énoncées font voir combien est vaste le domaine d'application de cette découverte française. L. Lapicque et G. Bourguignon ont vraiment inauguré un chapitre nouveau de la physiologie.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera une bibliographie détaillée dans les quelques ouvrages suivnnts :

BOURGUIGNON (G.). *La chronaxie chez l'homme*, Masson, 1923; — Art. CHRONAXIE, *Nouveau Traité de médecine*, t. XVIII; — A propos de la mesure de la chronaxie avec les condensateurs, *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1928; — *Conférences professées au Collège de France* (chaire de médecine, professeur : M. d'Arsonval).

BOURGUIGNON (G.) et WALTER (A.). Simplifications techniques de la mesure de la chronaxie avec les condensateurs, *Bull. officiel de la Soc. d'électroth. et de radiol.*, juin 1928.

CHARPENTIER (A.). La balance faradique, *C. R. de la Soc. de neurol.*, Paris, 2 fév. 1928.

DELHERM (L.) et LAQUERRIÈRE (A.). Electrologie, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XXXI.

DESGREZ (H.). De l'utilisation des lampes valves pour la mesure de la chronaxie chez l'homme, *Th. de Paris*, 1927.

GUILLEMINOT. Troubles des réactions électriques, *Nouveau Traité de médecine*, t. XVIII.

LAPICQUE (L.). *L'Excitabilité en fonction du temps*, Presses universitaires, Paris 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1929)

L'Ordre des médecins. — M. V. BALTHAZARD. « Pendant toute la durée de l'ancien régime les médecins ont été rassemblés, sous l'égide de la Faculté, en corporation médicale qui imposait à ses membres les règles de dignité et d'honneur professionnel les plus strictes. La corporation avait le droit d'interdire l'exercice de la médecine dans le ressort de la Faculté.

Les traditions se sont maintenues, tant était grande leur force, bien après la suppression de la corporation. Mais, à l'heure actuelle, bien qu'elles soient encore vivaces chez la plupart des médecins, on voit surgir une tendance chez quelques-uns d'entre eux, qui consiste à méconnaître les règles de l'exercice d'une profession libérale qu'ils voudraient commercialiser. D'où les poursuites récentes devant les tribunaux correctionnels contre des médecins accusés d'exercice illégal de la médecine, de distribution de ristournes aux bénéficiaires des lois sociales, et même d'escroqueries. Ces agissements tendent à jeter un discrédit immérité sur tout le Corps médical. Aussi convient-il d'envisager la création de l'Ordre des médecins dont l'action préventive empêcherait les délits ci-dessus visés.

Nous demandons à l'Académie de médecine d'approuver cette création, qui est actuellement réclamée par la majorité des médecins honnêtes et consciencieux et qui devient urgente au moment où doit être mise en vigueur la loi sur les assurances sociales, source possible de beaucoup d'abus. Nous avons de plus la conviction que le gouvernement tiendra le plus grand compte de l'avis de l'Académie de médecine et qu'il déposera devant le Parlement le projet de loi organisant l'Ordre des médecins.

Cet Ordre doit désigner un conseil par département avec une chambre de discipline qui connaîtra des infractions au Code de déontologie. La chambre disposera de sanctions sévères allant jusqu'à l'interdiction de l'exercice de la médecine, temporaire ou définitive, dans le département ou dans toute la France. L'intéressé conservera possibilité d'appel devant un conseil régional constitué par quatre médecins ayant fait partie pendant trois ans au moins des conseils départementaux désignés par leurs confrères, et présidé par un conseiller à la Cour d'appel.

La Confédération des syndicats médicaux français a élaboré un Code de déontologie médicale qui doit servir de base aux décisions de l'Ordre des médecins. »

M. Balthazard soumet à l'Académie de médecine le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, émue des récents scandales médicaux qui tendraient à déconsidérer le Corps médical qui, dans son immense majorité, respecte pourtant les traditions

de dignité professionnelle dont elle a toujours été la fidèle gardienne.

Estime qu'il importe de réprimer et mieux encore de prévenir les défaillances individuelles par la création d'un Ordre des médecins, dont les conseils seraient pourvus de sanctions efficaces allant jusqu'à l'interdiction de l'exercice de la médecine sur le territoire français.

Et demande au gouvernement de soumettre aussi rapidement que possible au vote du Parlement la création de l'Ordre des médecins chargé de faire respecter le Code de déontologie et de conserver à la profession médicale le caractère de profession libérale indispensable dans l'intérêt même des malades. »

M. SIREDEY insiste sur l'urgence d'étudier à fond et de discuter la question de l'Ordre des médecins.

Sur la proposition de M. LE PRÉSIDENT la question est renvoyée à une Commission composée de MM. Balthazard, Roger, Siredey, Le Gendre, Pinard, Chauffard, Delbet, Gosset, Brouardel et Weiss (de Strasbourg).

Traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié. — M. MARFAN et Mme DOLLFUS-ODIER ont traité un assez grand nombre de rachitiques par l'ergostérol irradié. Ils l'administrent à la dose de 3 à 5 milligrammes par jour; ils prescrivent des cures de vingt jours, séparées par des repos de quinze jours; ils font faire en général trois cures.

Le premier et le plus important des effets de ce remède est la recalcification de l'extrémité diaphysaire des os longs, des noyaux d'ossification épiphysaire et des cals de fractures rachitiques quand il en existe. Cette reminéralisation est évidente au bout de vingt jours; elle est parfois complète après la deuxième cure; elle l'est le plus souvent après la troisième. Le remodelage de l'os commence pendant la seconde cure; l'élargissement de l'extrémité diaphysaire diminue; sa limite devient opaque et presque rectiligne; les pointes qui la terminent disparaissent.

Le cranio-tabes et les autres altérations rachitiques du crâne se modifient aussi, mais moins vite que celles des membres.

Sur les symptômes concomitants des altérations osseuses, sur l'hypotonie musculaire, sur le gros ventre flasque, sur l'anémie, sur l'intumescence des organes lymphoïdes, l'action de l'ergostérol est inconstante, incomplète ou inappréciable. Cependant la nutrition générale est souvent améliorée; le poids augmente et l'irritabilité nerveuse diminue.

Dans les cas où la tétanie coïncide avec le rachitisme, on peut constater que l'ergostérol a sur elle une action remarquable; après une huitaine de jours, les symptômes spasmodiques et le phénomène de Trousseau disparaissent; le signe du facial après quinze ou vingt jours; mais celui-ci peut reparaître après cessation du traitement.

Toutefois, dans un petit nombre de cas, le rachitisme n'a pas paru modifié par l'ergostérol irradié, sans qu'on puisse l'imputer à la mauvaise qualité du médicament, ni, comme on l'a soutenu, à ce que son action a été entravée par la grippe, ou une affection fébrile concomitante.

A quelques différences près, l'action de l'ergostéol irradié est analogue à celle de l'application directe des rayons ultra-violets. Si l'ergostérol paraît calcifier plus vite, les rayons ultra-violets modifient plus rapidement et plus complètement la forme de l'os; l'action eutrophique générale de ceux-ci est plus évidente. Mais l'ergostérol a l'avantage d'être d'un emploi plus facile et moins coûteux.

Ce médicament est donc une acquisition précieuse et doit prendre une place de premier plan dans le traitement du rachitisme.

Cependant, plus encore que celle des rayons ultra-violets, son action ne paraît pas s'exercer sur la cause même du rachitisme, mais sur le processus par lequel cette cause détermine les lésions de l'os.

Remarques sur la fréquence relative et les localisations des ulcères gastro-duodénaux chez l'homme et chez la femme. — M. LE NOIR. L'ulcère de l'estomac était autrefois considéré comme beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les statistiques récentes indiquent une proportion inverse. Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer cette divergence? Défectuosité des statistiques anciennes, augmentation de la fréquence de l'ulcère chez l'homme pourraient être invoquées. Il semble qu'il faille plutôt incriminer les causes de gastrite plus communes chez l'homme que chez la femme aujourd'hui qu'autrefois, l'abus du tabac, l'exagération du régime carné, la fréquence plus grande des infections dentaires, tandis que chez la femme, les modifications apportées aux vêtements et, en particulier, au corset tendaient à rendre l'ulcère moins fréquent chez elle.

Quant aux causes des localisations différentes chez l'homme et chez la femme, elles peuvent se trouver dans les conditions anatomiques et physiologiques non identiques dans les deux sexes. Par elles peuvent s'expliquer la prédominance chez la femme de l'ulcère de la petite courbure, par rapport à l'ulcère juxto-pylorique et surtout duodénal.

Insuffisance ou rétrécissement mitral coïncidant avec une communication inter-auriculaire et réalisant un syndrome de maladie de Roger (souffle systolique sans cyanose). — M. HALIPRÉ, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, présente une observation de perforation inter-auriculaire indépendante du trou de Botal coïncidant avec une insuffisance mitrale. Cette lésion réalisait un syndrome de maladie de Roger comme s'il y avait eu communication interventriculaire. Cliniquement le diagnostic d'insuffisance mitrale avait été posé.

M. Halipré insiste sur un point qui doit être retenu, c'est que deux lésions en quelque sorte de sens contraire, intéressant l'orifice mitral, une insuffisance et un rétrécissement, peuvent aboutir, en cas de communication inter-auriculaire au même tableau clinique.

Dans l'*insuffisance mitrale*, le reflux du sang de l'oreillette gauche dans l'oreillette droite se fait sur la poussée de la systole ventriculaire gauche, l'oreillette demeurant passive.

Dans le *rétrécissement*, c'est à l'oreillette gauche hypertrophier qu'appartient le rôle actif, c'est elle qui fait passer le sang dans l'oreillette droite.

Dans les deux cas, le reflux du sang de gauche à droite produit un souffle méso cardiaque.

Le court espace de temps qui sépare la systole auriculaire de la systole ventriculaire (un cinquième de seconde) ne permet pas de distinguer à l'auscultation entre le point de départ auriculaire ou ventriculaire du souffle.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1929)

A propos de la présence de l'acide glyconurique dans l'organisme d'un enfant à la suite d'injections d'huile camphrée. — M. BARBIER signale que chez les dyspeptiques hépatiques, en donnant du camphre, on peut mesurer le fonctionnement du foie en étudiant dans les urines l'augmentation de l'acide glyconurique ainsi artificiellement produit.

Dosages d'acides organiques et d'ammoniaque dans les selles des nourrissons. — MM. Robert DEBRÉ et R. GOIFFON constatent que M. R. Mathieu dans sa publication à la dernière séance de la pédiatrie, a, en utilisant leur méthode de dosage, surtout mis en évidence que les troubles digestifs

sont sous la dépendance étroite des infections parentérales. Ils insistent sur l'utilité de ces mesures quand les troubles digestifs sont primitifs et quand ils ne sont pas aigus. Elles évitent beaucoup de tâtonnements dans le diagnostic et dans le traitement.

Fausse gibbosité pottique d'origine congénitale. — M. M. LANCE montre un sujet de neuf ans avec une gibbosité angulaire déterminée par une saillie de l'apophyse épineuse de la VIIe dorsale. Aucun signe de mal de Pott. Il s'agit vraisemblablement d'une hypertrophie congénitale chez un enfant présentant une double surélévation congénitale des omoplates.

Deux cas de gibbosité d'origine congénitale simulant le mal de Pott. — M. R. DUCROQUET rapporte deux observations dans lesquelles la gibbosité peut être rattachée à l'existence d'hémivertèbres, d'aplatissement des disques avec spina bifida.

Gibbosité pseudo-pottique d'origine congénitale. — M. TRÈVES signale un cas de gibbosité en rapport avec une fusion des corps des deux premières lombaires.

M. MOUCHET rappelle que dans le premier cas de scoliose congénitale publié par lui en 1899 il existait une gibbosité mise sur le compte d'un mal de Pott alors qu'il s'agissait d'une hémivertèbre.

Abcès subaigu fétide du poumon. — MM. J. HUTINEL, PICHANCOURT et Mme COLLIN. Cas typique avec examen radiographique caractéristique. Evolution vers la guérison grâce au traitement médical, eucalyptine, tréparsol, vaccin Weill-Dufourt.

Abcès aigu du poumon et pyopneumothorax. — MM. J. HUTINEL, WILLIOD et WILLEMIN-CLOG. Malade ayant présenté un abcès aigu à la base du poumon droit avec pyopneumothorax à la base gauche. L'abcès guérit par vomique malgré la présence d'un germe anaérobie; le pyopneumothorax nécessita une intervention, mais la guérison fut complète.

M. J. COMBY insiste sur la difficulté du diagnostic entre l'abcès du poumon et les pleurésies enkystées. Il semble que la tendance actuelle soit de rapporter à l'abcès beaucoup de lésions pulmonaires. Les constatations anatomo-pathologiques sont en contradiction avec cette tendance, puisque sur 1.832 autopsies d'enfants faites par l'auteur, une seule fois il a trouvé un abcès du poumon.

M. J. HUTINEL pense que les preuves radiographiques sont suffisantes pour différencier les pleurésies enkystées des abcès du poumon.

M. le professeur NOBÉCOURT a observé un grand abcès du poumon à pneumocoques vidé et guéri par des vomiques fétides.

M. PARAF signale un cas de guérison analogue d'un abcès à anaérobies consécutif à une appendicite.

Récupération fonctionnelle dans un cas de paralysie flasque, ancienne et totale du membre supérieur. — M. G. HUC présente un enfant de douze ans chez lequel l'utilisation de la flexion active d'un doigt entraîna, grâce à un appareillage convenable, la reprise progressive des fonctions musculaires de presque tout le membre supérieur. Ceci neuf ans après l'atteinte de poliomyélite qui détermina la paralysie et sans l'adjonction d'aucune autre thérapeutique. L'auteur insiste sur la nécessité de la « mise en fonction » des membres paralysés. Cette méthode établie précocement donne de bons résultats; tardivement elle permet d'obtenir encore des succès inespérés.

Deux cas de coxa vara coïncidant avec un syndrome adiposo-génital, consolidés au moment de la puberté. — MM. MOUCHET et ROEDERER ont observé deux enfants de treize et seize ans avec une coxa vara associée à un syndrome adiposo-génital chez lesquels le traitement endocrinien ne sembla pas donner de résultats favorables. Au bout de deux ans d'observation ils constatèrent une régression spontanée, en trois mois, du syndrome adiposo-génital en même temps que l'altération osseuse se consolidait; cette guérison coïncidait avec le début de la puberté.

M. APERT signale que chez les malades analogues le seul traitement endocrinien qui lui ait donné des résultats est l'opothérapie testiculaire; ceci même chez les filles. L'apparition de la puberté réalise l'opothérapie orchidienne naturelle et c'est l'explication des guérisons rapportées plus haut.

M. LESNÉ rappelle qu'expérimentalement l'extrait testiculaire accélère la croissance tandis que l'extrait ovarien la ralentit.

Traitement du syndrome secondaire de la diphtérie maligne chez l'enfant par les injections intraveineuses d'ouabaïne. — M. Jean CATHALA et Mlle BOEGNER rapportent cinq cas de diphtérie maligne traités par de fortes doses de sérum ayant présenté cependant un syndrome secondaire. Pour les auteurs, la dilatation aiguë du myocarde, élément prédominant du syndrome de la diphtérie, peut être combattue efficacement en recourant aux injections intraveineuses d'ouabaïne. La constatation d'un bruit de galop paraît l'indication. La dose est de 1/8 ou 1/10 de milligramme répétés deux à quatre jours consécutifs. Ce traitement doit être strictement réservé aux cas de dilatation aiguë du cœur et ne doit pas être mis en œuvre pour prévenir des accidents éventuels mais non déclarés. L'ouabaïne n'est pas en effet une médication indifférente et ses indications dans la diphtérie sont précises mais limitées. Pareil traitement a permis 4 guérisons sur 5 cas.

M. LESNÉ a également obtenu d'excellents résultats d'injections intraveineuses d'ouabaïne dans les diphtéries malignes même dans les cas où la digitaline s'était montrée sans effet.

M. WEILL-HALLÉ s'élève contre l'usage habituel des fortes doses de sérum. Pour lui ces doses sont excessives ou insuffisantes. Excessives car elles sont susceptibles de déterminer des accidents sériques et elles sont dispendieuses. Insuffisantes dans les cas de diphtérie prolongée puisque la sérothérapie doit être longtemps continuée.

M. COMBY préfère lui aussi la prolongation du traitement aux doses massives de sérum d'emblée.

M. CATHALA a, dans l'application des fortes doses de sérum en milieu hospitalier, suivi la technique du professeur Lereboullet. Chaque fois qu'il a tenté de diminuer ces doses les résultats thérapeutiques ont été moins favorables.

M. LEMAIRE signale que les diphéries lui paraissent actuellement résister beaucoup plus qu'autrefois à l'action du sérum.

M. Julien HUBER approuve l'usage des doses massives et prolongées de sérum en milieu hospitalier. Elles lui ont donné d'excellents résultats.

(SÉANCE DU 19 MARS 1929)

Le traitement actuel de la diphtérie. — M. LEREBOULLET. A propos de la discussion poursuivie à la séance de février, M. Lereboullet rappelle les raisons qui l'ont amené à recommander l'emploi d'une sérothérapie intensive dans les diphtéries graves. Il montre qu'à l'hôpital la sérothérapie est le plus souvent tardive, qu'on ne peut la prolonger longtemps à cause des accidents sériques, qu'une sérothérapie massive est donc le seul moyen de sauver certains enfants gravement atteints. On ne peut toutefois lui demander d'agir dans les cas, trop nombreux actuellement, où une infection pneumococcique ou streptococcique s'associe à la diphtérie. Comme

la sérothérapie curative du tétanos, la sérothérapie intensive de la diphtérie permet de guérir actuellement nombre de cas autrefois rebelles à l'action thérapeutique; elle a l'avantage de prévenir souvent l'apparition de paralysies diphtériques secondaires, et il n'est nullement démontré que les hautes doses de sérum soient pour l'organisme un danger quelconque.

La séro-résistance de certaines diphtéries. — M. CASSOUTE (de Marseille). Depuis deux ans l'auteur, pour des angines banales, doit injecter des doses de sérum beaucoup plus importantes que celles qu'il injectait autrefois. Cette séro-résistance de la diphtérie a été récemment constatée dans la plupart des grandes villes, alors qu'à la campagne le génie épidémique semble ne s'être pas modifié.

M. BARBIER veut tirer de cette discussion des conclusions pour la pratique courante :

1° Les doses classiques doivent être appliquées à tous les cas de diphtérie injectés dès le début de leur évolution;

2° Des doses importantes de sérum doivent être d'emblée et systématiquement injectées chaque fois qu'il s'agit de diphtéries traitées tardivement ou d'angines associées.

M. LESNÉ insiste également sur la nécessité du traitement précoce et sur la gravité des diphtéries associées.

Anémie grave heureusement influencée par l'ingestion de foie de veau et l'hémothérapie. Hernie diaphragmatique. — MM. NOBÉCOURT et BOULANGER-PILLET. Traité par des injections de sang paternel et l'ingestion de foie, un enfant de trois ans a guéri d'une anémie grave. Celle-ci était vraisemblablement due à des vomissements liés à l'existence d'une hernie diaphragmatique découverte à la radiographie.

M. OMBRÉDANNE précise les formes anatomiques de la hernie diaphragmatique de l'enfant. A côté de la hernie vraie, saillie de la grosse tubérosité à travers les fibres de la coupole diaphragmatique gauche, il existe des malformations du tractus digestif; soit une dilatation très marquée de la partie inférieure de l'œsophage que l'on peut confondre avec l'estomac, soit une ectopie simple au-dessus du muscle de la moitié supérieure de l'estomac.

M. VEAU a opéré récemment un cas de hernie véritable. L'intervention a été facile, mais le malade est mort dans la même journée, sans pouvoir préciser la raison de cette mort.

Néphrite chronique, hypotrophie staturale et syphilis congénitale. — MM. NOBÉCOURT et René MARTIN. Dans cette observation, contrairement à la théorie classique, la syphilis semble ici être à la base de ce syndrome. Il est légitime de rapporter le nanisme à cette infection bien plus qu'à la lésion rénale si on tient compte, avec les auteurs, des observations antérieurement publiées.

Accidents du neuvième jour dans une méningite cérébro-spinale; rechute et accidents sériques. — MM. Jean HUTINEL et René MARTIN. Il s'agit d'un enfant de vingt-cinq mois guéri par la sérothérapie, rapidement et complètement, malgré la présence du méningocoque B. Fait intéressant : lors des accidents sériques on constata une décharge de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien sans reprise consécutive du syndrome méningé. Il ne faut donc pas confondre avec les rechutes ces accidents du neuvième jour; les décharges de méningocoques ne semblent pas aggraver le pronostic, car une minime quantité de sérum suffit pour les enrayer.

Des cuti-réactions locales à la tuberculine. Leur valeur diagnostique et pronostique. — M. G. HUC, FITTE et DE WILLIENCOURT. Des recherches des auteurs il résulte que :

« La cuti-réaction à la tuberculine faite au niveau d'*un foyer tuberculeux superficiel en évolution*, donne des réactions hyperpositives, ceci par comparaison avec la cuti simplement positive obtenue à distance de ce foyer;

« Le caractère différentiel des cuti locales (d'où le nom de *cuti-différentielle*) prend une valeur diagnostique importante quand on le constate sur des régions symétriques ou comparables et quand la technique a été rigoureusement identique pour les deux cuti à opposer;

« Il faut utiliser de la tuberculine brute pour étudier cette réaction et la lecture des résultats doit être faite de la douzième à la dix-huitième heure;

« Au niveau des adénites satellites des foyers tuberculeux en évolution la cuti-différentielle donne des renseignements analogues à ceux que l'on constate sur les foyers eux-mêmes;

« Cette réaction différentielle disparaissant avec la guérison des lésions tuberculeuses, cette méthode prend une valeur pronostique intéressante, car elle permet de prévoir les réveils et les récidives des foyers;

« La cuti-différentielle est nettement spécifique des lésions tuberculeuses, car les autres infections (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, gonocoque) diminuent ou arrêtent les réactions locales à la tuberculine;

« Etudiée depuis trois ans, cette méthode appliquée à environ 400 malades présentant des lésions osseuses ou articulaires a donné, par rapport aux conclusions cliniques, 13 p. 100 de résultats erronés ou discutables. Elle n'a donc pas une valeur absolue; mais elle constitue un moyen simple, à la portée de tous les praticiens, pour contrôler la nature tuberculeuse des foyers ostéo-articulaires. »

Le taux de la cholestérine dans le sang des rachitiques. — MM. DORLENCOURT et SEÏTZOFF. Dans les vingt cas examinés l'abaissement de la cholestérine sanguine a été constant : 0g83 p. 1000 au lieu du taux normal de 1g40.

Chez sept enfants présentant du cranio-tabes il y a eu également diminution de la cholestérine; ceci semble un argument important pour placer cette affection dans le cadre du rachitisme.

L'hypocholestérinémie diminue progressivement avec l'amélioration du rachitisme. La présence de cette substance dans les athéromes et les tubercules guéris justifie l'hypothèse des auteurs considérant la cholestérine comme un agent de la calcification.

Enfin tous les états infectieux déterminant une hypocholestérinémie la constatation de ce phénomène dans le rachitisme vient à l'appui de l'origine infectieuse de cette affection.

MM. FERREYROLLES et GUILLOT, rapportent les résultats heureux des cures chez les **Enfants parisiens adressés à la Bourboule par l'Assistance publique.**

Présentation d'un appareil de mesure du métabolisme basal chez le nourrisson. — M. H. JANET et Mlle BOCHET. L'appareil se compose d'un sac de toile imperméable qui enveloppe complètement l'enfant; la tête apparaît sous une cloche de verre insérée sur le sac. Deux tubulures assurent l'une l'entrée de l'air atmosphérique, l'autre la sortie des gaz expirés à mesurer; le courant gazeux est assuré par une pompe rotative électrique munie d'un rhéostat qui permet de régler le débit proportionnellement à l'âge et au poids de l'enfant

Dilatations broncho-alvéolaires hérédo-syphilitiques. — MM. APERT, GRIARD et Mlle RAPPOPORT montrent deux poumons portant disséminés uniformément sur les plèvres des bulles hémisphériques plus ou moins transparentes; à la coupe, nombreuses cavités disséminées dans les deux poumons avec une grosse masse ganglionnaire scléreuse contre la paroi droite de la trachée. Il s'agissait d'un enfant de sept ans, pris en pleine santé d'asphyxie entraînant la mort en quelques jours.

L'examen histologique permet de rapporter à l'hérédo-syphilis les lésions constatées : sur des poumons déjà altérés et multicavitaires, la compression trachéale par le ganglion en déterminant de violents efforts respiratoires a entraîné la

distension des cavités sous-pleurales et a fait apparaître à la surface du poumon les bulles qui lui donnaient un aspect polykystique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSURANCES SOCIALES [1]

Prestations en argent. — ART. 45, § 1er. — Pour l'application de l'article 5, paragraphe 1er de la loi, le salaire moyen quotidien sur lequel est calculé l'indemnité journalière est égal à 1/300 de la rémunération annuelle qui résulte des cotisations obligatoires versées, en vertu de l'article 2, paragraphe 2 de la loi, au compte de l'assuré durant les douze mois ayant précédé la maladie ou l'accident. Lorsque la période d'assurance ne couvre pas ces douze mois, ladite rémunération est celle qui est déterminée par l'office pour l'immatriculation de l'intéressé, conformément à l'article 3 du présent décret.

§ 2. — Le salaire annuel sur lequel l'indemnité est calculée ne peut, en aucun cas, dépasser 15.000 fr.

ART. 46, § 1er. — Lorsque l'assuré malade est logé ou nourri par son employeur et que celui-ci a pris l'engagement, d'accord avec l'assuré, de lui conserver ces avantages en cas de maladie, ainsi qu'à sa femme et à ses enfants, s'il y a lieu, la caisse déduit de la rémunération annuelle de l'assuré, pour le calcul de l'indemnité journalière, le montant des avantages en nature, dont l'assuré continue à bénéficier, et qui sont évalués conformément à l'article 2 du présent décret.

§ 2. — Dans ce cas, l'employeur peut obtenir de la caisse le versement de la fraction de l'indemnité journalière dont l'assuré n'a pas bénéficié en exécution du paragraphe précédent.

§ 3. — Les dispositions des paragraphes 1er et 2 ci-dessus sont applicables à l'assuré victime d'un accident ne rentrant pas dans les cas visés par la législation sur les accidents du travail.

ART. 47. — Pour pouvoir prétendre à l'indemnité journalière, l'assuré doit s'être strictement conformé, depuis le début de la maladie ou l'accident, à toutes les prescriptions du médecin.

ART. 48. — La caisse à laquelle l'assuré est affilié pour le risque maladie paye, s'il y a lieu, sous sa responsabilité et pour le compte de la caisse générale de garantie, les majorations dues en application de l'article 5, paragraphe 2 de la loi.

ART. 49. — Les journées pour lesquelles est payée l'indemnité journalière sont décomptées comme journées de cotisation dans le calcul du minimum de versement exigé pour avoir ou ouvrir droit aux diverses prestations prévues par la loi.

Contrôle. — ART. 50, § 1er. — La caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie.

§ 2. — Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles par ses administrateurs, ses sections locales et ses correspondants locaux.

(1) Extrait du règlement d'administration publique du 5 avril 1929. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 29, p. 557.

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, *1, rue d'Alembert,* PARIS-14e.

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence PARIS IXe

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. C., 221.839, Se.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Lactolaxine
FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

ART. 51. — Le contrôle peut s'effectuer suivant les modalités et sous les réserves ci-après déterminées, tant sur les assurés que sur le service des prestations, par l'intermédiaire de médecins contrôleurs et accessoirement de visiteurs et dames visiteuses. Il est assuré sur le service médical et pharmaceutique par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens.

ART. 52, § 1er. — Les médecins contrôleurs chargés de la surveillance des malades procèdent à toutes investigations et constatations concernant leur état et leur incapacité de travail. En cas de désaccord avec le médecin traitant, ils avisent la caisse.

Ils ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant.

Ils ne doivent pas donner de soins aux assurés.

§ 2. — Des visiteurs et dames visiteuses peuvent, en outre, être chargés de s'enquérir des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les malades, de leur dispenser les prestations en argent et de leur apporter un concours moral.

§ 3. — Les médecins contrôleurs ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

§ 4. — Les bénéficiaires de l'assurance ne peuvent s'opposer au contrôle exercé dans les conditions déterminées par le présent article. Ils peuvent exiger toutefois d'être examinés en présence du médecin traitant.

ART. 53, § 1er. — Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le praticien, confié par les caisses aux syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé un contrat et dans les conditions qui y sont fixées sous réserve du contrôle général appartenant à la caisse et qui ne peut être délégué par elle. Le syndicat professionnel compétent l'exerce, soit sur l'initiative de la caisse, soit de sa propre initiative.

Les syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine du retrait de l'agrément qui leur est donné par l'office national des assurances sociales, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5 de la loi, prend toute mesure nécessaire pour y parer.

§ 2. — En ce qui concerne les soins, le contrôle technique porte sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par le praticien.

L'exercice de ce contrôle ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celles d'autres praticiens.

§ 3. — Les syndicats professionnels signalent aux caisses les abus constatés pour permettre à celles-ci d'exercer séparément ou conjointement avec eux toutes actions contre les auteurs responsables de ces abus.

ART. 54. — Dans le cas où un bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations en dehors de la circonscription de la caisse à laquelle il est affilié, le contrôle général prévu à l'article 50 ci-dessus est confié à la caisse qui a pris en charge le service des prestations sous réserve du droit de regard de la caisse d'origine qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse de rattachement a contracté.

ART. 55, § 1er. — Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces établissements.

§ 2. — Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent les conventions visées à l'article 39 du présent décret.

ART. 56. — En ce qui concerne les établissements privés et les établissements appartenant à la caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un syndicat composé des seuls médecins de l'établissement.

Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 53 du présent décret.

ART. 57, § 1er. — La commission départementale tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5 de la loi, est composée de neuf membres dont trois représentants des caisses départementales et des caisses primaires pratiquant les assurances maladie, maternité ou invalidité dans le département, trois représentants de l'office départemental et trois représentants des syndicats professionnels de praticiens, dont un pharmacien. Ces délégués sont élus respectivement dans chaque catégorie par les conseils d'administration ou administrateurs desdits organismes dans les conditions prévues à l'article 298 du présent décret. Ils sont nommés pour quatre ans. Le président de la commission est désigné par l'office national des assurances sociales, parmi les représentants du conseil d'administration de l'office départemental.

§ 2. — Pour l'examen des questions intéressant les chirurgiens-dentistes, la commission s'adjoint à titre consultatif un spécialiste désigné par elle.

Pour l'examen des questions relatives à l'application des tarifs pour soins et fournitures de médicaments et d'appareils dans les établissements publics hospitaliers, la commission s'adjoint, à titre consultatif, un conseiller technique désigné par elle.

§ 3. — Les dépenses qui pourront être nécessitées par le fonctionnement de la commission sont à la charge de l'office départemental.

ART. 58, § 1er. — La commission tripartite est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 7, paragraphe 5 de la loi. Les décisions prises par elles doivent être notifiées aux organismes, services ou administrations intéressés.

§ 2. — L'appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la commission tripartite dans les dix jours de la notification. Communication en est donnée dans les dix jours qui suivent aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans le délai d'un mois à dater de cette dernière communication. »

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

FAUTEUIL MÉCANIQUE — Marque DUPONT *Etat neuf.* — A VENDRE.
S'adresser à M. DARET, rue de Paris, 99, Colombes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris
vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes ***sédatifs et névrosthéniques*** **de la**
VALÉRIANE officinale.

R. C., 88.031, Seine.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude** -:- **PARIS**

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)

C. R., 44.342, Seine.

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — **6, Rue Abel, PARIS.** — Le flacon, en France,

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { *Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.* / *Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.* }
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - **AUBRIOT**, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL** 125, r. de Turenne — PARIS — R C 157 143, Seine.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Mouchet, Cathala, Levent, Rudaux, Metzger, Demelin, Michel.

Concours de l'assistance médicale. — Le jury est définitivement composé de MM. Doucet, Morin (Paul), Guérin (A.), Besson (J.-B.), Papillon.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Répartition des chefs de service et des internes, du 10 mai 1929 au 30 avril 1930 :

Asile clinique (Sainte-Anne). — 1. Médecin : M. le professeur Claude; chefs de clinique : MM. Meignant, Morlaas, Mâle, Schiff; internes : MM. Garand, Le Guillant, Yasmadjian Haig.

2. Médecin : M. Sérieux; internes : MM. Eliaschef, Masquin.

3. Médecin : M. Trénel; internes : MM. Dufet, Taquet.

4. Médecin : M. Leroy; internes : MM. Migault, Pouffary.

5. Médecin : M. Truelle; internes : MM. Magnand, Pottier.

6. *Admission.* — Médecin : M. Marie; internes : MM. Miquel, Ey.

7. Chirurgien : M. Mauclaire; interne : M. Picard.

Hôpital Henri Roussel. — 1. Médecin : M. Toulouse; internes : MM. Lacan, Courtois, Dublineau, Pichard, Thomas, Trelles.

Clinique neuro-psychiatrique infantile. — 1. Médecin : M. Heuyer; chef de clinique : Mlle Serin.

Asile de Vaucluse. — Médecin : M. Courbon; interne M. Menger.

2. Médecin : M. Gentil-Perrin; interne : M. Szumlanski.

3. *Colonie de Vaucluse.* — Médecin : M. Simon; interne : M. Conso.

Asile de Ville-Evrard. — 1. Médecin : M. Mignot; internes : Mme Francès; M. Couderc.

2. Médecin : M. Rodiet; internes : MM. Simon, Humbert.

3. *Maison spéciale de santé.* — Médecin : M. Petit; internes : Mlle Martrille, M. Dillart.

Asile de Villejuif. — 1. Médecin : M. Rogues de Fursac; interne : M. Mareschal.

2. Médecin : M. Marchand; interne : M. Caron.

3. Médecin : M. Paul Guiraud; interne : Mlle Le Cannu.

4. Médecin : M. Ducosté; interne : M. Faïl.

5. Médecin : M. Abély; interne : M. Kyriaco.

Asile de Maison-Blanche. — 1. Médecin : Mlle Pascal; interne : Mlle Deschamps.

2. Médecin : M. Capgras; internes : M. Dupont, Mlle Maximovitch.

3. Médecin : M. Beaudouin; interne : M. Vié.

4. Médecin : M. Bonnet; interne : M. Sivadon.

Asile de Moisselles. — 1. Médecin : M. Demay; interne : M. Coulloudon; interne prov. : M. Roubinovitch.

Facultés de médecine. — Strasbourg. — Par décret en date du 5 avril 1929, M. Georges Weiss, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er octobre 1929 et cessera ses fonctions le 30 septembre 1929. (*J. O.*, 11 avril 1929.)

Écoles de médecine. — Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira, le jeudi 17 octobre 1929, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris. — Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

LE 80e ANNIVERSAIRE DE M. LE PROFESSEUR HUTINEL. — Le 15 avril, M. le professeur Hutinel est entré dans sa 81e année. Cet anniversaire coïncide, à quelques semaines près, avec le cinquantenaire de sa nomination de médecin des hôpitaux.

Nous sommes certains d'être l'interprète de ses anciens élèves en adressant nos respectueuses félicitations au Maître dont la laborieuse vieillesse, l'activité jamais ralentie et l'esprit alerte font l'admiration de tous.

CORPS DE SANTÉ COLONIAL. — Le *Journal officiel* du 11 avril publie une circulaire interministérielle relative au perfectionnement professionnel et technique des médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Corps de santé colonial.

L'enseignement complémentaire des médecins comprendra des stages à l'Institut Pasteur de Paris, à l'Ecole d'application de Marseille, dans les facultés de médecine, et éventuellement dans les hôpitaux et établissements scientifiques de France et de l'étranger.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu à Paris, au ministère du Travail et de l'Hygiène, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans Seine-et-Oise.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme de l'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture de Seine-et-Oise, 1re division, au plus tard le 1er mai 1929 et accompagnée des pièces suivantes :

1° Bulletin de naissance; 2° certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté; 3° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date; 4° copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine; 5° certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de services; 6° un exposé des titres, travaux et services; 7° un exemplaire de ses principales publications; 8° l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer exclusivement à ses fonctions.

Le traitement de début de l'inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise est fixé à 36.000 fr., auquel s'ajouteront, s'il y a lieu, les indemnités de charges de famille allouées par le département à ses fonctionnaires. Ce traitement est susceptible d'augmentations successives, jusqu'à la limite d'un maximum de 50.000 fr. par échelons de classe qui seront déterminés ultérieurement.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 1er mai 1929, dernier délai. (*J. O.*, 9 avril 1929.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auguste Mathieu (de Bains-les-Bains), Arthur Bruylants (de Bruxelles), Louis Guinon, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; Norbert Nuel, capitaine médecin de l'armée belge; J. J. Amand (de Xhoris, Belgique); M. Jacques Chevreau, étudiant en médecine à Tours, décédé à l'âge de 20 ans victime du devoir professionnel.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES CHEZ LA FEMME. — Un cours complémentaire sous la direction de M. le professeur agrégé Raymond Grégoire, aura lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, du 15 au 27 avril 1929.

I. CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Ces conférences auront lieu de 17 à 18 h., et seront faites par M. le professeur agrégé Grégoire, avec la collaboration de MM. les docteurs Claude Béclère, Nora et Pérard, anciens internes des hôpitaux.

Programme. — Lundi 15 avril : M. R. Grégoire. L'anesthésie en gynécologie : les soins pré et post-opératoires.

Mardi 16 avril : M. R. Grégoire. Les prolapsus génitaux et les déviations utérines : les procédés opératoires et leurs indications.

Mercredi 17 avril : M. Pérard. Les fistules urétro et vésico-vaginales, vésico-utérines : diagnostic; conduite à tenir dans les différentes formes; choix de la voie d'abord et du procédé; soins pré et post-opératoires.

Jeudi 18 avril : M. R. Grégoire. Les grossesses ectopiques : formes cliniques, diagnostic, conduite à tenir.

Vendredi 19 avril : M. Cl. Béclère. Les procédés radiologiques d'exploration en gynécologie (lipiodol) : technique, indications, résultats. Les interventions conservatrices sur les trompes et les ovaires : indications et résultats.

Samedi 20 avril : M. R. Grégoire. Les fibromes utérins : radiothérapie, curiethérapie ou chirurgie; l'intervention chirurgicale : les examens et les soins pré-opératoires; les interventions et leurs indications; les soins et accidents post-opératoires.

Lundi 22 avril : M. R. Grégoire. Les cancers de l'utérus : curiethérapie ou colpohystérectomie élargie; leurs indications. La colpohystérectomie par voie hypogastrique ou par voie périnéale; la ligature préalable de l'hypogastrique; le drainage; les examens et les soins pré et post-opératoires.

Mardi 23 avril : M. R. Grégoire. La chirurgie des tumeurs du sein.

Mercredi 24 avril : M. Nora. Les blessures récentes et les fistules de l'uretère : la conduite à tenir; les interventions et leurs résultats.

II. COURS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Ce cours commencera le mercredi 17 avril 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants à la même heure. Il sera fait par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux. (Pour le programme, consulter l'affiche spéciale.)

LEÇONS PRATIQUES D'ACTINOTHÉRAPIE CLINIQUE. — Des leçons du soir, accompagnées de démonstrations de technique thérapeutique, auront lieu à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, Paris (XVe), les jeudis, à 21 h.

Les premières leçons seront consacrées aux sujets suivants :

Jeudi 25 avril : docteur Saidman. Indications générales des rayons ultraviolets. Principes de la technique actinothérapique.

Jeudi 2 mai : docteur Jean Meyer. Traitement des staphylococcies cutanées (furoncles, anthrax, acnés, etc.).

Jeudi 16 mai : docteur Colanéri. Traitement des adénites tuberculeuses.

Jeudi 23 mai : docteur Lautman. Traitement du rachitisme.

Les autres leçons seront annoncées ultérieurement.

L'inscription est gratuite, prière de l'adresser par écrit au secrétariat de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, à Paris (XVe).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

FAUTEUIL MÉCANIQUE — Marque DUPONT. *Etat neuf.* — A VENDRE. S'adresser à M. DARET, rue de Paris, 99, Colombes.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ANGINE DE POITRINE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 c.c
chaque ampoule contenant 20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J. B. FIALIP, PH CIEN
27. RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arr)
Téléph : LITTRÉ 68-24

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE :
- Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
- Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goître, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

NARCOLEPSIE, CATAPLEXIE ET PYKNOLEPSIE

LEUR INTRICATION CHEZ UN MÊME SUJET

ÉTUDE CLINIQUE

Par MM. J. LHERMITTE et MAURICE NICOLAS.

Depuis le mémoire classique et justement célèbre de Gélineau paru ici-même, en 1880, les attaques de sommeil fugace ou prolongé ont pris rang en sémiologie nerveuse: et si aujourd'hui, ainsi que l'un de nous l'a fait ressortir (1), nous croyons de moins en moins à la réalité d'une narcolepsie essentielle ou idiopathique, il n'en demeure pas moins que le syndrome clinique édifié par Gélineau conserve toute son actualité, parce qu'il est dû à une observation minutieuse et pénétrante. Ce n'est pas à dire toutefois, que ce chapitre de la Pathologie du sommeil ne se soit pas enrichi durant ces dernières années. Les très nombreux travaux qu'a suscités l'encéphalite léthargique sont la preuve du contraire; mais il y a plus. Une analyse clinique attentive a mis en valeur certains phénomènes nerveux qui se rapprochent de l'attaque fugace de la narcolepsie, qui s'intriquent parfois avec celle-ci et dont la pathogénie demeure particulièrement troublante. C'est à l'étude de ces phénomènes morbides que nous voulons consacrer le présent travail en mettant en évidence les points fondamentaux de cette sémiologie nouvelle et en évoquant les problèmes étiologiques et pathogéniques que posent ces faits devant nous.

OBSERVATION. — La malade à laquelle nous faisons allusion est une jeune fille âgée de dix-sept ans, qui vient nous consulter, le 26 novembre 1924, pour des crises de narcolepsie. Son père qui l'amenait près de nous, nous fournit les résultats les plus complets sur son passé pathologique; celui-ci n'apparaît guère chargé. Ses parents sont bien portants, elle a cinq sœurs et deux frères également bien portants. Dans son enfance, nous relevons une scarlatine à l'âge de cinq ans et une grippe assez sérieuse, en 1918, qui l'alita pendant quinze jours. Au cours de cette grippe, la malade n'aurait pas présenté de sommeil particulièrement prolongé, mais seulement quelques légers troubles oculaires, avec diplopie. Les troubles furent si légers qu'il est impossible d'y voir la traduction d'une encéphalite grippale.

C'est à partir du mois d'octobre 1923 que la malade fut frappée de troubles singuliers qu'elle décrit ainsi : « Au cours de la journée, dit-elle, l'après-midi ou le matin, à l'occasion d'une lecture à voix basse et surtout à la suite de l'émotion qui accompagne le rire, je suis prise d'une angoisse précordiale, d'une fatigue considérable des bras et des jambes accompagnée de clignotements des paupières; mes yeux se ferment, je suis immobilisée par une force supérieure à moi. La crise dure deux à trois minutes. Pendant la crise ma conscience reste éveillée, je saisis ce qui se passe autour de moi. Parfois, il m'est arrivé de tomber anéantie, mais jamais je n'ai eu de phénomènes convulsifs. Pendant la crise, souvent, lorsque l'attaque me prend, ma tête mal soutenue s'incline sur la poitrine, jamais cependant je ne me suis blessée; j'ajoute encore qu'il m'est arrivé de tomber lourdement en arrière sur la tête et cela sans me blesser. Ces crises se produisent très fréquemment environ trente fois dans la journée. »

On le voit, il s'agit de crises particulières sur les caractères desquels nous reviendrons, mais qui se signalent par leur répétition et leur très courte durée.

Depuis le mois de mars 1924, apparurent progressivement d'autres attaques; celles-ci plus longues et caractérisées par un véritable sommeil. Ces crises de sommeil apparaissent presque toujours après le repas. La malade ressent, comme il est de règle, les symptômes physiques de l'endormissement forcé et, malgré sa résistance, doit se laisser aller au sommeil. Celui-ci immobilise la malade pendant une heure ou une heure et demie environ. Enfin, depuis également cette époque, cette jeune fille accuse des céphalées paroxystiques violentes à localisation frontale et ne s'accompagnant d'aucun signe caractéristique de vraie migraine. En dernier lieu, il faut signaler que, dans l'intervalle des grandes crises de sommeil, la malade présente une troisième variété de crises lesquelles ont fait leur apparition il y a deux mois à peu près. Ces dernières surviennent sans prodrome et se traduisent par l'impossibilité subite où se trouve la malade de faire aucun mouvement, malgré la conservation de son intelligence et de sa lucidité.

De même que les premières, ces attaques ont une durée extrêmement brève.

Malgré l'existence de cette triple série de phénomènes morbides, la malade conserve une activité sociale à peu près normale. Au point de vue objectif, nous sommes en présence d'une jeune fille bien développée, douée d'un embonpoint excessif. L'activité motrice est absolument normale, tout de même que les fonctions sensitives et sensorielles.

Malgré nos attentives recherches, nous n'avons pas pu retrouver un seul symptôme indiquant une perturbation des perceptions, même les plus fines, non plus qu'une modification dans la précision, de la vitesse des mouvements les plus délicats. Quant à la réflectivité, celle-ci non plus ne se montre pas sensiblement modifiée. Les réflexes tendineux sont présents, peut-être légèrement plus vifs du côté droit. Le réflexe de l'orteil s'effectue en flexion bilatérale et la manœuvre d'Oppenheim provoque également la flexion des orteils. Signalons, toutefois, que le signe de Piotrowsky est positif des deux côtés. L'écriture et la lecture s'effectuent très normalement. A ce propos, il est intéressant de remarquer que, si la lecture à voix basse déclanche des petites crises, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, la lecture mentale ne s'accompagne d'aucun phénomène pathologique.

L'examen oculaire pratiqué par notre collègue le docteur Bollack, n'a révélé aucune manifestation morbide du fond de l'œil ni de la motilité oculaire intrinsèque ou extrinsèque.

L'examen du sang qui fut fait par E. Peyre, montra une réaction de Wassermann subpositive et un taux d'urée atteignant 0g50.

La ponction lombaire donna issue à un liquide clair dont la tension atteignait 26 puis 19 après la soustraction de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et contenant 10 leucocytes par 50 millimètres cubes ainsi que 0g15 d'albumine La réaction de Wassermann était négative. Les urines étaient normales comme quantité et comme qualité.

L'examen des viscères demeura négatif. La tension artérielle s'élevait à 15-8 avec l'appareil de Pachon, avec un indice de 8.

Après la ponction lombaire qui fut pratiquée le 1er décembre 1924, la malade déclara souffrir violemment de la tête et de la région dorsale et cela, d'une manière paroxystique. Au moment des crises douloureuses, la patiente déclarait éprouver en même temps qu'une céphalée atroce, une sensation de chaleur, congestion suivant son expression, localisée à la face. Ces crises douloureuses durèrent trois jours.

Cette malade fut hospitalisée dans notre service de l'hôpital Paul Brousse pendant un mois, de manière à être étroitement

(1) J. LHERMITTE et A. TOURNAY. Le sommeil normal et pathologique. Rapport à la Réunion de la Société de neurologie. *Revue neurol.*, 1927, t. I, p. 1751.

surveillée. Nous pûmes constater ainsi personnellement les crises si spéciales que nous avons mentionnées plus haut. Tout d'abord, à maintes reprises, nous pûmes observer les attaques de narcolepsie survenant assez soudainement, généralement après le repas de midi, plongeant la patiente dans un sommeil profond, régulier, pendant un temps qui varia de un quart d'heure à trois quarts d'heure. La surveillante a, de son côté, constata la survenance de petites crises apparaissant d'une manière tout à fait soudaine et durant seulement quelques secondes. Voici, par exemple, comment se déroula une de ces crises. La jeune fille tenait une casserole à la main, brusquement elle s'affaissa comme pour faire une salutation profonde; à peine s'était-elle baissée que la crise était dissipée.

D'autres fois, sont survenues des attaques d'une autre origine. Celles-ci sont moins brutales d'apparition; à certaines sensations, à certains malaises, la malade sent qu'elle va entrer en crise. « Je ne me sens pas bien », dit-elle; elle s'assied, attend et médite sa crise. Parfois, elle est prise de sanglots et la tête s'incline, surtout du côté gauche, ainsi que le corps. Les traits sont distendus, la commissure labiale peut-être légèrement abaissée à gauche. La malade ne peut répondre quand on l'interpelle, tout en gardant entièrement la lucidité de sa conscience. La crise dure à peine une minute et aussitôt après la patiente peut se livrer à l'occupation qu'elle avait laissée.

Cependant, il faut ajouter qu'à la suite de certaines crises, survient une légère fatigue, mais, dans la règle, la patiente est formelle, la crise ne laisse après elle aucun brisement, aucune céphalée, ainsi qu'il en est dans la crise comitiale.

Pour être complet, nous devons ajouter encore que, dans des attaques du même genre, qui ont été constatées objectivement, on a pu noter la survenance de petits mouvements involontaires de la jambe et du bras droits et que, d'autre part, nous avons constaté une petite crise à la suite de laquelle la malade a été incapable de répéter exactement ce qu'on lui avait dit pendant cette attaque, bien qu'elle prétendit avoir parfaitement gardé le contrôle de ses actes et de sa conscience.

En raison de la posivité de la réaction de Wassermann dans le sang, nous avons cru devoir tenter l'application d'un traitement anti-spécifique, et la malade reçut en quatre jours, deux injections de novarsénobenzol de 0g15. Mais les parents de cette jeune fille ayant désiré la reprendre, le traitement ne fut pas poursuivi et nous la perdîmes complètement de vue. Celle-ci vint nous retrouver au mois de janvier 1929 pour nous remercier des soins que nous lui avions donnés et déclara que, depuis son séjour à l'hospice Paul Brousse, elle était absolument guérie de toutes les manifestations qu'elle avait présentées. Aussi bien les petites crises que les attaques de sommeil n'étaient plus jamais reparues. « Quelquefois, dit la malade, j'éprouve encore, après le repas de midi, une certaine fatigue et une légère tendance à m'endormir, mais il suffit que je résiste un peu pour que ce malaise se dissipe absolument.

* * *

On le voit, nous sommes ici en présence d'un cas particulièrement intéressant, puisque chez la jeune malade dont nous venons de rapporter l'histoire pathologique, s'accumulent, se groupent et s'intriquent trois ordres de phénomènes morbides : d'une part, des crises de narcolepsie typiques et, d'autre part, des petites attaques, les unes avec obnubilation légère de la conscience durant deux à trois minutes et les autres beaucoup plus courtes, caractérisées uniquement par la perte subite du tonus d'attitude.

Ainsi qu'on l'a vu, l'examen neurologique même poussé aussi loin qu'il est possible de le faire, n'a révélé chez cette jeune fille aucun indice d'altération organique du système nerveux. Il en fut de même d'ailleurs, de l'examen viscéral et particulièrement de celui des glandes endocrines qui demeura également négatif. Cette jeune fille a été réglée vers douze ans et depuis lors les fonctions menstruelles n'ont jamais été perturbées. A part un certain embonpoint nous n'avons donc aucun élément anormal à verser au passif de l'appareil endocrinien. Devons-nous rappeler enfin, que si le liquide céphalo-rachidien était de tout point normal, l'examen du sang révéla une réaction de Wassermann faiblement positive.

Nous devons donc nous demander dans quel cadre morbide viennent s'insérer les attaques diverses dont notre malade fut le sujet. Pour ce qui est des crises de sommeil survenant durant l'après-midi et se poursuivant pendant trois quarts d'heure environ, il n'est pas douteux que nous sommes ici en présence d'attaques narcoleptiques des mieux caractérisées, aussi ne nous appesantirons-nous pas sur ce point. Il n'en va pas de même pour ce qui est des deux autres variétés de crises qui, l'une comme l'autre, sont caractérisées par leur soudaineté et leur brève durée.

Les premières, avons-nous vu, se traduisent par une perte du tonus d'attitude; lorsque la malade est debout elle s'effondre, si elle est assise sa tête brusquement s'incline sur la poitrine et le tronc se plie en avant. Pendant quelques secondes la malade est dans l'incapacité de faire un mouvement tout en conservant sa lucidité et l'activité de sa conscience.

Les caractères que nous venons de rappeler sont assez spécifiques pour éliminer toute contreverse et nous permettre à eux seuls d'appliquer ici le terme de cataplexie.

I

Les attaques cataplectiques. — Dans son mémoire célèbre sur le sommeil morbide, Gelineau avait désigné sous le nom de chute ou astasie, un phénomène généralement lié à un choc émotif et caractérisé par l'effondrement subite du tonus statique associé à une obnubilation plus ou moins profonde de la conscience.

Depuis Gelineau, de très nombreux travaux ont permis de préciser la nature et l'expression clinique de ce phénomène si curieux et caractérisé, répétons-le, par la perte, la dissolution ou l'inhibition subite du tonus d'attitude. Que l'on retienne selon son goût le terme d'astasie de Gélineau, d'inhibition cataplectique de Henneberg, de perte soudaine du tonus, d'inhibition affective du tonus de Redlich, ou encore de blocage du tonus de Stern, ce qui demeure à travers toutes ces descriptions, c'est la réalité d'une manifestation saisissante à la fois par sa brutalité et par ses caractères intrinsèques. C'est brusquement, à la suite d'une vibration émotive, agréable ou pénible, ou à la suite d'une circonstance, toujours la même et en apparence dépourvue de réaction affective, telle que la lecture à voix basse chez notre malade, que subitement le patient s'il est debout s'écroule littéralement, ou s'il est assis s'incline fortement en avant ainsi qu'on

le voit chez l'individu saisi par le sommeil pendant la station assise.

Parfois, cette suppression brusque du tonus d'attitude se limite à certaines parties du corps ou même, à certains segments de membre. C'est ainsi que l'inhibition tonique peut s'exprimer exclusivement par la chute d'un bras, la flexion de la tête, l'ouverture de la mâchoire, parfois même, et ces cas sont des plus curieux, tout se borne au relâchement du sphincter vésical comme on le voit à la suite du rire paroxystique.

La cataplexie est un état très passager et, en général, ne dure que quelques secondes ou, au plus, quelques minutes. Dans la règle, le malade frappé voit et entend ce qui se passe autour de lui et conserve un souvenir précis de l'attaque dont il a été atteint. Nous devons ajouter qu'à cette inhibition complète et brusque du tonus d'attitude peuvent se joindre, dans certains cas, des contractions musculaires involontaires qui se traduisent par un tremblement ainsi que le signalait Westphal; des mouvements de la tête, une déformation des traits du visage, des crampes des muscles faciaux ainsi que l'a remarqué Fischer, ou encore par la protrusion de la langue.

Le phénomène si curieux de l'inhibition tonique caractéristique de la cataplexie est resté, on peut le dire, dans l'ombre de la neurologie pendant de longues années et c'est seulement depuis les recherches de Redlich, de Henneberg, d'Adie, de K. Wilson que la cataplexie a attiré l'attention des médecins.

On le sait depuis longtemps, puisque Gélineau le premier en a fait la remarque, la crise de sommeil, l'attaque narcoleptique est souvent déclanchée par une émotion agréable ou pénible, mais l'influence d'une modification brusque du tonus affectif est beaucoup plus reconnaissable à l'origine de la crise, cataplectique. Ainsi qu'en font foi de très nombreuses observations, c'est généralement à la suite d'une émotion que se produit la dissolution du tonus d'attitude. Chez notre malade il en fut bien ainsi, puisque c'était, le plus souvent, à la suite du rire que survenait l'inhibition tonique spécifique de la cataplexie. Mais, il y a plus, et récemment Strauss a signalé un fait des plus dignes d'intérêt. Chez un malade présentant des crises de cataplexie typique, la crise pouvait être déclanchée par une excitation du système sympathique provoquée par l'horripilation cutanée. Le malade éprouvait, immédiatement après, une sensation de froid, puis s'effondrait par dissolution du tonus d'attitude.

La participation du sympathique est encore attestée par une très belle observation de Mankowski. Elle a trait à un parkinsonien narcoleptique sujet à des crises de cataplexie; lorsque celles-ci surviennent la mâchoire inférieure s'affaisse, les paupières se closent, les jambes fléchissent et le sujet roule à terre. En même temps que ces deux phénomènes se développent, apparaissent la pâleur de la face, l'hypersudation et des perturbations du pouls.

Dans son rapport sur le sommeil normal et pathologique, l'un de nous avec Tournay regrettait, ainsi qu'Adie, qu'aucun malade n'ait pu être examiné pendant l'accès cataplectique. Depuis lors, cette lacune a été comblée grâce à une observation des plus suggestive que nous devons à Kinnier Wilson et Macdonald Critchley. Celle-ci à trait à un homme âgé de trente-six ans, sujet pendant le jour à de très nombreuses attaques de narcolepsie intriquées avec des crises non moins cataractéristiques de cataplexie, déterminées en général par une vibration émotive. En dehors des crises, l'examen du système nerveux ne permit de déceler aucune anomalie. Un jour que Kinnier Wilson était occupé dans son cabinet avec un autre malade et que le patient auquel nous faisons allusion était assis derrière lui essayant d'échapper par un effort de volonté à une crise de sommeil, soudainement on entendit comme un léger grognement, la tête du patient s'inclina sur la poitrine; le tronc se fléchit en avant et, un moment après, le malade roula de sa chaise sur le sol; les bras étendus reposaient de chaque côté du tronc en demi-flexion, les paupières étaient closes. Explorant alors la tonicité musculaire, Wilson constata que les membres pouvaient être déplacés sans aucune résistance. Absolument flasques et atones, les bras retombaient lourdement comme une pièce de plomb sur le sol, si on les soulevait. Il en était de même des membres inférieurs. Venait-on à écarter les paupières, on constatait que les pupilles réagissaient légèrement mais nettement à la lumière tandis que l'orbiculaire ne répondait pas aux excitations cornéennes.

Examinant ensuite les réflexes patellaires, Wilson releva leur abolition complète des deux côtés. En même temps que cette recherche était faite Critchley rapidement débarrassait le patient de sa chaussure du côté gauche, et excitant la plante du pied obtenait une réponse en extension franche. Le signe de Babinski était donc positif. Lorsque la crise fut terminée le malade déclara spontanément. « Je vais bien » de sa voix ordinaire avec un léger sourire. Il ajouta que, pendant toute la durée de l'attaque, sa conscience était restée parfaitement claire.

La durée de la crise avait été de soixante à quatre-vingt-dix secondes. Deux minutes après le retour du tonus, Wilson examina les réflexes patellaires; ceux-ci étaient redevenus normaux et même un peu vifs.

Cataplexie du réveil. — A côté de ces crises de cataplexie qui surviennent au cours de la journée, il est une autre variété d'inhibition subite du tonus d'attitude qui se réalise exclusivement peu d'instants avant le réveil.

Avec Yves Dupont, J. Lhermitte a étudié cette variété de cataplexie en se basant sur deux cas. Chez les deux malades observés, on ne retrouvait aucun symptôme de nature organique. L'attaque cataplectique survient, avons-nous dit, peu d'instants avant le réveil, précédée quelquefois d'une sensation de chute, de tourbillon ou de bourdonnement. Le malade veut se remuer, se dresser, appeler à l'aide, mais le moindre mouvement, le déplacement d'un membre, l'ouverture des mâchoires, l'émission d'un son, tout cela est absolument impossible. Le corps est étendu dans une attitude immuable; cet état, qui s'accompagne parfois d'une anxiété très vive, dure

environ une demi-minute, quelquefois moins, et se dissipe lorsque, enfin, le malade peut ouvrir les yeux.

Chez un sujet, les crises de cataplexie se succédaient, séparées par des intervalles très courts, et, jusqu'au véritable réveil, le patient a pu compter jusqu'à quatre crises.

Par l'anxiété et même l'angoisse dont cette variété de cataplexie s'accompagne, le sujet en redoute l'imminence et, très souvent, avant de s'endormir, est préoccupé de la survenance possible de la crise anxieuse cataplectique du réveil; aussi est-il assez fréquent que l'anxiété de la cataplexie trouve un écho affaibli à la phase de l'endormissement.

Plus récemment, Kinnier Wilson a fait allusion à la même forme de cataplexie et en a observé lui-même quelques exemples.

Ainsi que le remarque le neurologiste anglais, le cataplectique est engagé dans une lutte ardente en vue de l'exécution d'un mouvement. S'il pouvait seulement pendant un moment réaliser un changement d'attitude, il semble que le charme serait immédiatement rompu et que le sujet retrouverait son activité motrice.

Il est probable aussi que l'état d'inhibition matutinale est un des éléments du vaste groupe étudié autrefois par Weir-Mitchell sous le terme de paralysie ou de parésie de la nuit. Cette variété de cataplexie qui, très probablement, est fréquente, ne peut être tenue pour un symptôme pathologique; elle est simplement en marge de la physiologie. Toutefois, si nous en jugeons par nos observations personnelles, les malades qui en sont atteints possèdent tous les traits caractéristiques de ce que, avec Dupré, on peut appeler la « constitution émotive ».

II

Les attaques pyknoleptiques. — Ainsi qu'on l'a vu plus haut, à côté des crises de narcolepsie et des attaques de cataplexie, notre malade présenta d'autres manifestations à caractère paroxystique, dont la particularité clinique tient surtout dans leur répétition et leur brièveté.

Notre malade, on s'en souvient, présentait chaque jour un grand nombre, jusqu'à 30, de ces accès. Durant ces attaques, la malade s'affaissait incomplètement, la tête s'inclinait sur la poitrine et quelquefois les membres d'un côté, particulièrement du côté droit, étaient agités de quelques mouvements convulsifs. Bien que le malade déclarât que sa lucidité restait intacte, durant l'accès, nous avons pu constater objectivement qu'il n'en était pas tout à fait ainsi et qu'au moins, au cours de certains accès, la malade prononçait quelques paroles incompréhensibles et surtout était incapable de se rappeler les paroles qu'on avait prononcées devant elle.

Il s'agit donc ici d'une manifestation très différente, d'une part de la narcolepsie et très distincte, d'autre part, de la cataplexie, puisque, au cours de l'inhibition tonique cataplectique, la conscience et la mémoire sont intégralement conservées.

En réalité, nous sommes en face, à n'en pas douter, du syndrome que Friedmann décrivait en 1906 sous le nom de « courts accès narcoleptiques », et que, depuis le travail de Mme Sauer, on recouvre du terme de « pyknolepsie ». Cette dénomination a l'avantage de mettre l'accent sur la caractéristique des accès : leur densité. Ainsi que le remarquait tout récemment dans un article très intéressant, M. Moreau (de Liége), la pyknolepsie n'a pas fait l'objet de nombreux travaux en langue française, tandis qu'au contraire ce syndrome a attiré l'attention d'un grand nombre de médecins en langue allemande; c'est pourquoi on nous permettra d'insister un peu sur cette singulière affection, dont la nature exacte n'est pas sans recéler certain mystère.

La pyknolepsie, dit Friedmann, se caractérise par des crises pendant lesquelles la faculté de penser, de parler, de se mouvoir est suspendue. En général, la conscience est conservée. Souvent on observe la révulsion des globes oculaires, un battement des paupières, tandis que les bras et les jambes s'affaissent. Ces accès qui se produisent inopinément, se répètent un grand nombre de fois par jour ; ils n'altèrent pas la santé et ne compromettent pas le développement intellectuel.

Fait curieux, cette affection se poursuit pendant plusieurs années, puis disparaît sans laisser de trace.

Presqu'en même temps que Friedmann, Heilbronner étudiait également ces courts accès de perte de conscience et les attribuait à de l'hystérie.

En 1915, après avoir suivi un assez grand nombre de malades, Friedmann modifiait sa conception primitive et concluait à l'existence de différents types étiologiques de la pyknolepsie, en admettant la réalité d'accès très voisins de la narcolepsie d'une part et d'accès de nature comitiale, spasmophilique et même hystérique, d'autre part.

Depuis lors, en Allemagne, le débat s'est poursuivi en se circonscrivant surtout autour du grand problème de la nature essentielle ou épileptique de la pyknolepsie. Selon certains neurologistes, tels que Bolten, Redlich, Rosenthal, les accès pyknoleptiques ressortissent à l'épilepsie, selon d'autres, au contraire, tels que Lindenblatt, Pohlisch, Mme Sauer, la pyknolepsie doit être tenue pour une affection particulière et certainement indépendante de l'épilepsie.

Ainsi que le fait très justement remarquer dans son travail M. Moreau, la solution du problème étiologique et pathogénique que pose la pyknolepsie ne peut être donnée aujourd'hui. On sait, en effet, combien l'épilepsie peut être variée dans ses manifestations et est loin d'entraîner toujours, ainsi qu'on le croyait autrefois, l'abolition de la conscience et de la conservation du souvenir.

Evidemment, l'accès pyknoleptique de Friedmann ne s'accompagne pas de mouvements involontaires, de phénomènes convulsifs, mais à cette règle il faut ajouter qu'il y a bien des exceptions. Notre malade a présenté, on l'a vu, des mouvements discrets, mais nets, du côté droit; cet exemple n'est pas isolé. Elgelhard, Schroeder, Lindelblatt ont signalé l'existence de phénomènes du même ordre au cours des accès pyknoleptiques.

En réalité, trois caractères nous paraissent à retenir qui marquent que l'accès pyknoleptique constitue vraiment une variété spéciale de crises nerveuses. La survenance des premiers accès, à un âge

précoce, de quatre à dix ans, le pronostic favorable de l'affection, l'inefficacité absolue de la médication bromurée; il faut joindre à ceci l'absence de perturbations que l'on peut attribuer, en toute certitude, au mal comitial.

Il nous paraît intéressant d'ajouter encore l'intrication possible des accès pyknoleptiques avec la narcolepsie type essentiel ou idiopathique.

Sans doute, l'observation que nous venons de rapporter ne tranche pas le problème pathogénique de la pyknolepsie, mais par l'exemple qu'elle offre de l'association d'accès pyknoleptiques avec des attaques de narcolepsie et de cataplexie, elle montre les relations certaines qui unissent ces trois états.

Qu'il y ait ici plus qu'une coïncidence, plus qu'une coexistence d'états dissemblables, on ne saurait, croyons-nous, en douter. En effet, outre qu'il est toujours dangereux d'expliquer la survenance de plusieurs manifestations morbides chez un même sujet, par plusieurs causes pathogènes, il serait tout à fait étrange que ces trois manifestations aient disparu complètement dans le même moment si elles eussent été d'origine et de pathogénie différentes. C'est pourquoi nous inclinons à penser que, si tous les accès pyknoleptiques, et peut-être même cataplectiques, ne reconnaissent pas la même étiologie, il est des accès qui sont en rapport avec la maladie de Gélineau, la narcolepsie idiopathique, dont elles ne sont, au vrai, que des équivalents.

* * *

Quoi qu'il en soit d'ailleurs du problème pathogénique que nous n'avons fait qu'aborder incidemment il n'en reste pas moins, et c'est la raison du présent travail, que non seulement l'accès narcoleptique peut s'associer avec des attaques cataplectiques fréquentes, mais encore qu'un troisième élément est capable de se superposer aux deux précédents : l'accès pyknoleptique.

Légère, superficielle, passant facilement inaperçue, non seulement de l'entourage mais des malades qu'elle n'incommode guère, l'attaque pyknoleptique doit être, croyons-nous, recherchée attentivement dans les cas où la narcolepsie ne fait pas sa preuve étiologique et semble être véritablement essentielle.

La malade dont nous avons rapporté l'histoire a vu disparaître complètement, et en apparence définitivement, puisque depuis trois ans aucun accident nouveau n'est survenu, ses symptômes narcoleptiques, cataplectiques et pyknoleptiques à la suite d'une ponction lombaire, laquelle avait montré, d'ailleurs, un liquide absolument normal.

Devons-nous attribuer une influence thérapeutique heureuse à la rachicentèse dans le cas présent?

Sans prétendre à résoudre cette question, celle-ci devait être posée et ceci pour deux raisons : la première, c'est que dans l'ignorance où nous sommes du mécanisme qui régit le déclanchement des accès narcoleptiques ou ses équivalents, nous devons prendre garde aux moindres modifications qui ont été introduites dans l'équilibre du système nerveux.

La seconde c'est que Lhermitte avec Alice Roques a eu l'occasion récemment de relever l'influence heureuse de la rachicentèse chez une jeune fille atteinte de narcolepsie idiopathique.

Cette malade atteinte de crises narcoleptiques profondes et quotidiennes, lui interdisant de continuer ses occupations professionnelles, est transformée depuis la rachicintèse.

Nous l'avons revue il y a quelques jours, c'est-à-dire plus d'un mois après la date de la ponction lombaire et elle nous dit combien sa vie était maintenant transformée.

Dans ce dernier cas, il n'y a pas à douter de la réalité de l'influence de la soustraction du liquide céphalo-rachidien sur la narcolepsie car, soignée depuis longtemps et par les méthodes thérapeutiques les plus diverses, l'affection avait montré une résistance opiniâtre.

Cette amélioration se maintiendra-t-elle? L'avenir nous le dira?

BIBLIOGRAPHIE

ADIE (W. J.). Idiopathic Narcolepsy a Disease sui generis, *Brain*, 1926, t. XLIX, p. 257.

BOLTEN. Die Pathogenese der gehäuften kleinen Anfalle, *Monatsch. f. Ps. u. Neur.*, 1916, vol. XXXIX, p. 134.

ENGELHARD. Zur Frage der gehäuften kleinen Anfalle, *Monatsch. f. Ps. u. Neur.*, 1914, vol. XXXVI, p. 113 et 205; — Gehäufte kleine Anfälle bei Kindern, *Psychol. u. Neurol. bladen*, 1914, vol. XVIII, p 197.

FRIEDMANN. Ueber die nicht-epileptischen Absencen der kurzen narcoleptischen Anfälle, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1905, vol. XXX, p. 462; — Zur Auffassung der gehäuften kleinen Anfälle, *Monatsch. f. Ps. u. Neur.*, 1915, p. 76, vol. XXXVIII; — Zur Kenntnis der nichtepileptischen Absencen im Kindesalter, *Zeit. f. d. des. N. u. P.*, 1912, vol. IX.

GÉLINEAU. De la narcolepsie, *Gaz. des hôpit.*, 1880, n° 79, p. 626, et n° 80, p. 635.

HENNEBERG. Ueber genuine Narkolepsie, *Neurol. Centralbl.*, 1916, t. XXXV, p. 282.

LINDENBLATT. Ueber gehäufte kleine Anfälle (Pyknolepsie), *Arch. f. Ps. u. Neur.*, 1925, vol. LXXIV, p. 108.

LHERMITTE (J.) et TOURNAY. Le sommeil normal et pathologique, Rapport à la Réunion annuelle de la Soc. de neurol., 1927, *Revue neurol.*, t. I, p. 751.

LHERMITTE (J.) et DUPONT (Yves). Sur la cataplexie et plus spécialement sur la cataplexie du réveil, *Encéphale*, 1928, p. 424.

LHERMITTE (J.) et ROQUES (Alice). L'influence de la ponction lombaire dans la narcolepsie en apparence idiopathique, *Revue neurol.*, 1929, n° 1, p. 93.

MOREAU. Considérations relatives à la pyknolepsie, *Journ. de neur. et de psych.*, Belgique, nov. 1928, p. 772.

MANKOWSKI. Zur Pathogenese Kataplegischer Anfälle bei Narcolepsie, *Monatsch. f. Ps. u. Neur.*, 1926, Bd LXI, h. 6, p. 346.

REDLICH. Zur Narkolepsiefrage, *Monatsch. f. Ps. u. Neur.*, 1915, vol. XXXVII, p. 85; — Ein weiterer Beitrag zur Narkolepsiefrage, *Jahrb. f. Psych. u. Neur.*, 1917, p. 18, vol. XXXVII; — Ueber Narkolepsie, *Zeit. f. Neur. psych.*, 1925, vol. XCV, p. 256.

ROSENTHAL. Zur Frage des gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter, *Arch. f. Ps. u. Nerv.*, 1926, vol. LXXVII, p. 672; — Die pyknoleptische Anfallstypus, *Arch. f. Ps. u. Nerv.*, 1928, vol. LXXXIV, p. 511.

SAUER. Ueber gehäufte kleine Anfälle bei Kindern (Pyknolepsie), *Monatsch. f. Ps. u. Nerv.*, 1917, vol. XL, p. 27.

SCHRÖDER. Die Bedeutung kleiner Anfällen bei Kindern und Jugendlichen, *Med. Klin.*, 1917, vol. XVII, p. 467.

STRAUSS. Zur Kasuistik und Auffassung der Narcolepsie, *Monatsch. f. Ps. u. Neur.*, 1926, Bd LXI, h. 6, p. 265.

WEIR-MITCHELL. Some Disorders of Sleep, *Clinical Lessons on Nervous diseases u. Psych.*, 1897, vol. LVIII.

WILSON KINNIER. The Narcolepsie, *Brain*, march 1928.

DOCUMENTS OFFICIELS

RÈGLEMENT DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Vu la loi du 27 février 1880;
Vu l'avis du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public;
Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,
Arrête :

TITRE Ier

Section de l'agrégation.

ART. 1er. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie se subdivise en sections, savoir : 1° anatomie; 2° histologie; 3° bactériologie; 4° histoire naturelle médicale et parasitologie; 5° physiologie; 6° chimie médicale; 7° physique médicale ; 8° pharmacologie et matière médicale; 9° pathologie expérimentale; 10° médecine générale; 11° anatomie pathologique; 12° hygiène; 13° médecine légale; 14° neurologie et psychiatrie; 15° dermatologie et syphiligraphie; 16° chirurgie générale; 17° ophtalmologie; 18° oto-rhino-laryngologie; 19° urologie; 20° obstétrique; 21° histoire naturelle pharmaceutique; 22° pharmacie; 23° chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

TITRE II

Ouverture des concours. — Conditions d'inscription.

ART. 2. — Les épreuves qui conduisent à la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes : 1° concours du premier degré; 2° concours du second degré.

Ces deux séries d'épreuves sont subies devant deux jurys distincts.

ART. 3. — L'arrêté d'ouverture des épreuves du concours du premier degré fixe le nombre des candidats qui, pour l'ensemble des facultés, peuvent être déclarés admis dans chaque catégorie.

Le nombre d'emplois d'agrégés mis au concours du second degré pour chaque section est arrêté par le ministre, d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat, sur la proposition des facultés, et après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public (commission des sciences médicales et de la pharmacie).

ART. 4. — Les concours du premier et du second degré ont lieu aux dates fixées par le ministre; ils sont annoncés par un avis inséré au *Journal officiel*, six mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Les concours du second degré ont lieu tous les trois ans. Ils sont limités aux sections pour lesquelles il est prévu des vacances. Les concours du premier degré ont lieu chacune des deux autres années.

ART. 5. — Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne, lorsqu'il s'agit du concours du premier degré, la catégorie ou les catégories pour lesquelles il s'inscrit; lorsqu'il s'agit du concours du second degré, la section ou les sections et, s'il y a lieu, la faculté ou les facultés pour lesquelles il se présente.

ART. 6. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves des concours du premier degré s'il n'est Français ou naturalisé Français, s'il ne jouit de ses droits civils et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Toutefois, pour la division de pharmacie, catégorie L : histoire naturelle pharmaceutique; catégorie M : pharmacie; catégorie N : chimie générale pharmaceutique et toxicologie, les candidats doivent justifier, soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur ès sciences.

ART. 7. — Pour prendre part aux épreuves du concours du second degré, il faut avoir été admis à un des concours du premier degré, dans les conditions prévues par l'article 16 ci-après.

ART. 8. — Les candidats aux épreuves du second degré fournissent la justification officielle de leurs titres et de leurs services, donnent l'indication de leurs travaux et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

ART. 9. — La liste des candidats admis à prendre part à chaque concours du premier et du second degré est arrêtée par le ministre, après avis de la faculté et du recteur de l'académie de leur résidence.

TITRE III

Concours du premier degré.

ART. 10. — Les épreuves du concours du premier degré consistent en deux compositions écrites.

ART. 11. — Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

1re DIVISION. — *Biologie.*

Catégorie A. — Anatomie : une composition sur une question d'anatomie macroscopique et une composition sur une question d'histologie et d'organogénèse.

Catégorie B. — Histologie : une composition sur une question d'histologie et une composition sur une question d'embryologie générale.

Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie : une composition sur une question d'histoire naturelle médicale et une composition sur une question de parasitologie.

Catégorie D. — Bactériologie : une composition sur une question de pathologie infectieuse ou épidémiologie et une composition sur une question de microbiologie.

Catégorie E. — Anatomie pathologique : une composition de pathologie générale et une composition d'anatomie pathologique générale ou spéciale.

Catégorie F. — Physiologie : deux compositions sur la physiologie.

Catégorie G. — Chimie : une composition sur une question de chimie générale et une composition sur une question de chimie médicale.

Catégorie H. — Physique : une composition sur une question de physique générale et une composition sur une question de physique médicale.

2e DIVISION. — *Médecine générale.*

Catégorie I. — Médecine générale : une composition sur la pathologie générale et une composition sur la pathologie médicale.

3e DIVISION. — *Chirurgie et obstétrique.*

Catégorie J. — Chirurgie : une composition sur la pathologie chirurgicale générale et une composition sur la pathologie chirurgicale.

Catégorie K. — Obstétrique : deux compositions sur l obstétrique.

4e DIVISION. — *Pharmacie.*

Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique : une composition sur une question d'histoire naturelle et une composition sur une question de matière médicale.

Catégorie M. — Pharmacie : une composition sur une ques-

tion de pharmacie chimique et une composition sur une question de pharmacie galénique.

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie : une composition de chimie générale avec application à la pharmacie et une composition de toxicologie.

ART. 12. — Pour chaque composition, les questions à traiter sont tirées au sort parmi trois sujets proposés par le jury de chaque catégorie. Il est procédé à ce tirage au sort par une commission de trois membres désignés par le ministre et comprenant un représentant du ministre, le doyen de la Faculté de médecine de Paris ou, à défaut, un professeur de cette Faculté, et un professeur ou agrégé des facultés des départements.

ART. 13. — Les compositions ont lieu au siège de chaque faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de quatre heures. Elle a lieu dans une salle fermée. Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, ni d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Toute communication est interdite. La surveillance est organisée et contrôlée par le recteur. Les copies doivent être anonymes.

ART. 14. — Toutes les copies sont corrigées successivement par chaque juge et notées de 0 à 20. Les notes définitives sont données par délibération du jury.

ART. 15. — Nul candidat ne peut être déclaré admis s'il n'a obtenu pour l'ensemble des compositions écrites un total de points au moins égal à 30.

Le nombre des candidats admis ne peut être supérieur au nombre prévu par l'arrêté d'ouverture du concours. Il peut être inférieur si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Les notes des candidats admis sont rendues publiques.

Il n'est délivré ni diplôme, ni certificat constatant l'admission à la suite des épreuves du concours du premier degré.

ART. 16. — Les épreuves du concours du premier degré donnent accès aux épreuves du concours du second degré, suivant le tableau ci-après :

CATÉGORIE A. — *Anatomie.*

A la section 1. Anatomie (1).

CATÉGORIE B. — *Histologie.*

Aux sections 2. Histologie et 11. Anatomie pathologique.

CATÉGORIE C. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.*

Aux sections 3. Bactériologie; 4. Histoire naturelle médicale et parasitologie et 12. Hygiène.

CATÉGORIE D. — *Bactériologie.*

Aux sections 3. Bactériologie; 9. Pathologie expérimentale et 12. Hygiène.

CATÉGORIE E. — *Anatomie pathologique.*

A la section 11. Anatomie pathologique.

CATÉGORIE F. — *Physiologie.*

Aux sections 5. Physiologie; 8. Pharmacologie et matière médicale et 9. Pathologie expérimentale.

CATÉGORIE G. — *Chimie.*

Aux sections 5. Physiologie; 6. Chimie médicale; 8. Pharmacologie et matière médicale et 22. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

CATÉGORIE H. — *Physique.*

Aux sections 5. Physiologie et 7. Physique médicale.

(1) Les candidats reçus avant 1927 à la première épreuve de l'examen d'agrégation, 1re division, catégorie A (anatomie), auront exceptionnellement accès, dans les deux prochains concours, aux épreuves du concours du second degré, section 11 (anatomie pathologique).

CATÉGORIE I. — *Médecine générale.*

Aux sections 3. Bactériologie; 9. Pathologie expérimentale; 10. Médecine générale; 11. Anatomie pathologique; 12. Hygiène; 13. Médecine légale; 14. Neurologie et psychiatrie; 15. Dermatologie et syphiligraphie; 17. Ophtalmologie et 18. Oto-rhino-laryngologie.

CATÉGORIE J. — *Chirurgie.*

Aux sections 16. Chirurgie générale; 17. Ophtalmologie; 18. Oto-rhino-laryngologie et 19. Urologie.

CATÉGORIE K. — *Obstétrique.*

A la section 20. Obstétrique.

CATÉGORIE L. — *Histoire naturelle pharmaceutique.*

Aux sections 8. Pharmacologie et matière médicale et 21. Histoire naturelle pharmaceutique.

CATÉGORIE M. — *Pharmacie.*

Aux sections 8. Pharmacologie et matière médicale : 62. Pharmacie et 23. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

CATÉGORIE N. — *Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.*

Aux sections 23. Pharmacie et 23. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

ART. 17. — Les candidats admis ne peuvent se présenter qu'aux concours de trois sessions du second degré.

TITRE IV

Concours du second degré.

ART. 18. — Les épreuves du concours du second degré ont lieu à Paris; elles comprennent :

1° Une épreuve de titres consistant en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels; la durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure;

2° Une leçon orale de trois quarts d'heure faite après vingt-quatre heures de préparation libre sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat concourt;

3° *a.* Dans les sections suivantes une épreuve pratique suivie d'une leçon : 1° Anatomie; 2° Histologie; 3° Bactériologie; 4° Histoire naturelle médicale et parasitologie; 5° Physiologie; 6° Chimie médicale; 7° Physique médicale; 8° Pharmacologie et matière médicale; 9° Pathologie expérimentale; 11° Anatomie pathologique; 12° Hygiène; 13° Médecine légale; 21° Histoire naturelle pharmaceutique; 22° Pharmacie; 23° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie;

b. Dans les sections ci-après, une épreuve clinique également suivie d'une leçon : 10° Médecine; 14° Neurologie et psichiatrie; 15° Dermatologie et syphiligraphie; 16° Chirurgie générale; 17° Ophtalmologie; 18° Oto-rhino-laryngologie; 19° Urologie; 20° Obstétrique.

Les conditions de préparation et de durée de ces épreuves sont déterminées par chaque jury.

ART. 19. — Dès la première séance, et même si le jury n'est pas constitué définitivement, le président fait un appel de tous les candidats. Chaque candidat écrit lui-même sur un registre son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt après par le président.

Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette séance est exclu du concours.

ART. 20. — Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués et dans l'ordre déterminé par le tirage au sort. Aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

ART. 21. — Chacune des épreuves est notée par le jury de 0 à 20, après délibération consignée au procès-verbal.

A la fin de chaque série d'épreuves les notes attribuées aux candidats sont publiées par voie d'affiche.

ART. 22. — L'établissement des listes d'admissibilité et d'admission prévues ci-après a lieu par la voie du scrutin secret. Il est ouvert un scrutin pour chaque candidat à inscrire sur ces listes.

Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour où la majorité relative suffit. Dans ce dernier scrutin, la voix du président, en cas de partage, est prépondérante.

ART. 23. — Si le nombre des candidats est suffisant, il est établi, après la leçon orale, d'après les notes des deux premières épreuves, une liste d'admissibilité qui doit comprendre un nombre d'admissibles égal au double du nombre des emplois mis au concours.

ART. 24. — A la fin des épreuves, la liste des candidats admis est arrêtée par le jury. Elle est soumise pour ratification au ministre. Elle est dressée par ordre de mérite. Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a d'emplois mis au concours, mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

ART. 25. — Un délai de dix jours est accordé à tout candidat qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

ART. 26. — Il est dressé une liste unique pour chacune des sections suivantes : 1° anatomie; 2° histologie; 3° bactériologie; 4° histoire naturelle médicale et parasitologie; 5° physiologie; 6° chimie médicale; 7° physique médicale; 8° pharmacologie et matière médicale; 9° pathologie expérimentale; 11° anatomie pathologique; 12° hygiène; 13° médecine légale; 21° histoire naturelle pharmaceutique; 22° pharmacie; 23° chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les candidats portés sur cette liste unique choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté à laquelle ils seront attachés parmi celles où des emplois de leur section ont été mis au concours.

Pour chacune des autres sections il est dressé une liste d'admission pour chaque faculté.

ART. 27. — Les agrégés sont nommés pour neuf ans par le ministre.

Tout agrégé qui, à la date fixée, ne s'est pas rendu au poste auquel il a été appelé, ou qui l'abandonne sans autorisation du ministre, perd son titre d'agrégé et les titres qui y sont attachés.

ART. 28. — Le candidat à l'agrégation qui ayant été nommé à un emploi n'aurait pas accepté cet emploi, conserve le droit de se représenter aux concours de la même section, sous réserve des dispositions de l'article 17 ci-dessus.

Les agrégés ayant été en exercice, quelle qu'ait été la durée de l'exercice, ne peuvent se représenter au concours d'agrégation que dans une section autre que celle dans laquelle ils ont été nommés.

Les agrégés ayant été en exercice dans la section de « bactériologie et hygiène » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts sous le présent régime pour les sections : 3° bactériologie; 12° hygiène.

Les agrégés ayant été en exercice dans la section de « pharmacie et histoire naturelle » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour les sections : 21° histoire naturelle pharmaceutique; 22° pharmacie.

Les agrégés ayant été en exercice pour la section de « pharmacologie » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 8° pharmacologie et matière médicale.

Les agrégés ayant été en exercice pour la section de « médecine expérimentale » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 9° pathologie expérimentale.

TITRE V

Jurys.

ART. 29. — Les juges des concours d'agrégation du premier et du second degré sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires et les professeurs sans chaire présentés par les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, suivant les dispositions déterminées par un arrêté pris après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Toutefois, pour les concours des trois catégories de la division de pharmacie (1er degré) et pour les concours des sections de pharmacie et matière médicale, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie et de chimie générale pharmaceutique et toxicologie (2e degré), les juges sont tirés au sort parmi les professeurs de pharmacologie présentés par les facultés de médecine et parmi les professeurs de pharmacie, de matière médicale, de chimie, de physique, d'histoire naturelle, de botanique et de zoologie présentés par les facultés mixtes de médecine et de pharmacie et par les facultés de pharmacie.

ART. 30. — Le ministre constitue les jurys en se conformant aux résultats du tirage au sort, ainsi qu'aux prescriptions des articles ci-après. Il en désigne le président.

ART. 31. — Pour chaque concours du premier degré, le nombre des juges est de 3. Toutefois, pour les catégories de médecine générale et de chirurgie, il est de 5.

Pour chaque concours du second degré, le nombre des juges est de 5, 7, 9 ou 11, suivant les dispositions de l'article 41 du présent décret.

ART. 32. — Ne peuvent siéger dans un même jury deux parents ou alliés, jusqu'au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié, jusqu'au même degré, d'un des candidats.

ART. 33. — En cas de défaillance, ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète à sa première séance en faisant appel à des juges suppléants tirés au sort parmi les agrégés dans les mêmes conditions et en même nombre que les juges titulaires. A chaque juge titulaire correspond un juge suppléant du même ordre d'enseignement et pris dans le même cadre (cadre de Paris, cadre des départements).

ART. 34. — Aucune faculté des départements ne peut être représentée dans un jury par plus d'un juge.

Toutefois, cette disposition ne s'applique pas dans le cas où un ou plusieurs juges titulaires étant récusés ou empêchés. Il y a lieu de les remplacer par un ou plusieurs juges suppléants.

ART. 35. — Un juge peut faire partie simultanément ou successivement de plusieurs jurys des concours du premier et du deuxième degré.

ART. 36. — Cesse de faire partie du jury tout membre qui n'a pas assisté à toutes les épreuves du concours.

ART. 37. — Les juges suppléants ne sont pas tenus d'assister à la séance où le jury se constitue.

Le président du jury convoque par télégramme ceux qui sont appelés à siéger. Il renvoie la suite de la première séance au jour où le ou les juges suppléants sont présents.

ART. 38. — La direction et la police du concours appartiennent au président qui désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, de leçons et d'épreuves cliniques ou pratiques destinés à être tirés au sort par les candidats.

ART. 39. — Les jugements des jurys sont valablement rendus : par trois membres, quand ils sont composés de cinq juges; par quatre, quand ils sont composés de sept; par cinq, quand ils sont composés de neuf; par sept, quand ils sont composés de onze.

ART. 40. — Pour chaque catégorie du concours du premier

degré, les jurys doivent comprendre obligatoirement un spécialiste pour chaque matière faisant l'objet d'une composition. Les jurys de trois membres doivent comprendre un juge de la Faculté de médecine de Paris et deux juges des facultés des départements ; ceux de cinq membres, deux juges de la Faculté de Paris et trois juges des facultés des départements.

ART. 41. — Les jurys des diverses sections du concours du second degré sont choisis conformément au tableau ci-après :

Anatomie. — Histologie (7 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur d'anatomie. 1 professeur d'anatomie médico-chirurgicale, 1 professeur d'histologie.

Facultés des départements : 2 professeurs d'anatomie ou d'anatomie descriptive, 2 professeurs d'histologie ou d'histologie normale ou d'anatomie générale et histologique.

Bactériologie, histoire naturelle médicale et parasitologie. — Hygiène (7 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de bactériologie, 1 professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie, 1 professeur d'hygiène.

Faculté des départements : 1 professeur de bactériologie et de microbiologie, 2 professeurs d'hygiène ou d'hygiène et de bactériologie. 1 professeur de parasitologie et d'histoire naturelle médicale, ou de zoologie médicale, ou d'histoire naturelle médicale.

Physiologie. — Pathologie expérimentale (7 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de physiologie. 1 professeur de pathologie expérimentale et comparée, 1 professeur de physique médicale.

Facultés des départements : 3 professeurs de physiologie, 1 professeur de chimie médicale.

Chimie médicale. — Physique médicale (7 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de chimie, 1 professeur de physique médicale, 1 professeur de physiologie ou de pharmacologie.

Facultés des départements : 2 professeurs de physique médicale. 2 professeurs de chimie médicale, ou de chimie biologique, ou de chimie organique, ou de chimie minérale.

Pharmacologie et matière médicale (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de pharmacologie, 1 professeur de chimie.

Facultés des départements : 1 professeur de pharmacologie ou de matière médicale, 1 professeur de chimie ou de toxicologie, 1 professeur de physiologie.

Médecine générale (11 membres du jury).

Faculté de Paris : 2 professeurs choisis parmi les professeurs de clinique générale (y compris la clinique thérapeutique et la clinique propédeutique) et de pathologie interne, 2 professeurs de cliniques spéciales, 1 professeur choisi parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique et thérapeutique, d'hygiène, de bactériologie, d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

Facultés des départements : 3 professeurs de clinique générale ou de pathologie interne, 2 professeurs de cliniques spéciales, 1 professeur de thérapeutique ou de pathologie générale.

Anatomie pathologique (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur d'anatomie pathologique, 1 professeur de bactériologie.

Facultés des départements : 3 professeurs d'anatomie pathologique.

Médecine légale (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de clinique des maladies mentales, 1 professeur de médecine légale.

Facultés des départements : 2 professeurs de médecine légale, 1 professeur de clinique médicale.

Neurologie et psychiatrie (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de clinique des maladies mentales, 1 professeur des maladies nerveuses.

Facultés des départements : 3 professeurs de clinique des maladies mentales, ou des maladies nerveuses.

Dermatologie et syphiligraphie (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur des maladies cutanées et syphilitiques, 1 professeur de clinique médicale.

Facultés des départements : 3 professeurs de dermatologie ou de syphiligraphie.

Chirurgie générale (9 membres du jury).

Faculté de Paris : 4 professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de clinique chirurgicale thérapeutique, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils.

Facultés des départements : 5 professeurs de clinique chirurgicale, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

Ophtalmologie (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de clinique ophtalmologique. — 1 professeur de physique.

Facultés des départements : 2 professeurs de clinique ophtalmologique, 1 professeur de pathologie externe ou de clinique chirurgicale.

Oto-rhino-laryngologie (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur d'oto-rhino-laryngologie, 1 professeur de clinique médicale ou de clinique chirurgicale.

Facultés des départements : 2 professeurs d'oto-rhino-laryngologie, 1 professeur de clinique médicale ou chirurgicale (un professeur de clinique médicale si le professeur de la Faculté de Paris est un professeur de clinique chirurgicale. Un professenr de clinique chirurgicale si le professeur de la Faculté de Paris est un professeur de clinique médicale).

Urologie (5 membres du jury).

Faculté de Paris : 1 professeur de clinique urologique, 1 professeur de pathologie externe ou de clinique chirurgicale.

Facultés des départements : 2 professeurs d'urologie ou de clinique des maladies des voies urinaires, 1 professeur de pathologie interne ou de clinique médicale.

Obstétrique (7 membres du jury).

Faculté de Paris : 2 professeurs de clinique obstétricale, 1 professeur de clinique gynécologique ou d'hygiène et clinique de la première enfance.

Facultés des départements : 3 professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements, 1 professeur d'hygiène et clinique de la première enfance, ou de clinique gynécologiqne ou de pédiatrie et de clinique infantile.

Histoire naturelle pharmaceutique (5 membres du jury).

Faculté de pharmacie de Paris : 1 professeur d'histoire naturelle pharmaceutique.

Facultés de pharmacie des départements : 1 professeur de matière médicale.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements : 2 professeurs d'histoire naturelle pharmaceutique, 1 professeur de matière médicale.

Pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie (5 membres du jury).

Faculté de pharmacie de Paris : 1 professeur de pharmacie.

Facultés de pharmacie des départements : 1 professeur de chimie ou de toxicologie.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements : 1 professeur de pharmacie, 1 professeur de chimie, 1 professeur de toxicologie.

ART. 42. — Tout professeur titulaire ou professeur sans chaire dont l'enseignement ne correspond à aucune des spé-

cialités ci-dessus, peut cependant être présenté par sa Faculté qui indique pour quelle spécialité elle entend le propose.

TITRE VI

Dispositions transitoires.

ART. 43. — Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924, avant la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve, auront le droit de se présenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouvertes sous le présent régime pour les sessions auxquelles leur donne accès leur admission à la première épreuve.

Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen précité postérieurement à la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve auront le droit de se présenter aux concours des trois premières sessions du second degré.

ART. 44. — Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime :

1° Les candidats admissibles aux concours de 1923 et aux concours antérieurs.

Sont considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre de points avant ou *ex æquo* avec le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque;

2° Pour les sections ouvertes aux catégories : I-médecine, J-chirurgie, K-obstétrique, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, nommés au concours dans les villes de facultés avant la publication du présent règlement.

ART. 45. — Les candidats inscrits en 1926 sur la liste d'aptitude aux emplois d'agrégés, prévue par l'article 18 de l'arrêté du 14 mars 1924 auront le droit, sans avoir à subir épreuves du concours du premier degré de se présenter, sans limitation de durée, aux concours du second degré ouverts pour la section de leur spécialité.

ART. 46. — Un concours du premier degré sous le régime institué par le présent arrêté sera ouvert à la fin de l'année 1929. Un concours du second degré aura lieu en 1930 après le 15 mars et les concours des premier et second degrés auront lieu les années suivantes conformément à la périodicité prévue à l'article 4 du présent règlement.

ART. 47. — Jusqu'au 15 mars 1930, il pourra être pourvu aux vacances des emplois d'agrégés selon la procédure instituée par l'arrêté du 14 mars 1924.

ART. 48. — En outre, jusqu'au 31 décembre 1935, les candidats inscrits en 1926 sur la liste d'aptitude conservent le droit sans être astreints à subir le nouveau concours, de poser leur canditature au premier emploi vacant de leur spécialité dans la faculté de l'Académie où ils se sont fait inscrire en vue de la deuxième épreuve de l'examen d'agrégation, sous la réserve que depuis l'établissement de ladite liste il ne se soit produit aucune vacance de cette spécialité dans ladite faculté.

A cet effet, tout emploi qui pourrait être postulé par un candidat se trouvant dans les conditions fixées au paragraphe précédent et qui ne serait ni transformé ni supprimé, devra être déclaré vacant dans les formes prévues par l'arrêté du 14 mars 1924. S'il n'est pas pourvu à cet emploi à la suite de cette déclaration de vacance, il sera mis au concours.

ART. 49. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent règlement et généralement, sous réserve des dispositions transitoires ci-dessus, toutes dispositions antérieures relatives aux concours d'agrégation de médecine.

Fait à Paris, le 6 avril 1929.

PIERRE MARRAUD.

TIRAGE AU SORT DES MEMBRES DES JURYS DES CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu le règlement du 6 avril 1929, relatif à l'agrégation de médecine;

Après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique,

Arrête :

ART. 1er. — Il est procédé aux tirages au sort institués par le règlement du 6 avril 1929 pour la désignation des membres des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie par une Commission composée :

Du doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, président, ou, à défaut, de son assesseur.

D'un doyen d'une Faculté de médecine ou d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie d'une université des départements et d'un agrégé désignés par le ministre.

D'un représentant du ministre.

Du secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

ART. 2. — Le tirage a lieu en public à la Faculté de médecine de l'université de Paris un mois au moins avant l'ouverture du concours aux jour et heure annoncés par un avis inséré au *Journal officiel* et affiché à la Faculté.

ART. 3. — Pour chaque concours et pour chaque catégorie ou section, il est dressé deux listes de présentation : 1° les professeurs présentés pour les fonctions de juges titulaires; 2° les agrégés présentés pour les fonctions de juges suppléants.

ART. 4. — Dans chaque liste chaque nom reçoit un numéro d'ordre.

Le tirage au sort pour chaque concours s'effectue de la façon suivante :

Des boules numérotées et en nombre égal au nombre des professeurs inscrits sont mises dans une urne.

Ces boules, une fois mêlées, le président les tire de l'urne une à une et jusqu'à la dernière en appelant à haute voix le numéro sorti et le nom du professeur ou agrégé correspondant à ce numéro.

Les résultats du tirage au sort sont publiés au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 6 avril 1929.

PIERRE MARRAUD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECRET MÉDICAL EST ADAPTABLE AUX LOIS

Par le docteur FOVEAU DE COURMELLES.

Cette question troublante continue d'être agitée dans tous les milieux, dans tous nos journaux professionnels. Les avocats qui ont leur secret professionnel également le veulent intangible :

Je crois que l'on peut concilier tous les sentiments, tous les droits et tous les devoirs. Dans mes *rapports* à l'Association générale des médecins de France, parus dans la *Vie médicale* des 25 juin et 25 octobre 1928, j'ai tenté cette conciliation de l'article 378 du Code pénal avec les lois sociales. Mais dans *Clinique et Laboratoire* (20 janvier 1929), je lis un travail d'un maître en déontologie médicale, dont j'ai souvent suivi les leçons, le docteur Paul Le Gendre : « Le secret médical est-il absolu ou relatif? L'article 378 doit-il être revisé? »

On prévoit la réponse, mais j'avoue n'avoir été nullement convaincu, étant, en ce qui me concerne, en parfait accord avec le Congrès des syndicats médicaux du 30 novembre 1927.

Le docteur Le Gendre prévoit toutes les hypothèses, excepté celle du client qui sera inconnu, qui ne voudra pas être repéré et échappera le plus souvent à toutes les dénonciations ou déclarations médicales. Je ne dis pas à toutes sanctions, car le Code arme déjà les personnes lésées (contagionnées en l'espèce) contre l'auteur ou les auteurs des dommages causés.

J'ai signalé (*Vie méd.*, 25 octobre 1928, et *Gaz. des hôpit.*, déc. 1928, n° 98) comment la Société était armée, dans la recherche de la paternité, par exemple, contre tout coupable de contamination, et sans que le médecin habituel, confident, « confesseur laïque » ait à intervenir; le médecin légiste, le médecin expert, le médecin contrôleur, auront, eux seuls, leur rôle, et cela suffira toujours, vu leurs lumières, leur compétence.

Et je vois une grande menace pour les malades dans cette affirmation :

« ... Mais en ce qui concerne l'obéissance stricte à l'article 378, je me serais cru obligé en conscience d'y déroger dans certaines circonstances, si elles s'étaient présentées. Je n'aurais pas laissé empoisonner mon client, ni laissé accuser injustement un innocent, et j'aurais dénoncé un assassin; je ne me serais pas non plus laissé accuser d'une action déshonorante ou criminelle, pas plus que je n'aurais laissé commettre ce crime qu'est le mariage d'un client syphilitique en période contagieuse sans dire aux parents ou à l'intéressée : « Ne faites pas ce mariage ». Agissant ainsi, j'aurais accepté fièrement la pénalité prévue par l'article 378, si les magistrats avaient cru devoir me l'appliquer, comme ils firent au docteur Watelet en 1885, quand il viola le secret pour sauvegarder l'honneur de son client défunt... »

Le jour où cette conviction du docteur Le Gendre se sera vulgarisée, sera suivie, vu l'autorité du Maître, qu'elle sera connue des malades, c'en sera fini de la confiance médicale et de l'exercice de notre art déjà si menacé. Où commencera, où finira ce qui doit ou peut être dit? cela, si variable avec la conscience de chacun? Le docteur P. Gallois en a montré les difficultés, je dirai, moi, l'impossibilité. Nous ne sommes pas la Justice, mais la Bonté, la Pitié! Que des sanctions sévères punissent les coupables.

*
* *

On connaît le récent jugement du Conseil d'Etat, jugeant le conflit du docteur Bertrand avec la Préfecture de l'Aube pour n'avoir pas voulu mettre les diagnostics des malades de l'Assistance médicale gratuite, et lui donnant raison.

Aussi, le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, préoccupé des conflits que soulève la pratique du *Secret professionnel des médecins en matière d'assistance médicale gratuite* a demandé une étude de la question à M. le docteur P. Boudin, notre confrère docteur en droit, et conseil juridique de la plupart de nos associations.

Celui-ci a rédigé un mémoire, qui, pour avis, a été transmis par M. le ministre au Conseil supérieur de l'Assistance publique. La section permanente de ce Conseil, sur le rapport du professeur Couvelaire a adopté les conclusions suivantes :

« Sans loi nouvelle, et en respectant l'article 378 du Code pénal, les Conseils généraux, qui ont toute latitude pour organiser le service départemental d'assistance médicale gratuite (art. 4 de la loi de 1893) institueront un contrôle technique analogue à celui qui fonctionne pour l'application des lois sur les accidents du travail et sur les pensions militaires.

Les Commissions de vérification instituées par l'article 16 du règlement modèle de 1894 prendront le nom de Commis-



sions de contrôle. Leur composition ne sera modifiée que par l'adjonction d'un médecin choisi par le Préfet parmi les membres du Corps hospitalier du chef-lieu du département.

Le contrôle technique appartiendra exclusivement aux trois médecins de cette Commission qui, d'accord avec le président du Syndicat et éventuellement avec le Conseil de famille du syndicat, instruiront les affaires litigieuses et fourniront au Préfet un rapport concluant, s'il y a lieu, à la nécessité de sanctions administratives ».

Ces conclusions sont, à peu de choses près, les mêmes que celles qui ont été proposées par M. le docteur P. Boudin. Elles ne nécessitent pas la promulgation d'une loi nouvelle, elles respectent les lois existantes et elles sont déjà mises en pratique dans d'autres domaines par le Corps médical.

Il ne faut pas de fissures, il faut, là, DE L'ABSOLU, dans l'intérêt de la santé publique. J'ai protesté, dès 1888, contre la loi qui passa en 1892, déclarant les maladies contagieuses et que l'on nous oppose sans cesse. Comme le professeur Bard, je pense qu'il est plus difficile de trouver des moyens de conciliation — mais c'est possible — que de supprimer l'article 378, c'est pourquoi cette dernière solution est préférée par certains. Que l'on écoute les praticiens, plus près des malades, qu'on les consulte (voir mon vœu adopté, à l'Assemblée générale de l'A. G., du 20 mai 1928) et l'on arrivera à tout concilier, *à adapter, mais il faut le vouloir fermement.*

— On connaît le vœu de l'Académie de médecine du 18 février 1929 voté à l'unanimité sur la proposition du professeur Balthazard, à savoir, le respect du secret par les lois sociales, avec contrôle médical rigoureux. Mais ce sont en dernier ressort, les *praticiens* qui, tous, partisans du secret intangible, feront toutes adaptations nécessaires.

LIVRES NOUVEAUX

La liberté en médecine depuis Louis XV jusqu'à nos jours (1), par Pr. GUERMONPREZ.

A une époque, où les médecins, partout en France, se préoccupent d'une menace de fonctionnarisation, ce livre est une « leçon de choses ». Jamais les recherches historiques n'avaient été orientées dans ce sens. On savait que la liberté professionnelle avait subi des vicissitudes; mais ce n'est pas sans surprise qu'on apprend les aventures, les secousses et surtout les grands exemples qui se sont succédé au cours des trois derniers siècles. Les contemporains sont tellement habitués aux cliniques dans les hôpitaux, que la genèse de ces institutions fondamentales est devenue trop lointaine pour être bien jugée. C'est la fondation de l'Académie royale de chirurgie qui a préludé à l'innovation des premiers lits de clinique. Les documents sont précis pour établir qu'il n'y a guère que cent cinquante ans! D'autres renseignements montrent de quelle importance a été la Société royale de médecine. Un chapitre impressionnant explique ce qu'a été le bouleversement révolutionnaire pour tous les membres de la profession. Les faits et les textes sont palpitants. On s'intéressera naturellement à ce qui s'est fait au sortir du chaos de la révolution. Dans un autre chapitre on apprend comment s'affirme le besoin de la liberté de l'enseignement et celui de la pratique de la médecine. C'est presque une révélation de retrouver le principe dans la constitution de 1848, puis les controverses ardentes, passionnées, de 1849 et les grandes commissions de cette époque agitée. Tous ces grands souvenirs reprennent vie dans les controverses actuelles. Il faut les bien connaître pour comprendre ce qui se passe. L. G.

(1) Un vol. in-8 raisin de 314 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, Amédée Legrand.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL
HISTOGÉNOL
NALINE
Médication Arsénio-Phosphorée Organique
Puissant Réparateur de l'Organisme débilité
FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.
Littérature et Échantillons :
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE
R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME
HECTINE
PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours. INJECTIONS INDOLORES
HECTARGYRE
(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine 210.439 B

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
GASTRO-ENTÉRITES
PEPTOSTHÉNINE CHOAY
2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS - CACHETS
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e - Tél. Auteuil 44-09

NOTES POUR L'INTERNAT

PARAPLÉGIES POTTIQUES [1]

d. *La ponction lombaire* faite avec prudence (Guillain a publié des observations où elle semble avoir été la cause occasionnelle de poussées évolutives), montre, *au-dessus* du foyer de compression :

Une *dissociation albumino-cytologique* avec hyperalbuminose sans lymphocytose. Le liquide est souvent *xanthochromique* et on peut même trouver un *syndrome de Froin* (avec coagulation massive, grasse hyperalbuminose, légère lymphocytose, xanthochromie, hémolyse nette).

Dans certains cas, le Wassermann et le benjoin peuvent être positifs, mais cela est sans valeur quand le liquide est xanthochromique.

Au-dessus de la lésion, le liquide est normal.

Quand la paraplégie et le mal de Pott sont *guéris*, la dissociation albumino-cytologique disparaît et le liquide redevient normal.

e. *L'exploration lipiodolée* dans les paraplégies en *évolution* montre un arrêt lipiodolé en peigne (présence d'*abcès* intra-rachidiens) ou à limite inférieure nette et horizontale (*pachyméningite* ancienne). Cet arrêt est persistant.

Dans les formes *guéries*, il peut persister un léger accrochage, mais tout le lipiodol se retrouve après quelques jours dans le cul-de-sac sacro-coccygien.

Point important : de même qu'une radiographie négative ne permet pas d'éliminer à coup sûr le mal de Pott, chez l'adulte de même un transit lipiodolé normal ne permet pas de dire qu'il n'existe pas. Il signifie simplement : absence de compression.

B. **Diagnostic différentiel**, ne se pose vraiment que si les signes vertébraux tant cliniques que radiologiques ne sont pas probants.

I. **Chez l'adulte.** — *a.* A CAUSE DES DOULEURS RADICULAIRES — Lumbago, radiculites, tabès, *sciatiques*, névralgies intercostales, crurales, pleurésie sèche.

b. EN CAS DE PARAPLÉGIE SPASMODIQUE SIMPLE. — *Deux gros diagnostics*. Ce sont :

1. **La myélite syphilitique d'Erb.** — En sa faveur plaident : le début par claudication intermittent de la moelle :

La prédominance de la paraplégie sur certains groupes fléchisseurs ou adducteurs, alors qu'il y a hypertonie des muscles opposés,

La rareté des troubles de sensibilité objective,

L'absence de signes d'automatisme médullaire,

La constance et la précocité des troubles sphinctériens et génitaux,

L'absence habituelle d'arrêt du lipiodol,

Les signes biologiques, avec lymphocytose rachidienne.

Mais on sait que dans les syphilis anciennes, la ponction lombaire peut être normale. On tentera l'épreuve du traitement qui peut même rester nulle, laissant parfois persister le doute.

2. **La sclérose en plaques.** — Mais ici, rechercher les signes cérébelleux, oculaires, labyrinthes et la dissociation Wassermann-benjoin dans le liquide céphalo-rachidien.

c. EN CAS DE PARAPLÉGIE HYPERSPASMODIQUE. — *Un gros diagnostic* :

Les tumeurs juxta-médullaires. — Caractères distinctifs : c'est toujours une ponction hpperspasmodique.

Les douleurs sont sourdes, très vives, avec crampes profondes.

Limite supérieure linéaire et très fixe, troubles de la sensibilité.

Les douleurs subjectives ne cèdent pas au repos.

Fixité et netteté des limites du syndrome.

Evolution régulière sans à-coups.

Mais il faut savoir que la douleur à la percussion des apophyses, et la contracture peuvent réaliser une vraie « forme pseudo-pottique » (Sicard et Laplane). La ponction lombaire n'a pas de valeur (cependant dissociation plus marquée). Par contre, le *lipiodol* est capital : *forme en dôme* de l'image iodée.

Le cancer vertébral est d'un diagnostic généralement *facile*. Le corps vertébral est aplati et coin à sommet antérieur. Les disques sont respectés. Vertèbre d' « ivoire », d' « ébène ». L'existence d'un cancer primitif prouve la nature de la paraplégie.

d. EN CAS DE FORME FLASQUE AVEC SIGNES PYRAMIDAUX : *Scléroses combinées.*

e. EN CAS DE PARAPLÉGIE FLASQUE A DÉBUT BUSQUE, *trois diagnostics difficiles :*

1. *La poliomyélite antérieure aiguë.*

2. *La myélite syphilitique à début apoplectiforme*, diagnostic délicat car il y a souvent des signes radiculaires. Mais :

Importance des signes de la syphilis, de la ponction lombaire,

Absence de dissociation albumino-cytologique,

Valeur des signes vertébraux.

3. *La myélite aiguë nécrotique* (Foix), avec dissociation et grosse amyotrophie rapide.

f. EN CAS DE DISSOCIATION SYRINGOMYÉLIQUE : *syringomyélie* (mais diagnostic facile).

g. EN CAS DE BROWN-SÉQUARD : la syphilis, le Pott, les tumeurs peuvent se réaliser. Donc, se baser sur les autres signes.

h. EN CAS DE PARAPLÉGIE CERVICO-BRACHIALE. C'est très difficile : Pott, tumeur, syringomyélie, ou pachyméningite cervicale hypertrophique.

i. EN CAS DE SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL. — C'est rarement un Pott ou la syphilis, c'est le plus souvent une *tumeur*.

II. **Chez l'enfant**, il faut retenir que, *pratiquement*, toute paraplégie spasmodique *non congénitale* est d'origine *pottique*. Cependant, quelques exceptions, telles :

a. LA PARAPLÉGIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE DE MARFAN

Débute entre quatre et douze ans,

Troubles oculaires d'origine syphilitiques (kératite interstitielle),

Sensibilité et sphincters indemnes.

b. Paraplégie spasmodique familiale de Strumpell.

c. A la naissance : *Little*.

C. **Diagnostic de la hauteur du segment médullaire lesé.** — Il se base sur :

1. **Les signes cliniques** (*essentiellement*).

La limite supérieure de la lésion est établie par :

a. La limite supérieure supérieure des troubles sensitifs (anesthésie, hypo ou hypertension),

b. La limite inférieure de la paralysie motrice,

c. La limite inférieure du réflexe pilo-moteur encéphalique (signe moins fidèle).

La limite inférieure de la lésion répond à :

a. La limite supérieure des mouvements de défense,

b. La limite supérieure du réflexe pilo moteur spinal (souvent délicat à mettre en évidence),

2. **La radiographie.** — Mais elle est très approximative (les lésions sont *plus étendues qu'on ne croit*).

3. **Le lipiodol.** — *Descendant* et *ascendant*, délimite le segment médullaire comprimé.

D. **Diagnostic causal et pronostic.** — Ce n'est pas tellement sur la gravité d'une paraplégie à sa période d'état qu'on peut faire un pronostic (Sorrel-Déjerine), mais plutôt sur la date d'apparition, le mode d'installation et les signes que nous avons énumérés précédemment. (Voir chapitres *Formes cliniques, pronostic*).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 25, p. 490 ; n° 27, p. 523, et n° 29, p. 562.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco) — L'action des injections d'Angiolymphe sur l affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

Dragée ADRIAN

au Chlorure de Magnésium

préventive des néoplasmes

Dragées dosées à 0 gr. 121

de Chlorure de Magnésium anhydre

correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé

ADRIAN et Cie 9, Rue de la Perle, PARIS - 3e

REMINÉRALISATION RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS, DU PHOSPHATE TRICALCIQUE NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 avril. — MM. Bernard, 14; Reinhold, 12; Huet, 17.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve écrite.* — Séance du 15 avril. — Questions données : « Prophylaxie et traitement de l'infection puerpérale. — Pneumonie lobaire franche aiguë. Symptômes et diagnostic, complications et traitement. »

Mme Buquet, 21; M. Ardin, 31; Mlle Waynbaum, 25; MM. Drudin, 15; Kergagan, 13.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le lundi 21 octobre 1929, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Un concours pour l'emploi de chef de travaux d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le lundi 7 octobre 1929 au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours. (*J. O.*, 17 avril 1929.)

ASSOCIATION AMICALE DES CHEFS DE CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Les chefs de clinique de l'Ecole de médecine, réunis en assemblée générale à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1929, ont fondé une « Association amicale des chefs de clinique de l'Ecole de médecine de Marseille ».

Ont été élus à l'unanimité :

Président : M. le docteur Marcel Arnaud, chef de clinique chirurgicale; secrétaire : M. le docteur Albert-Crémieux, chef de clinique des maladies nerveuses; trésorier : M. le docteur Jean Paoli, chef de clinique chirurgicale.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or, a été décernée, à titre posthume, à M. Chevreau (Jacques), externe à l'hôpital de Tours, décédé à la suite d'une maladie grave contractée en service. (*J. O.*, 17 avril).

LA SEMAINE NATIONALE CONTRE LA DIPHTÉRIE. — C'est du 22 au 28 avril que se déroulera la « Semaine nationale de propagande contre la diphtérie », organisée par l'Office national d'hygiène sociale.

Pendant cette « Semaine », tous les moyens d'action éducative et d'information seront utilisés : presse, affiche, brochure, tract, cinéma, radiophonie, pour répandre les notions essentielles de préservation contre la diphtérie.

LIGUE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue française contre le cancer s'est tenue à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Népoty, directeur de l'hygiène, représentant M. Loucheur empêché et aux côtés de qui on remarquait M. Eugène Brieux, de l'Académie française, M. Justin Godart, sir John Fitter, le professeur Hartmann.

Après une allocution de M. Népoty, M. Lebret donna lecture du rapport annuel et annonça la remise à la Ligue de deux dons de 100.000 fr. pour lui permettre de poursuivre son œuvre. M. J. Worth parla ensuite de la situation financière et Mme Hartmann montra toute la valeur de l'action de la section féminine de la Ligue. Enfin, M. Brieux, dans une causerie très applaudie, insista sur la gravité du problème posé par le cancer et conclut à la nécessité de coordonner tous les efforts pour la lutte contre cette redoutable maladie.

CENTRES ANTICANCÉREUX. — M. Marie, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

de Toulouse, directeur du Centre régional de lutte contre le cancer de Toulouse, atteint par la limite d'âge le 1er novembre 1929, cessera ses fonctions à la même date et est nommé, à compter de ce jour, directeur honoraire du Centre régional.

M. le docteur Ducuing, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé directeur du Centre régional de Toulouse, à compter du 1er novembre 1929, en remplacement de M. Marie, atteint par la limite d'âge et nommé directeur honoraire. (*J. O.*, 17 avril).

GUERRE. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers d'artillerie et d'infanterie démissionnaires ci-après désignés qui, par décision ministérielle de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — MM. Paris est affecté au gouvernement militaire de Paris; Chevereau, à la 8e région; Martin, à la 9e région; Bureau, à la 3e région; Hoffmann, au gouvernement militaire de Paris.

Sont promus :

Au grade de médecin-lieutenant. — MM. Paris et Chevereau.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Des emplois de médecin de la santé au Havre et à Cherbourg sont déclarés vacants.

Conformément à l'article 2 du décret du 7 juin 1919, les candidats sont invités à produire, dans le délai d'un mois à dater de la présente insertion, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

La liste sera close à l'expiration de ce délai.

Les candidats devront faire valoir, notamment, leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine, dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte cet emploi.

Ils devront justifier de la qualité de Français, du diplôme de docteur en médecine et joindre à leur demande, avec leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs datant de moins d'un mois.

Le traitement attaché à l'emploi est de 6.000 fr., pouvant s'élever jusqu'à 10.000 fr. par avancements successifs. (*J. O.*, 14 avril 1929.)

VISITE DE MÉDECINS ITALIENS. — Un groupe de médecins de Florence organise, avec le concours de l'A. D. R. M., un voyage à Paris. Ce voyage qui comprend un programme scientifique et une partie touristique aura lieu du 22 au 31 mai prochain. Nos confrères sont sûrs de trouver auprès des médecins français un accueil particulièrement chaleureux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Halleux (de Chénée), le colonel-médecin Georges Hallovets, de l'armée belge; Empereur, ancien sénateur de la Savoie; Charles Bellamy (de Saint-Brieuc) ; Bravais, doyen des anciens internes des hôpitaux de Lyon (promotion 1864), décédé à Toulon.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS PRATIQUE DE SYMPATHOLOGIE (clinique et expérimentale). — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique à la Faculté de médecine de Paris, commencera ce cours dans son service de l'hôpital de la Pitié, le lundi 29 avril 1929, à 9 h. 30 avec la collaboration de MM. Daniel Santenoise, agrégé de physiologie, Paul Chevalier, médecin des hôpitaux, Delherm, électroradiologiste de la Pitié, Halphen, oto-rhino-laryngologiste de la Pitié, Jean Heitz, médecin à Royat, Pierre Kahn, Jean Vinchon, Robert Largeau, René Cornelius, Arbeit, Fay, Polacco, Fouquet et Bernal, assistants, chefs de laboratoire et internes du service. Les leçons cliniques auront lieu le matin à 9 h. 30 à l'hôpital de la Pitié, et les démonstrations expérimentales avec exercices pratiques à 2 h., à l'Institut expérimental de la Faculté de médecine, 391, rue de Vaugirard.

Le droit à verser est de 200 fr.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1928-1929, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1928-1929. — 21 avril : M. Rouillard. Pathologie des bourses séreuses péri-articulaires.

28 avril : M. M.-P. Weil. Rhumatismes infectieux et rhumatismes syscrasiques.

5 mai : M. Lortat-Jacob. Quelques notions étiologiques et règles générales de traitement des réactions cutanées eczématiformes.

12 mai : M. Queyrat. Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire larvée du premier âge.

26 mai : M. Heuyer. Les principes de neuro-psychiatrie infantile.

2 juin : M. Monbrun. La diathermie médicale et chirurgicale dans la thérapeutique ophtalmologique journalière.

9 juin : M. Leveuf. Les fractures du col du fémur. Etat actuel de leur traitement.

16 juin : M. Grenet. Etude clinique de la fièvre typhoïde chez les enfants.

23 juin : M. Lévy-Valensi : L'abbé Bourdelot, médecin des Condé.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS ET ANCIENS ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — REMPLACEMENTS. — Les médecins du département de la Haute-Garonne et des départements voisins qui désirent se faire remplacer pendant leur congé, peuvent d'ores et déjà s'adresser à l'Office des remplacements de la section médecine, à l'Association corporative des étudiants, 23, place du Capitole, Toulouse. Indiquer les conditions exigées, le tarif offert, la date et d'une façon générale, tous renseignements utiles.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.



Toutes les préparations de Digitale nées ou à naitre, ne vaudront jamais au double point de vue scientifique et pratique, la **DIGITALINE CRISTALLISÉE**(1) dont l'action **SURE & PUISSANTE**, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.



PRIX ORFILA
PRIX DESPORTES

LA

DIGITALINE

CRISTALLISÉE

Nativelle

EST EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La **DIGITALINE** cristallisée **NATIVELLE** agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

ÉCHANTILLONS :

Granules au 1/10 de milligramme (ROSES.)
Granules au 1/4 „ „ (BLANCS.)
Solution au millième.
Ampoules au 1/10 & au 1/4 de milligramme.

LABORATOIRE NATIVELLE, 49, Boul.d de Port-Royal, PARIS. R. C.. 106.357, Seine

TOUX — EMPHYSÈME — ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin et 10 Juillet 1928)

DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DÉPÔT : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS

— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

0 gr 30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
HUILE ESSENTIELLE — CED-ROC — DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C., 221.839, Seine.

REVUE GÉNÉRALE

Les indications et les utilisations thérapeutiques modernes du glucose

Par le Docteur Max VAUTHEY,
Lauréat de l'Académie de Médecine,
Médecin Consultant à Vichy.

Classiquement utilisé en diététique pour ses propriétés d'aliment hydro-carboné, le glucose a vu, depuis plusieurs années, ses indications et son utilisation s'étendre au traitement et à la prévention d'un certain nombre de maladies ou de syndromes cliniques très variés. Une telle extension des applications thérapeutiques du glucose est due, pour une grande part, aux notions nouvelles acquises sur la physio-pathologie d'un certain nombre de syndromes cliniques, et cela grâce aux méthodes biochimiques modernes. Mais la médecine préventive moderne utilise également une propriété du glucose connue depuis fort longtemps, c'est son pouvoir antitoxique, qui s'exerce déjà *in vitro* (sans doute par sa fonction aldéhyde et par ses chaînons libres oxhydriles) mais surtout *in vivo* par son action spécifique sur la double fonction jumelée du foie, fonction glycogénique et fonction antitoxique. C'est ainsi que l'extension de la chimiothérapie, accompagnée de l'administration à doses relativement fortes d'agents thérapeutiques éminemment toxiques, a entraîné l'utilisation concomitante du glucose.

Ceci dit, quelles sont les propriétés du glucose qui sont utilisées dans les indications thérapeutiques modernes du glucose?

Elles peuvent se ranger sous quatre chefs principaux :

1° Action antitoxique;

2° Action hyperglycémiante et anti-hypoglycémique;

3° Action sur l'équilibre osmotique des humeurs;

4° Quelques modalités du rôle d'aliment hydrocarboné.

Rappelons au préalable que l'administration entérale (voie buccale, voie rectale) de *di-saccharides*, tels que le sucre de canne, constitue l'équivalent de l'injection intraveineuse ou sous-cutanée de glucose, puisque le saccharose n'est absorbé par l'organisme qu'après son inversion et son dédoublement en glucose et lévulose.

*
* *

L'*action anti-toxique du glucose* peut se manifester de deux façons, soit *de façon préventive*, par neutralisation directe du poison, soit *de façon curative* par son action sur les processus de défense de l'organisme intoxiqué. C'est pourquoi nous envisagerons successivement :

1° La neutralisation *in vivo* ou *in vitro* des agents toxiques;

2° Le traitement des intoxications par le glucose.

La neutralisation *in vivo* ou *in vitro* des poisons par l'administration de glucose est un phénomène qui a été étudié depuis longtemps à l'occasion des *intoxications accidentelles*, mais qui est de nouveau à l'ordre du jour depuis que l'on observe fréquemment des *intoxications médicamenteuses*.

a. *Intoxications accidentelles*. — Pour rappeler un exemple déjà ancien, nous citerons les travaux de Marcelin Duval (1) dans lesquels il insiste sur l'action du sucre contre les effets toxiques de certains *venins*, s'appuyant sur le fait rapporté par Richter que « in Cajenna contra morsum colubrorum interne et externe adhibent saccharum ».

Dans les empoisonnements par les *champignons*, le pouvoir antitoxique du sucre a été également mis en évidence. C'est ainsi que Steinbrinck (2) est arrivé à maintenir vivants par des injections de sucre des animaux soumis à des empoisonnements multiples avec des doses mortelles, et cela même pendant plusieurs mois consécutifs.

Enfin, le glucose neutralise l'*acide cyanhydrique* d'une façon complète, aussi bien *in vitro* — comme l'ont démontré les expériences de L. de Saint-Rat (3) — que *in vivo* [Violle (4)]; ce dernier fait permet d'expliquer la résistance miraculeuse de Raspoutine au cyanure de potassium au cours de la célèbre tentative d'empoisonnement par le Prince Youssoupoff.

b. *Intoxications médicamenteuses*. — Ces faits furent d'abord démontrés pour l'*iodure de potassium* par Lesné et Richet (5) qui ont vu que l'iodure est une fois et demie moins toxique en présence de saccharose, de glucose ou de lactose que s'il est injecté seul.

De même, le *salicylate de soude* est beaucoup mieux supporté par voie intraveineuse lorsqu'on injecte simultanément la solution de salicylate et une solution de glucose à 10 p. 100 [Bénard, Seligmann et Cheramy (6)].

Les *arsénobenzènes* sont également mieux tolérés par administration concomitante de glucose. C'est ainsi que Duhot (7) a vu les accidents toxiques et les ictères arsénobenzoliques devenir exceptionnels par administration intraveineuse des arsénobenzènes en solution glycosée à 50 p. 100.

Dans le même but, Marfan (8) utilise chez le jeune hérédo les injections sous-cutanées de novarsénobenzol en solution glycosée gaïacolée.

Pour Sedlak enfin (9), l'emploi du salvarsan est rendu inoffensif, même à hautes doses et chez des sujets sensibles, par l'administration intraveineuse simultanée de glucose.

En ce qui concerne, d'autre part, le *traitement des intoxications par le glucose*, Ambroise Paré utilisait déjà une telle méthode de traitement et connaissait cette propriété du glucose; il rapporte, en effet, une observation curieuse dans laquelle il administra du sirop de sucre au curé de Montlhéry qui attribuait à un empoisonnement de grandes douleurs qu'il éprouvait dans les membres. « Et il print opinion, ajoute A. Paré, avoir été désempoisonné par ledit sirop. Un mois après il retourna vers nous pour nous rendre grâces du bénéfice qu'il avait reçu par

notre moyen et estoit gaillard et bien joyeux ne sentant plus de douleurs et nous fit part d'un lieuvre ». [Cité par Drouineau (10)].

Plus près de nous, le sucre a été employé dans certains cas d'empoisonnements et au cours d'accidents thérapeutiques par des agents chimiques, dont le type est constitué par le groupe des *arsenicaux*.

Citons aussi l'emploi du glucose dans les empoisonnements par le *sublimé;* Rojdestwenskaia et Nietchaiev (11), utilisant la méthode de Stukowsky, ont obtenu des succès incontestables par injection intraveineuse de solution hypertonique de glucose.

Enfin, nous ferons entrer dans ce chapitre le *traitement des vomissements incoercibles de la grossesse* par les injections intraveineuses de glucose et le régime hydro-carboné [Titus (12)]; en effet, une déficience hydro-carbonée et une insuffisance hépatique manifeste semblent jouer un rôle dans le développement des toxémies gravidiques, et c'est certainement en faisant fonctionner à bloc la double fonction glycogéno-antitoxique du foie que l'administration de glucose par la bouche et par la voie intraveineuse a une heureuse action sur les vomissements de la grossesse.

*
* *

La seconde des grandes propriétés du glucose utilisées par la thérapeutique moderne est son *action sur la glycémie et la glyco-régulation;* elle peut être envisagée sous deux aspects différents :

1° *L'action anti-hypoglycémique.* — C'est elle qui est mise en jeu au cours du traitement par l'insuline pour combattre et éviter un abaissement excessif du taux du sucre dans le sang; le glucose est également employé, non plus à titre prophylactique, mais à titre curatif, dans les accidents hypoglycémiques de l'insulino-thérapie (*convulsions et coma insuliniques*) pour relever le taux de la glycémie.

L'administration concomitante de l'insuline et du glucose est d'ailleurs recommandable à un double point de vue, au point de vue diététique, l'insuline favorisant l'assimilation et la combustion des hydrates de carbone, et au point de vue prophylactique, le glucose prévenant les accidents épileptiformes et comateux de l'hypoglycémie insulinique.

2° *L'action hyperglycémiante.* — Mais le glucose est utile aussi par son action hyperglycémiante sur un taux glycémique préalablement abaissé. C'est ainsi que, dans les toxémies gravidiques, qui sont à la base des vomissements incoercibles de la grossesse, il y a, d'après Titus (cité plus haut), une carence brusque en hydrates de carbone, due aux besoins en glycogène des tissus fœtaux. Comme nous l'avons signalé à propos de l'action antitoxique du glucose, il y a déficience simultanée de la fonction glycogénique et de la fonction antitoxique du foie et l'administration de glucose vient compenser cette carence en hydrates de carbones et combat l'hypoglycémie qui en résulte; de plus, nous avons vu qu'elle amende du même coup les accidents toxémiques en faisant travailler à plein régime la fonction glycogéno-antitoxique du foie.

De même, dans l'épilepsie, il existe des cas où l'on peut mettre en évidence un état d'hypoglycémie marquée [Wladyczko (13)] et le traitement par le glucose associé au gardénal a donné à cet auteur des résultats encourageants; un fait intéressant à retenir est le rapprochement entre la présence d'une *hypoglycémie dans l'épilepsie* et le caractère *convulsif* des accidents de l'*hypoglycémie insulinique.*

*
* *

Alors que *l'action antitoxique* et *l'action hyperglycémiante et anti-hypoglycémique* du glucose relèvent surtout de sa texture et de ses affinités chimiques, son *action sur l'équilibre osmotique des humeurs* semble, au contraire, due à la mise en jeu de propriétés toutes physiques, soit par l'action directe du sucre sur l'équilibre osmotique des humeurs, soit par l'action des solutions sucrées hypertoniques.

Administrée par *voie parentérale*, voie sous-cutanée ou voie intraveineuse, le glucose a d'abord une action assez localisée, modifiant l'équilibre osmotique des humeurs, *augmentant l'osmose et la transsudation du liquide interstitiel*, facilitant par là la pénétration dans les tissus d'agents thérapeutiques tels que le salvarsan et augmentant son pouvoir spirillicide (Sedlak, *loc. cit.*).

En second lieu, le glucose a une action *diurétique* qui a été montrée expérimentalement depuis longtemps déjà par Balthazard (14), mais sur laquelle on est revenu récemment à propos du traitement de l'intoxication par le sublimé (Rojdestwenskaïa et Nietchaïev, *loc. cit.*). C'est d'ailleurs uniquement à l'hypertonicité de la solution sucrée qu'il faut attribuer une telle action diurétique, car des solutions chlorurées sodiques ont une action analogue.

Le même mécanisme est à la base de l'action des solutions hypertoniques de glucose dans l'*hypertension du liquide céphalo-rachidien* : utilisée dans les traumatismes craniens avec élévation brusque de la tension intra-cranienne, l'injection intraveineuse hypertonique de glucose a pour effet d'attirer le liquide céphalo-rachidien hors des espaces sous-arachnoïdiens jusque dans les capillaires du cerveau pour rétablir l'isotonicité du milieu sanguin et par suite de diminuer la tension intra-cranienne [Peet (15)].

Enfin, les solutions sucrées hypertoniques ont une action sur la *sécrétion bronchique*, qu'elles diminuent notablement dans les bronchites et les broncho-pneumonies, provoquant un assèchement de l'expectoration et un effet heureux sur l'évolution de la maladie. De tels résultats ont été obtenus par B. Moggi (16) avec la formule de Lo Monaco : solution à 50 p. 100 de glucose, de galactose et de saccharose, à raison de 5 centimètres cubes par injection.

Si nous envisageons maintenant l'administration du sucre par la *voie digestive*, nous voyons que, d'après les travaux de Loeper et Marchal (17), cet agent provoque un double phénomène au niveau de la *cavité gastrique* : d'abord, une dilution marquée du suc gastrique, puis un afflux leucocytaire et une

leucopédèse gastrique d'une intensité très grande. Par cette double propriété, le sucre atténue les douleurs des ulcéreux et favorise la cicatrisation de l'ulcus, il diminue l'action irritante des médicaments et de certaines substances alimentaires; enfin, il s'oppose aux phénomènes d'anaphylaxie muqueuse et d'anaphylaxie humorale, jouant ainsi un rôle de protection locale et de défense générale.

La modalite la plus intéressante de cette action anti-anaphylactisante locale et générale est son pouvoir de prévenir les phénomènes d'*anaphylaxie d'origine alimentaire*, soit ceux qui sont souvent à la base des crises d'épilepsie (Wladyczo, *loc. cit.*), soit ceux qui surviennent classiquement après l'ingestion de peptones de viande ou de poisson (urticaire, œdème palpébral, etc.); c'est ainsi que, si chez des sujets prédisposés on donne du sucre avant le bouillon de poisson, ces phénomènes n'apparaissent pas.

*
* *

Enfin, dans un quatrième et dernier ordre d'idées, nous voudrions envisager quelques points particuliers du *rôle d'aliment hydro-carboné du glucose* : ce sont son *action toni-musculaire* et son *action anticétogène*.

L'*action toni-musculaire du glucose* est connue depuis longtemps, le sucre étant l'aliment essentiel du muscle et le principe immédiat de tout travail musculaire. C'est ainsi que les accoucheurs, pour accélérer la marche du travail, principalement dans les cas d'inertie, utilisent son action toni-musculaire *sur le muscle utérin*. De même, l'action stimulante du sucre *sur le myocarde* a été utilisée depuis longtemps et l'on est revenu sur elle récemment, l'utilisant dans les maladies infectieuses graves sous forme d'injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques (Cheinisse).

L'*action anticétogène du glucose* est une notion classique, mais qui n'avait pu être jusqu'à maintenant utilisée systématiquement dans l'acidose, particulièrement diabétique, en raison du trouble fondamental du métabolisme des hydrates de carbone; mais, depuis l'avènement de l'insuline, le glucose peut être administré, même à fortes doses, chez les diabétiques, en même temps que l'insuline qui favorise son assimilation et sa dégradation dans l'organisme. Ce mode d'administration du glucose met en jeu, d'ailleurs, deux propriétés distinctes du glucose : son *action anti-hypoglycémique* que nous avons envisagée plus haut et qui permet l'utilisation des doses d'insuline nécessaires sans avoir à craindre des accidents hypoglycémiques; d'autre part, son *action anti-cétogène* qui corrige une nutrition défectueuse s'acheminant vers l'acidose par suite de la carence hydro-carbonée et de la combustion imparfaite des graisses et des albuminoïdes en quantités relativement considérables.

Dans le même ordre d'idées, *l'administration des hydrates de carbone chez les tuberculeux* a été facilitée grâce aux injections d'insuline. Comme l'a montré Monceaux (18), les hydrates de carbone ont une triple influence heureuse sur la nutrition générale des tuberculeux; ils facilitent l'assimilation des graisses, ils concourent à la destruction des acides aminés, ils augmentent le pouvoir antitoxique du foie et protègent la cellule hépatique; ce dernier mode d'action ayant d'ailleurs une telle importance capitale chez les tuberculeux, qu'il justifierait lui seul l'administration systématique d'hydrates de carbone.

Mais, pour ne pas fatiguer inutilement l'organisme tuberculeux et ne pas troubler un équilibre digestif déjà en équilibre précaire, les hydrates de carbone introduits doivent être brûlés et utilisés rapidement et intégralement par l'organisme. Et c'est là que l'insuline joue un rôle vraiment merveilleux, permettant l'utilisation et l'assimilation de quantités d'hydrates de carbone parfois considérables.

*
* *

Les quelques indications et utilisations thérapeutiques modernes du glucose, que nous venons d'envisager, constituent évidemment des points particuliers et des modalités spéciales de la thérapeutique pratique courante, mais elles sont surtout intéressantes parce qu'elles sont les témoins des étapes et des efforts faits vers l'utilisation rationnelle et scientifique des diverses propriétés physiques, chimiques et biologiques d'agents thérapeutiques nouveaux ou, au contraire, de propriétés nouvelles ou encore inutilisées d'agents déjà connus, en un mot vers une thérapeutique plus efficace et plus parfaite.

C'est ainsi que le champ d'utilisation de propriétés thérapeutiques telles que *l'action antitoxique du glucose* et son *action sur l'équilibre osmotique des humeurs* est destiné à s'étendre de jour en jour davantage; la première de ces propriétés, pouvoir antitoxique du glucose, en raison de l'extension formidable de la chimiothérapie, qui met en jeu des agents thérapeutiques éminement toxiques et à des doses toujours assez fortes; la seconde, par le fait que, dans les troubles de l'équilibre osmotique des humeurs, l'on utilisera de plus en plus l'action de solutions hypertoniques et que l'on aura toujours plus volontiers recours à des solutions glucosées qu'à des solutions de sels minéraux, qui conservent inévitablement la toxicité propre à leurs ions métalliques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marcelin DUVAL. Essai sur l'emploi des sucres dans les empoisonnements, *Th. de Paris*, 1806.
2. STEINBRINCK. Ueber klinische und experimentelle Beobachtung der hypoglykämischen reaktion bei Leberparenchymschädigungen, *Klin. Woch.*, 1924, p. 1029.
3. L. DE SAINT-RAT. Explication d'une résistance surprenante à l'action toxique de l'acide cyanhydrique, *Presse méd.*, 9 oct. 1926.
4. VIOLLE. De la neutralisation in vivo de l'acide cyanhydrique par le glucose, *C. R. de l'Acad. de méd.*, 29 juin 1926, t. XCV, n° 26.
5. LESNÉ et RICHET. *C. R. de la Soc. de biol.*, 9 mai 1903.
6. BÉNARD, SELIGMANN et CHERAMY. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveineuses de salicylate de soude en solution glycosée, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 mars 1925.

7. DUHOT. Médication antichoc par le sérum glycosé concentré, *Presse méd.*, 21 janv. 1922, p. 61.
8. MARFAN. *IVe Congrès des pédiatres de langue franç.*, Paris, sept.-oct. 1924; discussion.
9. SEDLAK. Le glucose dans le traitement de la syphilis et des affections cutanées, *Brat. Lek. Listy*, déc. 1925, n° 3.
10. DROUINEAU. L'utilisation diététique et thérapeutique du glucose, *Gaz. des hôpit.*, 27 mai 1925.
11. ROJDESWENSKAÏA et NIETCHAÏEV. Le traitement de l'empoisonnement par le sublimé au moyen des injections intraveineuses de glucose, *Vest. khir. y pogran. obl.*, 1926, t. V, n° 16.
12. TITUS. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par les injections intraveineuses de glucose et le régime hydro-carboné, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 15 août 1925, n° 7.
13. WLADYCZKO. La cure sucrée dans l'épilepsie, *Presse méd.*, 7 nov. 1925.
14. BALTHAZARD. Diurèse provoquée par les injections intravasculaires de solutions hypertoniques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 juin 1900.
15. PEET. Réduction de l'hypertension intracranienne par administration intraveineuse de glucose et de solution hypertonique de Ringer, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 27 juin 1925, n° 26.
16. MOGGI. L'action des sucres sur la sécrétion bronchique, *Gazz. degli sped. e delle clin.*, 7 fév. 1926, n° 6.
17. LOEPER et MARCHAL. L'action du sucre dans l'estomac, *Progrès méd.*, 1925, n° 21.
18. MONCEAUX. Les hydrates de carbone dans la nutrition des tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, janv. 1928, p. 28-39.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DES 2 ET 8 AVRIL 1929)

Le rayonnement mitogénétique du muscle en contraction. — MM. G. FRANK et POPOFF.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1929)

Le régime chloruré dans les néphrites. — M. F. RATHERY. Le régime déchloruré, depuis les travaux d'Achard, Widal et leurs élèves, est prescrit quotidiennement chez les néphrétiques. Mais par suite d'une déformation commune à toute découverte importante, on a par une généralisation inconsidérée déformé les idées des promoteurs de la méthode: Le régime déchloruré est devenu le « régime à tout faire » des néphritiques. Dès 1903, l'auteur avec Castaigne avait montré cliniquement et expérimentalement les dangers du régime déchloruré quand il n'était pas indiqué. Le régime déchloruré reste le régime des néphritiques en état de rétention chlorurée; mais il cesse de l'être, il est même dangereux chez d'autres néphritiques. L'auteur, avec Maurice Rudolf, a attiré récemment l'attention sur l'existence de cas de néphrite avec azotémie et hypochlorémie, améliorés par l'ingestion de chlorure de sodium. D'autres cliniciens, notamment L. Blum, sont revenus ensuite sur ces faits. L'auteur expose le tableau clinique de cette hypochloruration et montre l'importance indéniable de la recherche du taux des chlorures dans le sang en cas de néphrite. Cette recherche est indispensable pour établir un régime rationnel.

Il faut envisager, à côté de la déchloruration, une véritable chloruration; à côté du régime déchloruré, un régime chloruré.

Un cas de contagion professionnelle d'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne. Essais d'inoculation transcérébrale au lapin. — MM. CROUZON et HOROWITZ rapportent l'observation d'une infirmière soignant une parkinsonienne postencéphalitique, malade depuis neuf ans et contagionnée trois semaines après avoir pris la malade dans son service. La contagion a été due à la salive de la malade qui en rendait un litre par jour en bavant.

Ce cas est analogue à celui publié par MM. Guillain, Alajouanine et Célice, il montre la nécessité d'isoler les parkinsoniens postencéphalitiques pendant plusieurs années après le début de la maladie.

La vaccination antidiphtérique à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. P. LEREBOULLET expose les efforts qu'il a poursuivis aux Enfants-Malades depuis plusieurs années pour y appliquer une méthode efficace et inoffensive de vaccination. L'anatoxine de Ramon, essayée par lui avec MM. Joannon et Boulanger-Pilet dès sa découverte, lui a permis de vacciner, de 1924 à 1928, 17.000 enfants. Son action a été particulièrement intense depuis 1927, époque à laquelle il a pu, avec M. Gournay, fonder un centre de prophylaxie antidiphtérique, institué officiellement par l'Assistance publique. Ce centre a permis de faire œuvre prophylactique efficace, non seulement en préservant de la diphtérie bon nombre d'enfants, mais aussi en démontrant aux médecins et aux familles l'innocuité de la vaccination de Ramon et son utilité; plus de 12.000 enfants ont été vaccinés depuis deux ans, soit à ce centre, soit hors de l'hôpital dans des milieux très divers, desquels étaient venus des diphtériques. L'activité du centre ne s'est pas bornée à la vaccination, mais a permis de dépister un assez grand nombre d'angines larvées qui auraient pu être des foyers de contagion pour d'autres enfants. La technique de la vaccination a pu être précisée et, sur ces 17.000 vaccinations, aucune réaction vraiment sévère n'a été relevée. L'efficacité n'est pas douteuse puisque quatre angines seulement, toutes bénignes, ont été relevées chez les enfants vaccinés à trois piqûres, alors que d'assez nombreux cas ont été notés chez ceux qui n'avaient eu qu'une piqûre. Ces constatations plaident en faveur de la généralisation de la vaccination antidiphtérique à tous les jeunes enfants.

La lutte sociale contre le cancer dans le département de la Seine (banlieue parisienne) et dans quelques départements voisins. — M. le professeur G. ROUSSY expose à l'Académie l'organisation administrative et régionale du Centre anticancéreux de la banlieue parisienne.

Cette organisation qui diffère de celle des autres centres régionaux de France repose sur le principe du dépistage du triage et du traitement des malades à plusieurs échelons. Elle fonctionne depuis trois ans et semble aujourd'hui avoir fait ses preuves.

Le Centre de la banlieue parisienne a reçu, par arrêté ministériel, en date du 14 décembre 1925, comme attributions : la banlieue de Paris, les départements de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne et du Loiret.

Dans les communes de la Seine et dans les départements limitrophes, ont été installés :

1° Des consultations anticancéreuses, gratuites et réservées aux indigents, qui représentent l'échelon de dépistage et de triage des malades;

2° Des sous-centres qui fonctionnent dans certaines villes munies d'hôpitaux et qui représentent l'échelon intermédiaire de triage et de traitement.

Ces diverses consultations ainsi que les sous-centres sont en liaison étroite avec le Centre principal de Villejuif.

Dans la *Banlieue parisienne*, des consultations ont lieu toutes les semaines, ou toutes les deux semaines, dans les

communes de Suresnes-Puteaux, de Boulogne-Billancourt, de Saint-Ouen-l'Aumône, de Montreuil-sous-Bois et de Vincennes. Elles sont faites par les médecins spécialistes et les assistants du Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne, avec le concours, dans certaines villes, à Boulogne, par exemple, des médecins du dispensaire.

De ces consultations, les malades sont dirigées, s'il y a lieu au Centre de Villejuif en vue d'un complément d'enquête médicale, d'un examen de laboratoire ou d'un traitement.

Dans les *départements de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et du Loiret*, en accord avec les préfets et les Services d'hygiène, ont été créés trois sous-centres : à Orléans, à Melun et à Versailles, et qui comprennent une consultation externe, des services de chirurgie et de médecine, de radiothérapie semi-pénétrante ou superficielle et parfois même de curiethérapie. Plusieurs de ces services sont dirigés par des anciens internes des hôpitaux de Paris.

De plus, dans les principales villes de ces départements ont été installées des consultations anti-cancéreuses du même type que celles de la Banlieue parisienne, mais assurées par les médecins des villes intéressées. Ces consultations de dépistage fonctionnent en : Seine-et-Oise, à Etampes, Mantes, Saint-Germain et Pontoise; en Seine-et-Marne, à Coulommiers, Fontainebleau, Lagny, Meaux, Montereau, Nemours et Provins, et dans le Loiret, à Gien, Montargis et Pithiviers.

De ces centres de dépistage départementaux, les malades sont dirigés sur les sous-centres principal du département de la Seine, suivant les besoins et les nécessités des malades, et suivant les facilités des moyens de transport.

Telle est l'organisation que M. G. Roussy a pu mettre sur pied, avec l'aide des autorités préfectorales et communales et surtout avec l'appui moral et matériel du Conseil général de la Seine.

Bien que ne fonctionnant que depuis trois ans, les résultats en sont déjà appréciables; les malades atteints de tumeurs malignes arrivent plus tôt et en plus grand nombre aux consultations de dépistage.

Elle représente donc un moyen de lutte régionale qui mérite de retenir l'attention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1929)

Le traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine. — M. Tzanck revient à nouveau sur l'efficacité du tartrate d'ergotamine dans de nombreux cas de migraine. Il insiste sur l'innocuité absolue qu'il a observée jusqu'ici malgré le très grand nombre de malades traités.

Hématémèse mortelle, chez un cirrhotique, liée à la présence d'un nœvus artériel de l'œsophage juxtacardiaque. — MM. Carnot, Rachet et Delafontaine ont constaté, chez un cirrhotique éthylique mort d'hématémèse foudroyante, la présence d'un nœvus artériel situé dans la zone juxtacardiaque de l'œsophage. L'origine nœvique des hématémèses chez les cirrhotiques est peut-être plus fréquente que ne l'indiquent les rares observations publiées.

Un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique résistant au traitement hépatique simple ou mixte. — M. P. Emile-Weil rapporte un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, diagnostiqué cliniquement et confirmé par les examens post-mortem, qui se montra résistant au traitement hépatique, puis aux transfusions complétées par l'insulinothérapie. Il obtint ensuite en un mois une importante amélioration (engraissement de 9 livres, montée des hématies de 1 million à 2.700.000, chute de la valeur globulaire de 2 à 1) en couplant ces diverses méthodes.

M. Fiessinger rapporte un cas identique. Il y a lieu de distinguer les anémies plastiques et aplastiques; dans le deuxième cas le traitement par le foie reste sans action. L'auteur insiste avec les Américains sur la nécessité de poursuivre le traitement pendant plusieurs années afin d'éviter les rechutes.

M. Tixier, tout en reconnaissant les avantages de la méthode de Whipple, considère que l'action est moins nette dans les anémies de l'enfant.

M. Monier-Vinard rapporte deux cas : l'un concerne un syndrome neuro-anémique dans lequel la méthode de Whipple a été suivie de guérison; l'autre, une anémie benzénique dans lequel la médication hépatique n'a donné aucun résultat.

Un sujet en cours d'immunisation par l'anatoxine traverse-t-il une phase d'hyperréceptivité à la diphtérie? — M. Chr. Zoeller étudie des faits qui pourraient être interprétés comme démontrant l'existence au cours de l'immunisation par l'anatoxine d'une « phase négative » ou d'une période d'anergie. En réalité, il semble que des cas de diphtérie apparus au cours de la vaccination doivent être mis sur le compte d'une simple contagion par l'entourage. L'auteur rapporte l'exemple d'une famille de cinq enfants; à la suite d'un cas de diphtérie la vaccination par l'anatoxine fut entreprise; deux cas nouveaux furent constatés dont l'un suivit de quarante-huit heures la seconde injection d'anatoxine. La contagion suffit à expliquer ces cas nouveaux.

Action de l'éther benzyl-cinnamique sur les ulcérations de natures diverses et ses effets sur le symptôme douleur. — M. Jacobson montre que l'éther benzyl-cinnamique modifie avantageusement la lésion anatomique, libère les terminaisons nerveuses de la compression et de l'irritation causées par les désordres tissulaires, et de ce fait atténue et calme la douleur qui en est l'expression.

Syndrome douloureux et paralytique avec troubles trophiques (chute des dents) et subictère. — MM. A. Lemierre, J. Lhermitte et E. Bernard rapportent l'histoire d'une femme de vingt-huit ans qui fut prise subitement de fièvre, de vomissements et de douleurs abdominales intenses ayant nécessité une laparotomie. Ultérieurement les douleurs gagnèrent les membres, puis la face, atteignant une acuité toute particulière dans la moitié droite de la mâchoire inférieure. Au bout d'un mois de souffrances presque continues, apparurent des paralysies frappant d'abord les muscles de l'abdomen, puis ceux de la racine des membres supérieurs et inférieurs, la moitié droite de la face, les releveurs des paupières supérieures et enfin dans un dernier temps les muscles de la nuque et les muscles inspirateurs. La mort survint par asphyxie après deux mois.

En outre, la malade a présenté un trouble trophique spécial consistant en un ébranlement et une chute des dents. Il existait des lésions dégénératives très marquées au niveau des cellules des cornes antérieures de la moelle, plus discrètes au niveau de certains noyaux du mésencéphale.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1929)

A propos du forage de la prostate. — M. Le Fur fait un rapport sur une auto-observation du docteur Gilbert Arnold (de Londres). Il résume les indications de la prostatectomie et du forage de la prostate. Le forage est nettement indiqué dans les prostates petites et atrophiées, avec lobes médians, tandis que la prostatectomie est réservée aux cas de grosse prostate, avec une importante prolifération glandulaire. On ne doit pas opposer ces deux méthodes : elles ont chacune leurs indications.

Traitement du cancer par les sels de magnésium. — M. Barbarin rappelle que les premiers travaux sur le « chlo-

rate de magnésie » dans le traitement du cancer ont été faits dès 1895 par le professeur Gaucher et par son père le docteur J. Barbarin, travaux indiqués par lui dans une communication faite à la Société des chirurgiens de Paris en février 1909.

Il existe une forme fixée des fractures intracapsulaires du col du fémur. — M. Judet rapporte cinq observations qui établissent nettement l'existence de cette variété de fractures. Les clichés radiographiques montrent que le fragment externe peut naître au niveau du bord inférieur du col faisant éperon dans le tissu spongieux du fragment céphalique. La symptomatologie initiale n'a rien de caractéristique; cependant la rotation externe est plus marquée et irréductible. La traction forte prolongée (20 à 25 kilogrammes) ne modifie pas l'aspect radiographique. L'impotence fonctionnelle s'est montrée complète dans quatre cas, le cinquième a pu marcher de suite après l'accident. Le désengrènement a été fait dans un cas (femme de soixante-douze ans) : il y a eu pseudarthrose. Chez les autres malades, l'engrènement a été soigneusement respecté. Tous ces malades ont guéri avec consolidation osseuse. La radiographie faite longtemps après l'accident a permis de constater l'absence de tout affaissement ultérieur du col fémoral.

Un cas rare d'utérus double avec un seul vagin. — M. Max Thoreck (de Chicago) communique l'observation d'une malade atteinte d'utérus didelphe qu'il a opérée de prolapsus génital. Les deux utérus étaient unis par une bande de tissu qui les solidarisait à hauteur des cols. Il y avait deux cols et un seul vagin; chaque utérus possédait une trompe et un ovaire.

Trois cas de tumeur de la vessie. — M. Peugniez présente trois cas de tumeur de la vessie qu'il a opérés par trois méthodes différentes. La première malade a été traitée par l'électrocoagulation et le radium intravésical; elle a guéri. Le second malade par l'électrocoagulation et le radium au niveau de la région hypogastrique; la marche de la lésion n'a été nullement modifiée. Le troisième a été traité par le radium seul sur la région hypogastrique; il a guéri.

A propos des luxations du coude en dehors. — M. Muller (de Belfort) communique un cas de luxation du coude en dehors avec fracture de l'épitrochléen reconnue à l'examen clinique. L'attente rend difficile l'examen clinique et la réduction. La radiographie est indispensable à une réduction rationnelle; celle-ci s'opère par une poussée latérale du dehors en dedans à laquelle il est utile d'ajouter des mouvements de rotation, d'abduction et d'adduction de l'avant-bras.

Hystérectomie abdominale totale pour grossesse et fibrome. — M. Thévenard présente cette pièce. Il rappelle à ce propos que certains fibromes, même volumineux, peuvent ne gêner en rien l'évalution d'une grossesse; l'abstention est alors la règle. D'autres deviennent une menace de dystocie ou d'avortement : l'intervention s'impose; ce sera autant que possible la myomectomie. Dans certains cas cependant (cas rapporté), l'hystérectomie sera nécessaire.

Instrumentation pour ostéosynthèse des fractures. — M. Juvara (de Bucarest) présente un certain nombre de pièces de démonstration de son instrumentation pour le traitement opératoire des fractures des membres.

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1929)

A propos des fractures intra-capsulaires engrenées du col du fémur. — M. Barbarin pense que l'engrènement des fragments dans la fracture intra-capsulaire du col du fémur est moins rare qu'on l'écrit. Cet engrènement accidentel détermine presque toujours une position défectueuse des fragments et par conséquent du membre. Mais on peut utilement employer l'engrènement chirurgical (artificial impaction) proposé par Cotton (de Boston) dans un certain nombre de cas, en particulier dans les pseudarthroses, après échec des procédés ordinaires de traitement, tant qu'il n'y a pas résorption du col fémoral.

M. Trèves considère l'existence de ces fractures comme certaine. Il en existe deux variétés : 1° pour la première, le déplacement est nul ou minime et l'impotence fonctionnelle souvent incomplète, surtout au début. Il suffit de laisser ces malades au repos avec défense de poser le pied à terre pendant trente à quarante jours pour obtenir à coup sûr la consolidation et une guérison parfaite; 2° dans la seconde variété, la rotation en dehors est constante, le raccourcissement habituel peu marqué, l'impotence fonctionnelle plus complète, les fragments sont perceptibles et bombent en dehors de la fémorale. Sauf chez les gens très âgés ou affaiblis, l'auteur pense qu'il faut désengréner et réduire ces fractures pour éviter la marche défectueuse et les douleurs persistantes de la hanche. Le désengrènement peut être laborieux et se fera en chargeant la cuisse du malade sur l'épaule du chirurgien qui tire en abduction et fait la rotation interne. Application du grand plâtre après le désengrènement.

Traitement des tumeurs vésicales. — M. Pasteau. Les tailles sus-pubiennes verticales ou transversales, les exérèses totales de la vessie ne sont plus actuellement que des opérations ultimes, de nécessité, à utiliser seulement quand l'emploi des agents physiques est impossible. Pour employer utilement le radium, il faut faire une taille; l'emploi endoscopique est aveugle. Les rayons ultra-pénétrants et le radium par application externe ne donnent que des résultats aléatoires. En présence d'une tumeur vésicale, il faut employer la haute fréquence par voie endovésicale toutes les fois que cela est possible. L'intervention ne nécessite pas d'instrument spécial pas d'anesthésie général, elle permet un traitement ambulatoire et la seule complication est l'épididymite, d'ailleurs rare. Mais il convient de surveiller ultérieurement les opérés pour agir sans tarder sur la moindre repullulation de la tumeur.

M. Lavenant, passant en revue les différents traitement du cancer de la vessie; exérèse, radiothérapie, électrocoagulation, radium, montre qu'on ne saurait, à l'heure actuelle, attendre de chacune de ces méthodes que des succès restreints. Il est à désirer que d'autres techniques plus sûres que l'électrocoagulation et la radiumthérapie. Il cite une observation où l'application de radium fut suivie d'une dénutrition profonde et d'une intoxication mortelle avec purpura par désintégration cellulaire.

Sur la chirurgie viennoise. — M. Pauchet résume les points intéressants qu'il a observés dans la pratique de la chirurgie viennoise : *a.* les cancers du rectum opérés dans les services de Hocheneg et de Eiselsberg, sans anus artificiel préalable, et avec conservation du sphincter pour ménager l'usage de la défécation normale; *b.* les ulcères duodénaux opérés par Finsterer ont toujours fait l'objet de gastrostomies; *c.* les prostatectomies chez Lichtenstern se font en un temps. Si les reins sont déficients, une sonde à demeure pendant huit à quinze jours draine les urines sales. Résection systématique des canaux déférents; *d.* anastomose testiculo-déférentielle chez Lichtenstern pour combattre la stérilité chez l'homme; *e.* la phénolisation des ovaires et des testicules couramment employée par Doppler, revitalise le sujet comme l'opération de Voronoff.

Méniscectomie. — M. Massart présente un malade qui a subi, il y a trois mois, une ablation partielle du ménisque interne. Cette opération conservatrice a supprimé le phénomène de bloquage douloureux et a permis au malade de retrouver la fonction complète de son articulation du genou gauche.

Deux résultats déplorables de fracture du condyle huméral incorrectement traités. — M. ROEDERER présente deux malades : 1° enfant de trois ans ayant déjà fait antérieurement deux fractures du condyle. Translation, bascule et rotation du fragment inférieur. Soudure de la corne externe de ce fragment qui fait presqu'île à angle droit sur le bord interne de l'humérus. A la palpation, aspect d'un condyle bifide, mais excellente physiologie; 2° enfant de treize ans : fracture à six ans. Bascule, rotation et ascension du fragment qui ne s'est pas soudé à l'humérus. Véritable os surnuméraire coiffant la tête radiale. Enorme cubitus valgus. Limitation de la flexion. Force réduite de l'avant-bras.

Résultats de trois cas de greffes osseuses pour tuberculose ostéo-articulaire. — M. BRESSOT (de Constantine) communique ces trois observations (deux de tuberculose du genou, une tuberculose du coude) qu'il a traitées par greffe osseuse. Les résultats ont été mauvais et ont abouti à une amputation et une résection.

Tétanos à porte d'entrée oculaire chez un enfant de trois ans. Sérothérapie. Guérison. — M. COUDRAY (de Nogent-le-Rotrou) communique l'observation d'un enfant chez lequel un débris de paille, sauté sous la paupière, dans une étable, et resté six jours avant d'être retiré détermina un tétanos qui débuta douze jours après l'accident. Pendant douze jours, sérothérapie massive en injections sous-cutanées : morphine, chloral. Guérison.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1929)

Sur l'activité musculaire. — M. AMANS.

Pyopneumothorax enkysté au cours d'une fièvre ondulante. — MM. VEDEL, PUECH et VIDAL relatent l'observation d'un malade qui, après avoir présenté quelques signes de pleurite à la base droite au début d'une fièvre ondulante, a évacué brusquement par vomique une collection purulente pleurale qui s'était insidieusement constituée. Le pyopneumothorax ainsi réalisé était enkysté à la base droite et donnait lieu à des signes cliniques et radiologiques tout à fait caractéristiques. Le pus recueilli par ponction ne contenait aucun germe. Guérison spontanée en quelques semaines.

Emphysème sous-cutané généralisé consécutif à une tentative de création d'un pneumothorax artificiel. — MM. VEDEL, VIDAL et J. CHAPTAL.

Un cas de drainage exagéré. — MM. P. LAMARQUE et E. MOURGUES-MOLINES.

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1929)

Calcul appendiculaire. — M. G. ROUX.

Chute de la température coïncidant avec l'injection d'insuline dans deux cas de pyrexies prolongées. — M. A. PUECH. Dans le premier cas il s'agissait d'une pyrexie d'origine indéterminée, la température oscillant depuis un mois entre 38 et 39 degrés. Après la deuxième injection d'insuline pratiquée dans le but d'engraisser une malade cachectique et anorexique, la température tombait à 37°5 et trois jours après la guérison complète était obtenue. Devant cette constatation 15 unités d'insuline quotidienne furent administrées à un malade atteint de melitococcie depuis six mois, chez qui toutes les thérapeutiques avaient échoué. La température demeurait entre 37 et 38 degrés. Dès le lendemain de la première injection l'apyrexie était obtenue de façon définitive et la température par la suite n'est pas remontée. Sans tirer plus de conclusions qu'il ne convient de deux faits isolés il semble bien que dans les deux observations il y ait eu plus qu'une coïncidence fortuite entre la thérapeutique insulinienne et la chute thermique, mais un rapport de cause à effet dont le mécanisme reste hypothétique.

Le traitement de la fièvre typhoïde par le sérum de Rodet. — MM. E. LEENHARDT, J. CHAPTAL et A. BALMES, à propos de publications récentes peu favorables au traitement de la fièvre typhoïde par le sérum de Rodet, rappellent les heureux résultats publiés en 1926 par l'un d'entre eux, et y ajoutent deux cas récents démonstratifs. Le premier concerne le plus jeune de deux frères ayant contracté ensemble une fièvre typhoïde à bacille d'Eberth paraissant d'égale gravité. Traité dès le cinquième jour par le sérum de Rodet, il eut une véritable abortivation de sa maladie qui guérit dans un temps moitié moindre que celle de son frère traité par balnéothérapie. Le deuxième est un jeune diabétique hospitalisé pour acidose grave qui, au cours de son dixième mois de séjour à l'hôpital, contracta une fièvre typhoïde à bacille d'Eberth. Bien que son diabète fût alors amélioré par l'insuline on pouvait craindre que cette complication ne lui fût fatale. Mais ici encore la sérothérapie précoce provoque une véritable abortivation de la dothiénentérie.

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1929)

Equilibre du chlore sanguin chez le sujet non azotémique et non acidosique. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER donnent les chiffres normaux suivants. Chlorures par litre : plasma, de 5g70 à 6g20; globules, 2,85 à 3,10. Chlore par litre : plasma, de 3,40 à 3,80; globules, 1,45 à 1,90. Dans certains cas même on trouve des chiffres inférieurs ou supérieurs aux chiffres extrêmes indiqués. Le rapport du chlore globulaire au chlore plasmatique oscille autour de 0,50. Le même rapport considéré par litre de sang (en tenant compte du volume respectif de celui-ci en globules et en plasma) oscille autour de 0,32. Là aussi on peut chez des sujets normaux trouver des variations assez importantes.

Modifications de l'équilibre du chlore sanguin dans l'hyperazotémie et l'acidose d'origine rénale. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER. Il n'existe pas de rapports bien nets entre les chiffres des chlorémies plastiques et globulaires, l'azotémie et la réserve alcaline. D'une façon générale, les auteurs ont trouvé que la baisse de la réserve alcaline chez les malades coïncidait avec l'abaissement des chlorures plasmatiques et plus encore des chlorures globulaires. Les constatations sont contraires aux résultats indiqués par Ambard et Blum. Les auteurs se réservent d'y revenir ultérieurement.

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1929)

Un cas d'épithélioma de la vulve. — MM. V. RICHE, G. VILLA et G. FAYOT.

Variations de la répartition de l'azote total non protéique dans les globules et le plasma en fonction du taux de l'urée sanguine. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BROMURE DE SODIUM EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur PEYRUS.

Dans tous les cas où l'on doit ménager soit le système cardio-pulmonaire, soit l'appareil digestif, et où l'on peut appréhender des phénomènes toxiques (asthme, affections

(1) *Concours médical*, Paris, 1927, n° 33.

cardiaques de la période d'eusystolie ou d'hyposystolie, insuffisance de la dépuration urinaire), le bromure de sodium doit, de l'avis général des auteurs qui l'ont étudié (Rabuteau, Pouchet, Martinet) être préféré au bromure de potassium; mais bien entendu, il faut employer un bromure de sodium excessivement pur et qui puisse être administré en solution suffisamment étendue : on sait que le sédobrol réalise le moyen le plus sûr, le plus élégant et le plus discret de faire absorber le bromure de sodium. Sans doute, lorsqu'il s'agit de calmer une douleur intense, il vaut mieux donner l'allonal (isopropyl-allyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine) qui est un analgésique renforcé, facile à prendre et toujours admirablement toléré. Sans doute aussi lorsqu'il s'agit de combattre une insomnie tenace, ou une agitation exceptionnelle, il est préférable de donner le somnifène, le plus maniable des hypnotiques qui permet d'administrer à chacun sa dose et qui agit de façon remarquable dans toutes les insomnies de quelque nature qu'elles soient, mais dans l'immense majorité des symptômes nerveux, en médecine générale, en gynécologie, en urologie, dans les affections cardiaques aussi bien que dans les maladies de l'estomac, du foie, de l'intestin, qu'il s'agisse de pithiatisme ou de troubles fonctionnels, de mal comitial, de convulsions, de chorée ou de laryngite striduleuse, de coqueluche, d'éréthisme génital, de palpitations, de dyspepsie hypersthénique, le sédobrol rend les plus grands services à la dose de une à deux tablettes par jour, à faire dissoudre dans une tasse d'eau très chaude : on obtient ainsi un bouillon végétal de bonne odeur et de bon goût, qu'on peut faire absorber à un malade sans qu'il se doute même qu'il prend du bromure, et qu'on peut lui présenter comme une infusion calmante quelconque, lorsqu'il a, ce qui n'est pas rare, la phobie de la médication bromurée.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (9-14 juin 1929). — *Programme scientifique.* — Tous les matins des 10, 11 et 12 juin, démonstrations pratiques dans les cliniques de la Faculté, les hôpitaux publics et privés : opérations chirurgicales, etc. Un programme détaillé sera remis à chaque adhérent.

Tous les après-midis : Visite de l'Exposition au Palais des Expositions de la Ville de Paris et grandes conférences d'actualité dans la salle des conférences du Palais des Expositions.

Le lundi 10 juin, à 15 h. : M. le professeur Delbet. « Du rôle biologique des sels halogènes de magnésium. »

Le lundi 10 juin, à 16 h. : Conférence par un professeur étranger.

Le mardi 11 juin, à 15 h. : M. le professeur Sergent. « Bronchectasies abcédées et abcès pulmonaires bronchectasiants. »

Le mardi 11 juin, à 16 h. : Conférence par un professeur étranger.

Le mardi 11 juin, à 17 h. : Au Bourget. Organisation, sous le patronage de M. le ministre de l'air, d'un programme intéressant d'aviation sanitaire avec le concours du Service de santé militaire. Le programme complet sera publié ultérieurement.

Le mercredi 12 juin, à 15 h. : docteur Lesné. « Causes et traitement du rachitisme. »

Le mercredi 12 juin, à 16 h. : professeur Leclerc (de Lille). « L'examen médical prénuptial. »

Fêtes et excursions. — Dimanche 9 juin : Grande réception au Palais des Expositions. Conférence. Partie musicale et théâtrale. Le soir, représentation de gala à l'Opéra.





LABORATOIRES CARTERET

MÉDICATION ANTIBACILLAIRE
HYPEROXYDANTE & RECALCIFIANTE

BACTIOXYNE

Manganate calcico-sodico-potassique

Gouttes
Ampoules pour instillations rectales
Ampoules pour injections intraveineuses

Échantillons & Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

NÉOLYSE

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bᵈ DE STRASBOURG, PARIS (10ᵉ)

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques,
Sédatifs expectorants.

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dʳ L. BELIERES — 19, RUE DROUOT — PARIS

Lundi 10 et mercredi 12 juin : Représentation de gala au théâtre Pigalle.

Jeudi 13 juin : Excursion à la Vallée de Chevreuse et châteaux de Rambouillet, Dampierre, etc. Prix : 70 fr., tous frais compris (déjeuner, goûter, etc.). Nombre de places limité.

Vendredi 14 juin : voyage au Touquet-Paris-Plage. Prix : 85 fr., tous frais compris (déjeuner, thé dînatoire, etc.), 500 places.

Cotisations. — La cotisation est fixée à : 50 fr. pour les médecins français et étrangers, ainsi que pour les étudiants étrangers participant aux Journées médicales de Paris; 20 fr. pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français ; 20 fr. pour les femmes ou enfants des membres des Journées médicales.

S'inscrire et envoyer le montant des cotisations au docteur Tixier, 18, rue de Verneuil. Compte postal : 1155-60, Paris.

Pour les officiers de réserve du Corps de santé, la durée des Journées médicales comptera comme période d'instruction et comportera les réductions habituelles des tarifs de chemin de fer.

Adresser les demandes de convocation, soit aux directeurs des services de santé des régions territoriales (armée métropolitaine et colonies), soit à la direction centrale du Service de santé au ministère de la Marine (marine).

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La IXe session des Journées médicales de Bruxelles aura lieu du 22 au 26 juin 1929, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, et la présidence de M. le professeur Henry Coppez, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Comme chaque année, les membres du corps diplomatique accrédité près la Cour de Belgique, les membres du gouvernement et les hautes autorités officielles ont fait aux Journées l'honneur de leur accorder leur patronage.

Parmi les conférenciers, on peut dès aujourd'hui citer comme ayant promis leur très précieux concours : MM. les professeurs Emile Sergent (Paris), Blum (Strasbourg), J.-W. Nordenson (Upsala), Spillmann (Nancy), Putti (Bologne), J. Froment (Lyon), J. Eastman-Sheehan (New-York), J. Gonin (Lausanne), Hymans van den Bergh (Utrecht), Rocher (Bordeaux) et les docteurs V. Morax (Paris), Redslob (Strasbourg), de Fourmestraux (Chartres), Trémolières, Lutembacher, M.-P. Weil (Paris). Du côté belge : MM. les professeurs de Stella et C. Heymans (Gand), Roskam (Liége), J.-H. Hoet (Louvain), Tricot-Royer et L. Bertrand (Anvers) et le docteur F. Bremer (Bruxelles).

Comme chaque année, le programme que nous ne pouvons qu'esquisser encore se complétera de séances extraordinaires que tiendront les sociétés savantes et notamment l'Association générale des dentistes de Belgique, la Ligue belge contre le rhumatisme, la Société belge d'ophtalmologie, la Société belge de médecine préventive et d'eugénique, etc. Une vaste Exposition internationale des sciences et des arts, se rapportant à la médecine, à la chirurgie, à la pharmacie et à l'hygiène, se tiendra pendant la durée des Journées médicales dans les somptueux locaux des musées royaux du Cinquantenaire. Enfin, un programme de festivités, comprenant banquet, représentation théâtrale, concert, sera offert aux adhérents, comme un programme spécial sera réservé aux dames les accompagnant.

Un point particulièrement intéressant du programme sera la visite de la nouvelle Faculté de médecine de Bruxelles, qui est actuellement la plus complète et la mieux équipée d'Europe.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 22 juin, au Palais des Académies. La conférence d'un ordre paramédical, suivant la tradition, en sera confiée à un médecin parisien, oto-rhino-laryngologue de talent, M. le docteur Nepveu, qui, sous le pseudonyme de Luc Durtain, s'est créé un nom considérable dans la littérature française du moment.

La cinquième journée sera consacrée à l'excursion traditionnelle. Les congressistes seront cette année les hôtes des médecins du Hainaut, visitant Mons, son Institut d'hygiène, ses merveilles archéologiques, l'Hôpital charbonnier des accidents du travail, puis, après une réception à l'Hôtel de Ville et un banquet, se rendront en auto au domaine de Mariemont pour y parcourir les salles du château transformé en musée, le parc, la roseraie du château Guinotte, à Ecaussines ensuite, la randonnée se terminant à Braine-le-Comte où attendra le train spécial.

La cotisation sera de 75 fr., réduite à 50 fr. pour les abonnés à *Bruxelles médical* et les dames, et à 30 fr. pour les étudiants, les étudiants abonnés étant invités. Les inscriptions peuvent être envoyées dès aujourd'hui au secrétaire général, M. le docteur R. Beckers, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 22 avril. — Jury : MM. Sébileau, président; Couvelaire, Sergent et Sézary. — M. PARIENTÉ. Etude de la blennorragie dans ses rapports avec la gestation et la puerpéralité. — M. RAYMOND. Le gros enfant, signe d'hérédo-syphilis. — M. LECOURT. Etude des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. — M. MARTIN. Des symptômes oculo-orbitaires dans les tumeurs du sinus de la face. — M. WAGNER. Laryngotomie intercrico-thyroïdienne et trachéotomie. — M. BRING. La sclérose nodulaire du poumon.

Mardi 23 avril. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Gougerot et Sézary. — M. SICARD. De la salicylo-résistance de certaines manifestations articulaires de la maladie rhumatismale. — M. QUEUZA. Accidents de la ponction lombaire et leur traitement. — M. BOUCHARD. Le crochet positif. — M. CHAPON. Sur un nouveau traitement du bouton d'Orient par des traitements végétaux. — M. RAPAPORT. Traitement de la furonculose. — M. ROEDER. Le traitement insuffisant au début de la syphilis. — M. SAVIGNY. Accidents cutanés au cours du traitement arséno-bismuthique.

Jury : MM. Ménétrier, président; Brindeau, J. Faure et Tanon. — M. DÉTRIEUX. Les œuvres sociales dans la grande industrie en France. — M. MAKSUD. Du drainage dans les appendicites suppurées. — M. ASSELIN. Etude de la phlébite compliquant les fibromes de l'utérus. — M. JAGOT. La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux. — M. CADINOUCHE. La médecine dans l'œuvre de Géricault. — M. SEIF-EL-NASR. Etude de la splénomégalie égyptienne. — M. BER. Recherches sur le pouvoir antivirulent au cours de la vaccine expérimentale chez le lapin.

Jeudi 25 avril. — Jury : MM. Bernard, président; Lereboullet, Nobécourt et Villaret. — Mme BARTHES. Etude des sucres oxydés dans le traitement du diabète. — M. CHRISTODOULOS. Traitement de quelques cas de tuberculose externe par l'antigène méthylique de L. Nègre et Boquet. — M. FOUCAUD. Etude des lymphadénies aleucémiques. — Mme PARMENTIER-BOURDIN. Thérapeutique des affections pleuro-pulmonaires de l'enfant par les injections paratrachéales de lipiodol. — M. BOUXIN. Etude de l'ergostérine irradiée. — M. CORNIER. A propos de quelques cas de paralysie cubitale par compression du nerf dans la gouttière épitrochléo-olécranienne.

Jury : MM. Cunéo, président; Duval, Lecène et Lemaître. — M. ZUNIGA-PALLAIS. Un procédé de cure radicale de la hernie inguinale. — M. DELABORDE. Renseignements fournis par la cystoradiographie latérale dans l'étude de la miction chez les prostatiques. — M. FLEURY. La mylolyse (fonte des couronnes dentaires). — Mlle KESSEL. Ostéo-arthrite coxo-fémorale d'origine typhique et paratyphique. — M. MAYRARGUE. La linite plastique gastro-intestinale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN

DYSPEPSIE — GASTRALGIE | ENTÉRITE — *CHEZ L'ENFANT — CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressés
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boulᵈ Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU **LYSOL** IVRY (Seine).

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATᶜ : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) ; 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRÉSYL-JEYES

EXIGER BIEN LE " JEYES "
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

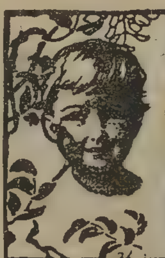
MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES — Anorexie — Vomissements — LIENTÉRIE

ELIXIR ET PILULES GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUES — Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

VALERIANE liquide de **L. PACHAUT**
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES*

INSULINE BYLA

Forme poudre
Boîte de 12 ampoules = 180 unités internationales
15 unités par ampoule

Forme liquide
Flacon de 6 cm^3 = 120 unités internationales
20 unités par cm^3

POMMADE A L'INSULINE BYLA

Littérature sur demande — R. C. Seine 71.895 — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS


LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHÉSINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 avril. — MM. Ameline, 15; Bloch, 16; Maure, 19.

Séance du 20 avril. — MM. Oberlin, 17; Meillière, 15; Leibovici, 16.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Duhem, Bouchacourt, Delherm, Barret, Lapointe, Ribadeau-Dumas, Gosset.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — La première épreuve écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1929) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 5 janvier 1930, aura lieu le mercredi 26 juin 1929, à 9 h.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le lundi 27 mai jusqu'au lundi 10 juin 1929 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve écrite.* — Séance du 17 avril. — MM. Houlnik, 24; Vidal, 31; Néron, 33; Mlle Péchenard, 25; Mme Ogliastri, 32; M. Couturier, 26.

Epreuve clinique. — Séance du 21 avril. — MM. Couturier, 12 + 6 = 18; Drudin, 13 + 4 = 17; Ardin, 17 + 8 = 25; Kergoyan, 12 + 4 = 16; Mme Buquet, 15 + 16 = 21; Mlle Péchenard, 17 + 8 = 25; Mme Ogliastri, 16 + 8 = 24.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand est autorisée à faire subir les épreuves des examens correspondant à la quatrième années d'études en vue du doctorat en médecine.

MINISTÈRE DES COLONIES — Un concours pour quinze emplois de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en *Indochine* s'ouvrira le 18 décembre 1929.

Le registre d'inscription sera clos le 17 octobre 1929, à 17 h.

Un arrêté ultérieur fixera les centres des épreuves écrites et des épreuves pratiques et orales, ainsi que les conditions dans lesquelles aura lieu le concours dont il s'agit.

— Un concours pour quinze emplois de médecin de 2e classe de l'Assistance médicale à *Madagascar* et dépendances s'ouvrira le 30 décembre 1929.

Le registre d'inscription sera clos le 19 octobre 1929, à 17 h.

Un arrêté ultérieur fixera les centres des épreuves écrites et des épreuves pratiques et orales.

Une instruction interministérielle fera connaître les conditions dans lesquelles aura lieu le concours dont il s'agit.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS. — Au cours du Congrès dont nous rendons compte plus loin, le bureau de l'Association internationale a été renouvelé pour cinq ans, l'assemblée générale a élu Mme le docteur Thuillier-Landry (France), présidente internationale, en remplacement de Lady Barrett (Angleterre). Six vice-présidentes représentent la Grande-Bretagne, les Etats-Unis, l'Allemagne, l'Italie, la Norvège et la Yougoslavie.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 9e décade (21-31 mars 1929), 1.743 décès totaux, dont 1.450 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.605 pendant la décade précédente et de 1.391, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 293 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

La scarlatine a causé 9 décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 209; il s'élevait à 286 pendant la décade precédente (moyenne 115).

La diphtérie a causé 18 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 89, au lieu de 130 pendant la décade précédente (moyenne 96).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 291 décès, au lieu de 345 pendant la décade précédente, et au lieu de 251, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 19 décès ont été attribués à la grippe.

— Pendant la 10e décade (1er-10 avril 1929), le bureau a enregistré 1.585 décès totaux, au lieu de 1.450 pendant la décade précédente.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès; on a signalé 18 cas nouveaux (moyenne 17).

Un cas de variole confirmé a été signalé.

La scarlatine a causé 9 décès (moyenne 5); 209 cas nouveaux sont signalés (moyenne 107).

La diphtérie a causé 13 décès (moyenne 9); 87 cas nouveaux (moyenne 80).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 240 décès (moyenne 201).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desesquelle (de Paris), Ed. Dantz (d'Anvers), François Monestié (d'Albi), Duchange (de Paris), Arthur Cesbron (de Marines), Paul-Auguste Brousse (de Bourganeuf), Camussi (de Cannes), René Bergeron (de Valence), Corté (de la Charité-sur-Loire).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Mélik et Bureau, chefs de clinique, commencera le lundi 6 mai 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA DÉFENSE CONTRE LA VARIOLE

Le ministère du Travail et de l'Hygiène communique la note suivante le 21 avril 1929 :

« Ainsi qu'il avait été annoncé, une réunion a eu lieu samedi à Calais entre les représentants des gouvernements français et anglais au sujet des dispositions à prendre à la suite des cas de variole constatés sur certains navires anglais ou actuellement en traitement en Grande-Bretagne.

Deux séries de mesures étaient à envisager.

La première concerne les navires arrivant de l'Extrême-Orient. A la suite de cas de variole constatés à l'arrivée d'un paquebot d'une telle provenance, des mesures sont prévues par la convention sanitaire internationale du 21 juin 1926; elles dépendent du seul gouvernement français. Elles ont été prises par lui immédiatement; leur application a permis de dépister deux cas de variole, le 13 avril, à Marseille, à bord du *Mashobra*, et d'isoler les malades à la station sanitaire du Frioul.

Les instructions les plus formelles ont été données et renouvelées aux divers ports intéressés pour l'application rigoureuse de ces mesures.

La deuxième série de mesures concerne les navires en provenance du territoire britannique, où ont été débarqués des passagers venant des Indes atteints actuellement de variole et soignés dans des hôpitaux anglais. C'est à ce sujet qu'a été tenue aujourd'hui la réunion à Calais.

a. Le gouvernement français a demandé au gouvernement britannique de faire procéder à la visite sanitaire au moment de l'embarquement de tous les passagers quittant l'Angleterre à destination du continent. Cette mesure générale éviterait le détournement de route et assurerait une efficacité beaucoup plus grande à la surveillance.

La décision sur ce point appartient au gouvernement britannique. Ses représentants ont promis une réponse pour le mardi 23 avril.

b. Le gouvernement français a, d'autre part, le droit, en vertu de la même convention internationale, s'il s'agit de navires n'ayant pas de cas de variole à bord et provenant de circonscriptions où sévit la variole, d'assujettir les passagers non protégés par une vaccination antérieure à une surveillance pendant leur déplacement dans les conditions précisées à ladite convention. Cette surveillance est caractérisée par la délivrance d'un passeport sanitaire permettant de suivre le passager pendant la période de quatorze jours prévue à la convention internationale.

L'application de ces mesures n'est point abandonnée à la décision du gouvernement britannique dont il est parlé plus haut. Elles avaient été préparées le plus rapidement possible et elles entreront en application dès le dimanche 21 avril.

La vaccination, au moment de leur débarquement, des passagers n'ayant pas été soumis à cette opération depuis cinq ans n'a pas paru au service français de l'hygiène d'une sauvegarde suffisante, car elle n'empêche pas l'éclosion de la maladie chez une personne en période d'incubation et par conséquent maintient le danger de la contamination.

Les décisions ainsi prises sont conformes à l'article 42 de la convention sanitaire internationale du 21 juin 1926. »

NOTES DE PRATIQUE

ANGINE DE POITRINE

Dans l'intervalle des accès, et pour en prévenir l'apparition, faire appliquer, tous les cinq jours, une mouche de Milan au-devant de l'aorte, ou faire recouvrir le thorax d'un enveloppement sinapisé.

Comme médication, prescrire chaque jour 3 à 4 cachets de Théosalvose barbiturique à 0g25. A mesure que les crises vont s'espaçant, abaisser progressivement ces doses à 1 ou 2 cachets.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

NOTRE TRIADE HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE

DIAL
(Diallylmalonylurée)
INSOMNIE NERVEUSE
EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ, ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES

DIDIAL
(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)
INSOMNIE-DOULEUR
TRAUMATISMES, CALMANT PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX

DIALACÉTINE
(Diallylmalonylurée + Ether allylparacétaminophénolique)
ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE
SPASMOPHILIE, NÉVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGUES

Échantillons : LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Phcien. 1, Place Morand, LYON.

R. C., 10.694, Lyon.

Atoquinol Ciba
(phénylcinchoninate d'allyle)

N'EST PAS NOCIF

Dans le traitement du goutteux franc, comme de tous les uricémiques, il est un point essentiel qu'il ne faut jamais perdre de vue : c'est la fragilité et la susceptibilité de leur foie et de leur rein dont il importe avant tout de respecter l'intégrité. Les prétendus dissolvants de l'acide urique sont souvent nuisibles à cet égard.

L'ATOQUINOL, mobilisant et dispersant les dépôts uratiques, atteint le véritable but d'une médication éliminatrice physiologique, d'où son innocuité et son efficacité rapide et curatrice.

CACHETS
1 à 3 par jour

GRANULÉ
1 à 3 cuillerées à café

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

A. — *AIGUË*

par les injections intraveineuses de

GONACRINE

Chloro-Méthylate (neutre) de la Diaminoacridine

en solution à 2 %

B. — *CHRONIQUE ET DE SES COMPLICATIONS*

par les injections intramusculaires de

NÉO-DMEGON

Vaccin antigonococcique fluoruré

Littérature franco sur demande

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e) — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e)

R. C. Paris 5386

SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE - AMÉNORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Par le docteur R. LEVENT (1).

L'entrée dans la pratique courante depuis 1894 de la sérothérapie a-t-elle coïncidé avec une atténuation de la virulence du germe? l'affirmer serait téméraire. Quoi qu'il en soit les résultats ont été si constamment beaux que l'opinion semble s'être établie qu'on ne mourait plus guère de diphtérie et qu'après avoir perdu de vue les dangers immenses que leur faisait courir le bacille de Loeffler, les malades et leur entourage semblaient redouter de plus en plus les accidents sériques dont la gravité est cependant hors de comparaison avec celle de la diphtérie elle-même.

Depuis trois ans en particulier, et à peu près dans le monde entier on signale d'autre part une recrudescence de la diphtérie et de nombreux cliniciens ont constaté que les cas observés étaient dans l'ensemble plus graves qu'autrefois et cédaient moins facilement à la sérothérapie. L'aggravation des statistiques n'a pas tardé à soulever parmi les médecins et les malades une émotion bien compréhensible et on a cherché à savoir pourquoi l'on « recommençait à mourir de la diphtérie ».

L'idée qui vient d'abord à l'esprit est d'incriminer une diminution d'activité du sérum dont on pourrait déjà trouver un indice dans la coutume devenue générale d'employer le sérum à des doses plus élevées qu'au début de l'ère sérothérapique.

Des enquêtes ont été instituées dans divers journaux médicaux auprès des praticiens; le moins qu'on puisse en dire est qu'elles n'ont qu'imparfaitement vérifié ces appréhensions mais il semble que les conclusions des praticiens ruraux qui continuent à soigner la diphtérie comme le leur permettent les moyens dont ils disposent s'opposent à celles des praticiens de grande ville. Ces derniers semblent douter de la puissance du sérum et jugent volontiers que l'arme s'est émoussée tandis que les premiers continuent d'en constater l'efficacité.

Nous ne prétendons pas que le sérum actuel n'a pas et surtout n'aura pas à être modifié mais il semble qu'on l'ait accusé à tort *faute souvent de l'employer quand et comme il le faut.*

Le médecin de campagne est réduit à ses propres moyens et rien ne le dispense jamais d'user de toute l'acuité de son sens clinique. En dépit du paradoxe apparent, il semble que ce soient là des conditions excellentes qui tendent à hâter la conclusion clinique et surtout à hâter l'intervention thérapeutique. Dans la pratique urbaine, en effet, la tendance semble s'établir de consulter le laboratoire, ne fût-ce que sous la pression morale de l'entourage du malade qui craint les accidents sériques et qui, le danger passé, n'hésitera guère en présence d'une poussée d'urticaire chez un malade que la diphtérie n'a pu qu'effleurer, à contester la légitimité d'un traitement « aussi dangereux que le sérum alors que la diphtérie n'était nullement déclarée ». Si l'exsudat pharyngé est bien caractérisé, le reproche ne sera guère fait mais les nuances d'un examen clinique, la légitimité du soupçon médical en présence d'un ensemble symptomatique qui n'est encore que suspect, sont choses qui bien évidemment échappent aux non informés. Aussi s'en remet-on au laboratoire.

Sans vouloir déprécier la valeur des renseignements qu'il fournit il est cependant permis de constater qu'il n'accélère rien; c'est avant tout la faute de la nature qui fixa la durée de végétation du bacille de Loeffler. Il n'en reste pas moins que vingt-quatre à trente-six heures de délai sont un temps précieux perdu si l'on n'a pas fait auparavant d'injection de sérum.

Nous passons sous silence les cas que la pratique hospitalière montre encore trop nombreux où la première injection de sérum, à peine antérieure à l'entrée à l'hôpital, se place aux environs du troisième jour parce que c'est vers ce moment qu'on a pour la première fois vu le malade.

Toutes ces circonstances expliquent qu'on en soit venu à transgresser trop souvent le principe primordial de la pratique diphtérique. *Il faut diagnostiquer tôt pour traiter tôt. Le laboratoire peut aider le clinicien; il ne saurait aucunement le suppléer.* Rien ne dispensera d'ici longtemps — ou peut être jamais — de faire du fond d'une gorge un examen très attentif. Toujours il faudra conserver toute sa méfiance en présence du moindre point blanc.

On tend volontiers à croire que l'extension rapide aux deux côtés de la gorge permet très tôt de reconnaître la nature diphtérique d'une angine. Il ne faut cependant pas perdre de vue que l'*unilatéralité dans l'angine à bacille de Loeffler est loin d'être exceptionnelle et que la diphtérie peut débuter comme une angine cryptique* de l'aspect le plus inoffensif; *même l'aspect le mieux caractérisé d'angine herpétique peut voiler une diphtérie*; Dieulafoy l'avait déjà noté.

Tout cela n'est que de la vieille clinique mais les faits les plus récents montrent qu'elle n'a rien perdu de sa valeur. On ne pourra que se louer d'y revenir comme on a pu se repentir de s'être trop fié à d'autres techniques.

Le laboratoire a son mot à dire, en cas de suspicion surtout; il faut le consulter *mais il ne faut à aucun prix attendre sa réponse pour commencer la sérothérapie*. Comme le faisait récemment remarquer le professeur Marfan (1), il est en réalité rarement en désaccord avec la clinique. Raison de plus pour le croire lorsqu'il vient nier la diphtérie et délivrer le praticien de sa préoccupation.

Donc faire du sérum d'emblée; la réponse du laboratoire permettra de le cesser dans le délai minimum s'il est inutile. *En résumé attendre la réponse du laboratoire pour cesser la sérothérapie, non pour la commencer.*

Les statistiques les plus anciennes sont restées vraies. Le moment d'application du sérum n'a pas moins de valeur que le sérum lui-même et rien, bien au contraire, n'est venu rendre caduque la statis-

(1) Nous exprimons ici à M. le docteur L. Martin, médecin de l'hôpital Pasteur, toute notre reconnaissance pour les conseils dont il a bien voulu nous guider.

(1) Cf. *Journ. des prat.*, 23-30 mars 1929.

tique déjà ancienne de Rauchfuss qui porte sur 39.000 cas. Elle met en regard selon le jour de la maladie où on les a observés le pourcentage des malades vus et la statistique de mortalité. Alors que 8,1 p. 100 seulement des malades sont vus au premier jour et que 3,7 p. 100 seulement succombent, les chiffres sont au deuxième jour 39,3 p. 100 avec 8,2 p. 100 de morts; au troisième jour 28,2 p. 100 avec 16,2 p. 100; aux quatrième, cinquième, sixième jours 18,9 p. 100 avec 28 p. 100 de morts. Différer sans raison l'injection du sérum permettrait sans aucun doute de rassembler à nouveau les éléments d'une statistique analogue.

Il faut continuer de faire une place à part *aux diphtéries associées.* On semble s'accorder assez généralement, en effet, à constater dans ces trois dernières années une reviviscence du streptocoque. Il est aussi difficile à l'heure actuelle qu'au temps du Congrès de Budapest, de guérir une strepto-diphtérie trop tardivement prise. Chez l'homme comme chez l'animal en expérimentation, les moments sont précieux mais *tout ici dépend du moment d'intervention.* Les doses plus fortes de sérum sont nécessaires mais n'agiront guère si données trop tardivement. Il ne faut guère compter sur la sérothérapie associée; les progrès dans la préparation de sérums antistreptococciques sont certains, mais les résultats que nous pouvons obtenir ne sont guère plus assurés qu'il y a trente-cinq ans.

Si la sérothérapie a fait baisser de 87 p. 100 à 34,2 p. 100, les morts par streptodiphtérie, elle n'a pu rejoindre les 7,50 p. 100 de morts de la diphtérie pure.

Il en est de même pour les croups associés.

Il convient donc pour se convaincre encore davantage si possible de la nécessité absolue d'une sérothérapie précoce de ne pas ignorer l'actuelle reviviscence de la streptodiphtérie. Sans aucun doute, mais pour des raisons que nous ignorons encore, le streptocoque lui-même est plus virulent qu'autrefois et sa virulence présente dans la scarlatine n'est pas pour y contredire. C'est peut-être dans ces cas de virulence exaltée que le danger est le plus grand d'un diagnostic trop tardif. Certains faits constatés récemment sont d'une similitude frappante avec ceux observés par M. Martin, en 1896 à Privas, où se développa une épidémie demeurée sinistrement célèbre dans les annales de la diphérie.

Dans ces cas le début se fait par une rougeur totale de la gorge, de caractère scarlatineux, des vomissements, de la douleur dans la région hépatique. Dès la douzième heure, la gorge est entièrement tapissée de fausses membranes et le sérum est devenu impuissant.

Le diagnostic est incontestablement malaisé surtout lorsque la notion d'épidémie n'a pu être encore établie. Mais la vie du malade dépend uniquement d'une méfiance tôt éveillée et de la répétition de l'examen pharyngé dans les premières heures. La formule : diagnostic tôt, traitement tôt est ici plus que jamais de mise. A noter que le diagnostic précoce comporte encore une autre sanction : *la sérothérapie préventive largement étendue à tout l'entourage du malade* qui selon les sujets sera simplement préventive on se trouvera par coïncidence être le traitement précoce d'une diphtérie sur le point d'éclater, mais qui en tous cas jugulera sans rémission maladie et épidémie? Les épidémies de diphtérie sont d'ailleurs rarement massives et procèdent plutôt par petits paquets.

Il ne convient certes pas, en dehors de ce cas particulier, d'injecter de sérum tous les porteurs d'angine rouge. Le plus sage et le plus efficace dans les circonstances ordinaires est d'appliquer les principes que rappelait récemment le professeur Marfan : une angine rouge qui reste rouge après quarante-huit heures — délai qu'on ne devra naturellement pas laisser écouler lorsqu'il y a vomissements ou douleur hépatique, surtout si la rougeur est scarlatiniforme — n'est pas diphtérique lorsqu'elle est primitive. Elle doit au contraire être tenue pour suspecte si elle s'accompagne de laryngite ou de coryza à caractères spéciaux ou d'une adénopathie intense et précoce, ou si l'on se trouve en milieu d'épidémie. Une angine rouge doit aussi être tenue jusqu'à preuve du contraire pour suspecte chez un scarlatineux, quelle que soit sa date d'apparition. Il faut toutefois savoir qu'une angine ordinaire peut parfois coexister avec le saprophytisme pharyngé de bacilles diphtériques chez un porteur de germes (Marfan).

Comment interpréter le bilan de l'examen bactériologique? — Dans certains cas il causera une surprise pénible : la streptodiphtérie ne s'accompagne pas obligatoirement de fausses membranes d'aspect grisâtre ou hémorragique ni d'adénopathie à caractère spécial; des fausses membranes immaculées peuvent réceler le streptocoque et le pronostic conserve toute sa gravité. Bien que différé, le résultat de l'examen bactériologique apporte donc une indication plus impérieuse que jamais de traitement vigoureux.

Le plus souvent heureusement, c'est seulement au bacille long ou moyen qu'on aura affaire. Même indication de traitement énergique que l'examen ait montré de fausses membranes caractérisées ou seulement des points blancs discrets.

Si l'examen ne montre que du bacille court, il ne s'agit pas, le plus souvent, d'une diphtérie.

Une certaine méfiance est cependant de bonne pratique lorsqu'il s'agit de fausses membranes, puisqu'on connaît quelques rares épidémies de diphtérie authentique, à bacille court.

Il convient aussi de mesurer l'estime que mérite l'examen bactériologique à la compétence du technicien : un ensemencement mal fait, une étuve mal réglée, un milieu de culture trop sec peuvent donner l'aspect court au bacille de Lœffer. Il y a là un cas d'espèce.

La présence du bacille court ne dispensera donc pas de quelques jours de surveillance très attentive lorsqu'il y a fausse membrane. C'est le seul cas où expectative armée ne soit pas synonyme de temps irrémédiablement perdu.

Comment injecter le sérum. — La rapidité d'action du sérum à précocité d'administration égale est fonc-

tion de la rapidité de pénétration de l'antitoxine dans le sang. On ne saurait toutefois l'y introduire directement par injection intraveineuse sans risquer d'occasionner un choc grave.

Deux voies demeurent que l'on doit employer conjointement pour que l'antitoxine puisse agir à la fois vite, puissamment et avec continuité. L'une est la *voie sous-cutanée* employée de tous temps, mais qui impose à l'antitoxine un délai de douze heures environ avant pénétration sanguine. L'autre est *la voie intramusculaire* d'usage plus récent, qui permet à l'antitoxine d'agir en deux à trois heures; elle représente donc un progrès considérable en sérothérapie.

Les sérums. — Une forme de sérum préconisée il y a quelques années pour ajouter à l'action générale une action locale n'est guère entrée dans l'usage courant. C'est le *sérum desséché*, connu sous le nom de Pastilles de Martin. Nous n'y insisterons pas bien qu'il s'agisse là d'un adjuvant très intéressant; c'est de plus un agent thérapeutique qu'il peut être utile d'employer en dehors même des cas de diphtérie confirmée.

Dans les angines rouges, en effet, quelle qu'en soit la nature, les pastilles de Martin constituent un traitement souvent très actif. C'est dire l'intérêt qu'elles présentent dans les angines rouges dont on n'ose nier la nature diphtérique. La raison de l'activité dans ces cas est mal connue: on sait toutefois que le sérum possède certainement une action antitryptique; c'est donc en combattant des phénomènes locaux d'autodigestion que ces pastilles agiraient.

Mais ce n'est dans la diphtérie qu'un accessoire; le principal est le sérum sous sa forme ordinaire.

Quelque primordiale que soit l'époque d'administration, il ne faut pas ignorer quelle forme il est préférable d'employer. Dans ces dernières années, en effet, de nouvelles préparations sériques ont été réalisées, plus appropriées à certains buts et entre lesquelles le praticien doit choisir.

Il faut donc, pour obtenir l'effet cherché, donner à la fois *le sérum qu'il faut et la quantité qu'il faut.*

Trois préparations existent actuellement. Leur puissance se mesure en unités antitoxiques dont la définition alourdirait inutilement cet exposé. Ces préparations sont uniformément définies par la quantité d'unités antitoxiques y contenues. Ce sont les « unités internationales » (Ehrlich) universellement acceptées actuellement.

Toutes les souches de bacille antidiphtérique peuvent servir, mais toutes n'ont pas une valeur égale. On peut les grouper sous trois chefs principaux :

1° *Le bacille américain*, bacille toxigène, le seul actuellement connu qui fournisse une toxine active au 1/1.000 de cc. C'est donc un excellent point de départ pour la préparation d'un sérum antitoxique ou d'une anatoxine. L'inoculation au cheval d'une toxine demeurée trois à quatre jours à l'étuve ne provoque dans son sérum la formation d'aucune agglutinine; un mois d'étuve est nécessaire à leur apparition. Ce sérum est donc faiblement antimicrobien. On peut donc en conclure que la mesure du pouvoir antitoxique ne mesure pas la totalité de la valeur thérapeutique du sérum.

2° *Microbe parisien*, issu de la souche 261 (Veillon), objet du rapport de Budapest. La toxine est active au 1/100 de centimètre cube; il produit mieux que le précédent la chute des fausses membranes. On saisit donc son importance contre l'élément fausse membrane.

3° *Souches diverses*, d'origines variées, qu'on joint aux autres pour obtenir une polyvalence aussi étendue que possible. Leur toxine n'agit qu'au 1/50 ou même au 1/30 de centimètre cube.

Les particularités de ces diverses souches font saisir aisément qu'un sérum antitoxique puissant ne pourra être préparé sans bacille américain, mais que la souche 261 reprend l'avantage vis-à-vis des fausses membranes comme dans le croup.

C'est probablement en raison de la qualité des souches d'origine qu'au début de la sérothérapie, Behring et les auteurs allemands n'obtenaient pas contre les exsudats l'effet cherché.

*
* *

On dispose pour la thérapeutique courante de trois préparations :

I. **Sérum ordinaire.** — Il est préparé avec un mélange de sérum à puissance antitoxique élevée, et d'un sérum moins antitoxique préparé avec des microbes locaux longtemps gardés à l'étuve agissant électivement sur les fausses membranes. Dans les cas ordinaires l'exsudat doit avoir disparu en quarante-huit heures; dans les formes graves il reparaît mais ne doit pas persister au delà du cinquième ou sixième jour. Ce sérum contient *300 unités internationales par centimètre cube* (*soit 3.000 par flacon* de 10 centimètres cubes; prix commercial : 7 francs).

II. **Sérum purifié.** — On y a recherché à la fois une concentration et l'élimination des albumines animales sans valeur thérapeutique mais responsables des accidents sériques. C'est un liquide clair à peine teinté, très différent du sérum ordinaire, plus visqueux et d'un jaune franc. *Le centimètre cube équivaut à 100 unités internationales (soit 1.000 unités par flacon de 10 centimètres cubes; prix : 7 francs).*

Ce sérum est donc à volume égal moins puissant que l'ordinaire et l'on devrait forcer les doses pour l'employer à un traitement ce qui ramènerait indirectement à se rapprocher de la dose d'albumine nuisible. *C'est en revanche la préparation de choix pour la sérothérapie préventive.* Dans ce cas les accidents sériques peuvent manquer complètement.

III. **Sérum concentré.** — Il est surtout préparé pour l'exportation. Pour obtenir les 1.000 unités internationales par centimètre cube conformes à certains règlements étrangers, il faut à la fois le concentrer et n'employer que des souches puissamment toxiques; la polyvalence du sérum est donc diminuée en même temps que la teneur en albumine demeure élevée. Il est efficace au point de vue curatif et préventif mais peut donner plus fréquemment des acci-

dents sériques. [Flacon de 5 centimètres cubes équivalant à 5.000 unités; prix : 15 francs (1)].

POSOLOGIE DES SÉRUMS. — Il importe de commencer d'emblée par une dose suffisante.

Dans les formes ordinaires *la dose quotidienne de rigueur est de 10.000 U, 40 à 60 centimètres cubes* (soit 12.000 à 16.000 unités, soit 21 à 28 francs) sont donc suffisants.

On injectera *20 centimètres sous la peau et 20 centimètres cubes intramusculaires* une heure après l'injection sous-cutanée afin d'éviter le choc.

Cette dose sera renouvelée le lendemain et le troisième jour. A partir du moment où les fausses membranes ont cessé de se reproduire *on diminue les doses graduellement* pour ne cesser le sérum qu'en trois à quatre jours.

Dans les formes graves ou vues tardivement, on commencera par *40 centimètres cubes sous-cutanés et 40 centimètres cubes intramusculaires* (soit 24.000 unités). On continuera ces doses jusqu'à disparition définitive des fausses membranes et les diminuera ensuite plus lentement que dans les formes ordinaires pour parer aux rechutes et surtout aux accidents tardifs. Ne pas craindre d'atteindre, le cas échéant, des doses encore supérieures d'emblée.

Malgré l'inconvénient d'administrer des doses aussi élevées d'albumines étrangères, il ne paraît pas y avoir avantage à employer le sérum purifié qui oblige à donner des quantités plus élevées et n'économise qu'en apparence les albumines gênantes.

Ce sérum purifié doit en réalité rester un agent préventif, le sérum ordinaire demeurant préférable pour les traitements.

Quoique considérables déjà, ces doses peuvent être encore augmentées dans des formes particulièrement graves et en particulier dans les formes associées où l'on devra, mais sans certitude de succès, s'aider de plus des sérums antistreptococciques.

Dans toutes les formes même légères, l'opothérapie surrénale est une pratique recommandable.

Conclusions. — La conduite à tenir dans les diphtéries présentes peut donc se résumer ainsi :

— Diagnostic précoce. Considérer comme diphtérique toute angine blanche, quel que soit le caractère de son exsudat et faire immédiatement du sérum que l'on continuera jusqu'à ce que le laboratoire donne une raison de l'interrompre. (Absence de bacilles ou bacilles courts).

— Traiter de même les angines rouges même primitives, lorsque en milieu douteux (diphtérie, scarlatine) ou lorsque symptômes concomitants suspects. Toujours penser aux angines rouges streptodiphtériques.

— Doses d'emblée massives de sérum (10.000 unités au moins) par voie en même temps sous-cutanée et intramusculaire. Continuer sans défaillance ; la disparition définitive des fausses membranes est la seule indication de diminuer graduellement les doses.

— Employer pour le traitement le sérum ordinaire; réserver le sérum purifié à la sérothérapie préventive,

— Employé tôt et vigoureusement, comme il doit l'être, le sérum antidiphtérique ne sera plus soupçonné d'avoir démérité.

(1) Nous croyons intéressant de mettre en parallèle les trois variétés homologues actuellement préparées de sérum antitétanique :

Sérum modèle français : flacon de 10 centimètres cubes, 3.000 unités internationales, prix : 7 fr. (1.500 U. S. A.).

Sérum purifié : flacon de 3.000 unités internationales, prix : 12 fr. (1.500 U. S. A.).

Sérum concentré curatif : 10.000 unités internationales, prix : 30 fr. (5.000 U. S. A.).

Le sérum purifié à dose préventive donne peu d'accidents sériques.

IIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS

Paris, 10-15 avril 1929.

Le IIe Congrès quinquennal de l'Association internationale des femmes médecins s'est ouvert le jeudi 11 avril à Paris dans les salles de l'Institut international de coopération intellectuelle (S. D. N.), au Palais-Royal.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès a eu lieu sous la présidence de M. Charlety, recteur de l'Académie de Paris, assisté de M. le Doyen de la Faculté de médecine et en présence de M. le Directeur de l'Institut international de coopération intellectuelle.

Les séances de travail ont commencé aussitôt sous la présidence de Lady Barrett, assistée des vice-présidentes, Mmes les docteurs Esther Lovejoy, Thuillier-Landry, et Svensson, de la trésorière le docteur Jane Walker, et de la secrétaire générale le docteur Martindale.

Grâce à l'amabilité de Mme le docteur Montlaur, secrétaire générale de l'Association française des femmes médecins nous pouvons donner un aperçu des travaux du Congrès.

Deux questions étaient à l'ordre du jour : *L'Éducation sexuelle des enfants et des adolescents* et *Les Analgésies de l'accouchement.* Les rapports dont nous donnons le résumé étaient rédigés dans les deux langues officielles du Congrès le français et l'anglais.

PREMIÈRE QUESTION

L'ÉDUCATION SEXUELLE

D'après l'enquête faite en Espagne, France, Hongrie, Italie, Pologne, Suisse et Yougo-Slavie,

Rapport de Mme le docteur MONTREUIL-STRAUSS (France).

Conclusions du rapporteur.

Comment concevoir et réaliser l'éducation sexuelle des enfants et des adolescents. — Nous pensons être en accord avec nos rapporteurs en établissant comme suit les principes qui doivent présider à l'éducation sexuelle de l'enfant et de l'adolescent.

L'éducation sexuelle doit être à la fois scientifique, morale et sociale, elle doit comporter d'une part un enseignement gradué et intermittent des faits se rapportant à la génération,

(1) *Association de la Presse médicale française.*

et d'autre part une formation du caractère par des influences continues et la création d'un milieu favorable.

L'enseignement gradué et intermittent est principalement scientifique et rentre tout naturellement dans l'étude raisonnée des sciences naturelles (biologie générale, anatomie, physiologie, hygiène) qui se donne à l'école. Cependant il serait faux de croire que les parents doivent s'en désintéresser.

L'enfant s'instruit non seulement par l'enseignement qu'il reçoit en classe, mais aussi en posant des questions suscitées par sa curiosité toujours en éveil. Chez le petit enfant cette acquisition spontanée de connaissances nouvelles est la base normale du développement de son intelligence et de sa sensibilité.

La première instruction de l'enfant revient donc de droit et de fait à *la famille*. Dans le domaine qui nous occupe, celle-ci a une importance primordiale, car la manière dont l'enfant aura reçu ses premières connaissances sexuelles (origine de la vie, filiation maternelle, paternelle) influence l'idée qu'il se formera peu à peu des choses relatives à la génération, et plus tard renforce ou altère la confiance qu'il témoigne à ses parents lorsqu'il traverse la période pénible de la puberté avec son déséquilibre moral et affectif momentané et l'éveil de sensations et d'aspirations nouvelles.

Les réponses des parents doivent être non seulement très claires et très simples, mais être données sur un ton et avec une attitude toute naturelle. Le petit enfant doit acquérir ces notions comme les autres qui meublent peu à peu son intelligence, c'est-à-dire sans s'en douter. Ensuite, seconde condition, et nous y reviendrons en étudiant l'influence éducative du milieu, elles doivent toujours tendre à agir sur son affectivité en lui inspirant le respect pour la plus belle et la plus admirable des fonctions de l'espèce : la fonction de reproduction.

Il faudrait, dès ces premières questions de l'enfant, que la façon dont la connaissance de la filiation paternelle et maternelle lui soit enseignée crée chez lui non seulement l'amour et le respect filial, mais encore et par extension, la conscience de la solidarité et de la responsabilité humaine, en lui montrant qu'il n'est qu'un anneau de la chaîne infinie de l'humanité, le lien qui unit les générations ensevelies du passé à celles qui se lèveront dans l'avenir.

A *l'école*, le rôle de l'éducateur consistera non pas seulement à répondre, comme dans la famille, aux questions spontanées de l'enfant, mais à faire rentrer normalement dans toutes les branches des programmes d'enseignement la part qui revient naturellement à la fonction de reproduction.

Se figurer un enseignement sexuel comme une tranche à part de l'instruction générale est non seulement une faute, mais une erreur pédagogique.

Les organes et la fonction de reproduction végétale et animale doivent être étudiés en botanique, zoologie, anatomie et physiologie humaine ; l'hérédité, les maladies vénériennes, au cours d'hygiène ; l'importance sociale du mariage, de la famille, unité sociale, au cours de morale, etc.

Il n'y a pas un enseignement sexuel proprement dit, « il n'y a », comme le disait le docteur Pauline Luisi dans son remarquable rapport du Congrès international de prophyaxie et d'hygiène sociale de Paris en 1923, « que l'éducation intégrale ». Il s'agit simplement, au lieu de supprimer arbitrairement la question de la génération des études scolaires, de lui rendre dans chaque branche (botanique, zoologie, anatomie et physiologie humaine, hygiène, sociologie, droit, morale et psychologie), l'importance et la place qu'elle doit y occuper.

L'éducation scientifique, ainsi mentionnée, doit commencer dès le jeune âge de l'enfant, c'est-à-dire avant qu'il n'ait l'idée de tirer une application personnelle des explications générales qui lui sont données. L'intérêt objectif doit être recherché avant l'intérêt subjectif, ce qui dans ce domaine particulier est une question d'âge.

Ajoutons que l'étude des fonctions de reproduction en botanique et zoologie, si elle faite d'un point de vue uniquement objectif et scientifique, ne peut troubler un enfant, nous dirons plus, elle aura même une action bienfaisante sur les jeunes imaginations, car la science désensualise ce qu'elle touche, et le fait d'apprendre dès l'enfance à penser simplement et sainement à certaines réalités biologiques sera déjà un résultat appréciable de l'enseignement ainsi complété.

Lorsque le problème sexuel se présentera plus tard à l'adolescent, il aura plus de facilité à l'aborder naturellement comme les autres problèmes de la vie, sans curiosité malsaine et sans imagination troublée.

Nous avons vu que parmi la jeunesse féminine, où les réactions produites par cette éducation ont pu être étudiées, l'enseignement des faits se rapportant à la fonction de reproduction éveille le sentiment de responsabilité devant la mission créatrice de la femme, la fierté d'être appelées à l'accomplir, le désir de la maternité.

La formation du caractère par des influences continues et la création d'un milieu favorable est surtout du ressort de la famille, mais nous nous écartons cependant du point de vue trop absolu de certains parents qui pensent que l'action de l'école doit être à cet égard complètement écartée.

Quoique l'école actuelle par ses méthodes surannées ait surtout pour effet de meubler la mémoire au lieu de former une personnalité, il est certain qu'elle représente le milieu où l'enfant passe la moitié de son temps et auquel il consacre la majeure partie de son activité intellectuelle. Elle ne peut être considérée comme négligeable dans la formation de son caractère.

Famille et école doivent collaborer, s'appliquer l'une et l'autre à faire l'éducation de la volonté et développer la force de caractère afin d'aider l'enfant à soumettre ses instincts et ses impulsions au jugement de sa conscience et au pouvoir de sa volonté.

Dans le domaine qui nous occupe, une telle éducation ne se fait pas seulement à l'aide de paroles, d'explications, conseils, recommandations, mais encore et surtout par le respect, la gravité avec lesquels l'enfant voit ses parents, ses maîtres, ceux en qui il a confiance, accueillir et discuter les différents aspects sociaux, moraux, physiologiques de la vie sexuelle qui se rencontrent dans la vie ou la littérature.

L'enfant est avant tout un être de sentiment et d'instinct et tout en lui donnant les connaissances précises indispensables, il faut s'attacher à impressionner son affectivité. L'atmosphère de moralité, de noblesse, de respect, qui doit entourer ses connaissances sexuelles sera, beaucoup plus que les leçons méthodiques de morale, une défense invisible contre les entraînements de l'inconduite.

Cette atmosphère est d'ailleurs facile à créer en reportant dès le début et toujours à la maternité, c'est-à-dire au mystère de la création de la vie et de la naissance, les faits de la génération. Il faudrait que pour toujours soit imprimée dans l'âme de l'enfant, fille ou garçon, avant l'éveil de ses sens et dominant pour lui l'évocation de l'acte sexuel, l'idée de la maternité, de ses douleurs et de ses joies.

Là est le terrain sûr et solide sur lequel l'éducateur peut sans crainte s'avancer, qu'il parle du point de vue physiologique, moral, social, là est la conclusion qui explique et qui consacre.

Le programme éducatif dont nous venons d'esquisser les directives ne peut être vraiment appliqué que si les éducateurs de l'enfant y sont scientifiquement et moralement préparés.

Nous devons donc souhaiter que dans les contrées qui ont l'enseignement sexuel incorporé aux programmes scolaires, les instituteurs et professeurs des deux sexes reçoivent les connaissances pédagogiques et scientifiques nécessaires à la diffusion de cet enseignement et comprennent l'étendue de leur devoir d'éducateur.

Nous désirons qu'ils réalisent pleinement que l'éducation

doit être avant tout la préparation à la vie; or, il est peu de facteurs qui influencent aussi profondément le développement de l'individu que l'instinct de reproduction dont procèdent l'amour, la maternité, la paternité ; plus que tout autre il est capable par son épanouissement d'ennoblir ou de dégrader la vie : il demande donc à être reconnu, surveillé, dirigé avec un soin particulier et une conscience éclairée.

Dans les pays où l'enseignement sexuel ne fait pas encore partie des programmes scolaires, nous souhaitons qu'une forte, méthodique et convaincante campagne de propagande rappelle aux parents et aux éducateurs leurs devoirs dans ce domaine et éveille chez eux le sens de leurs responsabilités.

Les enquêtes qui ont servi de base à ce rapport nous permettent d'être optimiste et d'entrevoir dans un avenir plus ou moins proche une éducation plus vraie et plus saine de l'enfant qui lui permettra, le jour où le problème sexuel se présentera à lui sous une forme ou sous une autre, de l'aborder avec une conscience claire et nette de ses devoirs et de ses responsabilités.

Rapport de Miss. MARTINDALE MD. BS. (Angleterre).

Les conclusions générales du rapporteur peuvent être ainsi résumées :

Il doit y avoir une instruction sexuelle bien qu'il ne soit pas nécessaire de la donner sous ce nom et qu'il faille au contraire s'abstenir de le faire.

La connaissance des sexes doit être révélée aux tout jeunes enfants, non pas comme quelque chose de mystérieux et de spécial, mais tout naturellement, comme des études ordinaires, dans un simple récit de l'ensemble de la création animale et humaine.

Un livre sur « la vie animale et humaine », écrit avec grand soin, serait très recherché.

Plus tard, à l'école et au collège, il conviendrait puisqu'aucune connaissance d'ordre physiologique, si sagement répandue qu'elle soit, ne peut avoir d'influence sur la conduite sexuelle) d'assurer le contrôle des impulsions instinctives et leur subordination à un idéal nettement religieux et éthique. (Un livre comme « La transmission de la vie » peut être utile lorsqu'on manque de bons professeurs capables de faire des conférences.)

Puisque les parents sont dans bien des cas les mieux placés pour répondre aux questions des enfants — et tous les auteurs sont d'accord pour condamner les réponses évasives — il faudrait qu'ils soient eux-mêmes instruits des questions sexuelles.

Les professeurs, s'ils doivent entreprendre l'éducation sexuelle au point de vue biologique, physiologique ou éthique, doivent aussi avoir l'occasion d'acquérir largement les connaissances et l'expérience qui seules leur permettront de traiter leur sujet du plus élevé et du meilleur point de vue.

Enfin, plusieurs des auteurs insistent sur l'erreur qui consiste à donner une instruction différente aux garçons et aux filles — bien qu'il soit préférable pour certaines parties de cet enseignement de le donner séparément — car une même connaissance conduit à une même moralité.

DEUXIÈME QUESTION

L'ANALGÉSIE DANS LES ACCOUCHEMENTS

Réponses au questionnaire sur l'analgésie dans les accouchements.

Rapport de Mme le docteur NECHKOVITCH-VOUCHÉTITCH (Yougo-Slavie).

« La question de l'anesthésie obstétricale a été assez discutée dans le monde médical. Certains ont voulu l'expliquer comme une conséquence de l'émancipation de la femme, qui chercherait à accomplir son travail d'enfantement sans souffrance. Je rejette énergiquement cette opinion car la femme, en cherchant à être l'égale de l'homme, ne fuit pas les devoirs que la nature lui a imposés.

Dans divers pays, on cherche à atténuer les douleurs de l'enfantement, soit physiologiques, soit pathologiques, par différents procédés. Ainsi, dans certains pays, c'est le *chloroforme* qui tient la première place. La *scopolamine-morphine* s'emploie surtout en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, où se trouve même une association philanthropique la « Twilight Sleep Association » qui a pour but d'en vulgariser l'usage. En France, c'est le *sédol* (bromhydrate de scopolamine + chlorhydrate de morphine) qui est souvent employé.

Ayant été désignée, avec Mme le docteur Kunkel, pour donner un compte rendu de la question, nous avons rédigé un questionnaire sur ce sujet. Mais, hélas, disposant d'un trop court délai (par suite de circonstances indépendantes de notre volonté) je n'ai obtenu que trois réponses en langue française et une en langue italienne.

J'ai l'honneur de vous présenter ces quatre réponses faites par Mmes les docteurs Denise Blanchier, ex-interne des hôpitaux de Paris, Nathalie Zand, de Varsovie, Marie Tisserand, chef de clinique obstétricale, à Paris, et le professeur Carcupino Ferrari, Docente in clinica ostetrica e gynecologica della R. Università di Parma.

France. — I. Réponse du docteur Marie TISSERAND.

Le docteur Tisserand considère les douleurs de l'enfantement comme physiologiques, mais pouvant devenir anormales en cas de contracture ou de tétanisation de l'utérus.

Les contractions involontaires de l'utérus pendant l'accouchement sont caractérisées par des douleurs intermittentes, tandis qu'elles sont indolores pendant la grossesse. Ces douleurs dépendent de la sensibilité de la parturiente et du moment de l'accouchement.

Le docteur Tisserand conseille de s'abstenir de toute administration d'analgésiques dans les cas normaux.

Dans les seuls cas où des signes d'épuisement physique se présenteraient (la femme n'étant toutefois ni tuberculeuse, ni cardiaque), elle intervient moralement ou thérapeutiquement.

Elle croit qu'il n'y a pas d'analgésiques pouvant être dosés de façon à obtenir exactement la suppression ou simplement la diminution de la douleur. Le facteur individuel intervient. Il est difficile de déterminer la dose limite qui supprimerait la douleur, sans supprimer en même temps le jeu physiologique de l'accouchement.

A propos des effets de l'anesthésie, le docteur Tisserand dit que l'anesthésie a toujours des effets nocifs, variables selon le produit employé.

Elle cite comme indications à l'emploi de l'analgésie : les interventions obstétricales et tous les cas où il y aurait lieu de terminer rapidement et artificiellement l'accouchement pour éviter à la femme les efforts de l'accouchement.

Dans l'accouchement avec travail normal, présentation eutocique et tissus normaux chez une femme non tarée, le docteur Tisserand est d'avis que toute analgésie est contre-indiquée.

Parmi les différentes méthodes d'anesthésie par inhalation, le docteur Tisserand préconise le chloroforme, l'éther et le mélange de Schleich.

Chloroforme. — Elle donne le chloroforme à la reine suivant la technique de Simpson pour diminuer les douleurs de la période d'expulsion et en cite d'heureux résultats. Mais elle conseille de ne pas forcer la dose, car on observe alors l'arrêt des contractions utérines. Cet arrêt ne doit être recherché, d'après elle, que lorsque la tête arrive au dégagement complet et que l'extraction peut en être faite sans l'intervention de la femme ; on évite, de cette manière, les déchirures du périnée dues à une expulsion intempestive et brutale.

Employé comme anesthésique général, le chloroforme est

beaucoup plus toxique. Il y a à craindre non seulement les syncopes, mais encore les vomissements et l'intoxication hépato-rénale avec ictère. Et pourtant, dit-elle, il y a lieu de signaler que la femme enceinte supporte mieux cet anesthésique que la femme non enceinte, probablement parce qu'une grande partie de l'anesthésique est éliminée au moment de la délivrance par le placenta, ses annexes et le sang qui les accompagne. Un autre inconvénient du chloroforme, dit le docteur Tisserand, est qu'il favorise l'inertie utérine, provoquant les hémorragies de la délivrance; mais elle n'a pas l'impression que la morbidité ait été accrue de ce fait. Quant à l'enfant, dit-elle, il naît endormi et la plupart du temps il pousse son premier cri au bout de cinq à dix minutes; le docteur Tisserand cite un cas où elle a été obligée d'en ranimer un pendant trois quarts d'heure.

Elle emploie enfin le chloroforme chez les éclamptiques pour modérer les accès et pour terminer rapidement l'accouchement. De même, elle l'emploie chez les femmes ayant reçu auparavant une injection d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse et présentant une salve de contractions trop rapprochées ou trop prolongées.

Ether. — L'éther est, selon le docteur Tisserand, moins dangereux que le chloroforme car il ne détermine pas d'inertie utérine et serait mieux supporté par le fœtus. Le seul inconvénient est l'irritation des voies respiratoires.

Mélange de Schleich. — Le mélange de Schleich (mélange de 60 parties d'éther avec 20 de chloroforme et 10 de chlorure d'éthyle) est fort recommandé par le docteur Tisserand. L'anesthésie qu'il produit est rapide, la cyanose et l'irritation respiratoire sont nettement moins accusées qu'avec l'éther; la syncope de début est moins fréquente qu'avec le chlorure d'éthyle et le chloroforme.

Chlorure d'éthyle. — Quant au chlorure d'éthyle, le docteur Tisserand rejette son emploi au cours de l'accouchement. Elle le réserve pour les incisions d'abcès mammaires.

Rachi-anesthésie. — La rachi-anesthésie compte de nombreux partisans parmi les accoucheurs français, et pourtant le docteur Tisserand lui est actuellement encore hostile, ayant présent à l'esprit trois cas de mort subite dix minutes après la ponction rachidienne.

Cependant, d'après les observations faites dans le service de l'hôpital de la Pitié, le docteur Tisserand a pu vérifier elle-même les avantages et les inconvénients de la rachi-anesthésie et préciser ses indications.

Les avantages de la rachi-anesthésie sont de déterminer l'analgésie des contractions utérines, tout en conservant et même en augmentant la contractilité et la rétractilité du corps utérin. Elle paralyse aussi le col et le périnée et les rend insensibles.

La toxicité est nulle pour le foie et les poumons. Le fœtus ne paraît pas en souffrir.

Comme inconvénient de la rachi-anesthésie, le docteur Tisserand cite des difficultés de technique chez la femme enceinte. Puis elle rapporte certains accidents tardifs, tels que vomissements, céphalée rebelle, escarre du sacrum, paralysies, rétention ou incontinence des matières ou de l'urine, contracture des membres supérieurs.

D'après le docteur Tisserand, la rachi-analgésie n'est pas à conseiller chez les malades shockées, chez celles atteintes d'hémorragie, chez les cardiaques et les emphysémateuses à cœur dilaté, car elle détermine des phénomènes d'hypotension pouvant amener une syncope grave et même mortelle.

Le docteur Tisserand donne comme indications à l'emploi de la rachi-anesthésie : les opérations césariennes supra-symphysaires, les pelvitomies, le forceps difficile chez les femmes à périnée très résistant et l'extraction du siège chez une primipare.

Le docteur Tisserand cite les travaux du docteur Balard qui a préconisé la rachi-anesthésie dans les rigidités spasmodiques et non infectieuses du col, et ceux du docteur Delmas qui la préconise dans tous les cas où l'accouchement doit être méthodiquement rapide.

Morphine. — Quant à l'anesthésie produite par injection hypodermique de morphine, le docteur Tisserand ne la recommande pas, la morphine étant dangereuse pour l'enfant; les seules indications, pour son emploi, sont la contracture utérine et l'éclampsie, où elle rend souvent des services.

Scopolamine. Atropine-morphine. — En ce qui concerne la scopolamine, les associations atropine-morphine et morphine-scopolamine, le docteur Tisserand dit qu'elles sont peu employées en France.

Pernocton. Avertine. — L'injection intraveineuse de pernocton et l'administration par voie rectale d'avertine ne sont pas utilisées en France.

Le docteur Tisserand n'est pas partisan, pendant l'accouchement, d'une ingestion médicamenteuse quelconque qui détermine presque toujours des efforts de vomissement.

Antipyrine. — Mais elle administre volontiers l'antipyrine dans les suites de l'accouchement pour calmer les tranchées utérines.

Hypnose. — L'hypnose, dit-elle, est rayée de l'arsenal thérapeutique depuis la mort de Charcot. Elle emploie seulement la persuasion et les encouragements.

Hémypnal. — Pour terminer, le docteur Tisserand signale quelques essais français pour obtenir l'analgésie ou l'anesthésie. En premier lieu, l'injection intramusculaire d'hémypnal (10 centigrammes de coramine par ampoule). On la pratique lorsque la dilatation est entre 5 francs et petite paume; elle produit l'analgésie en même temps qu'un demi-sommeil; les contractions persistent et l'enfant ne souffre pas. Dans 25 p. 100 des cas, l'insensibilisation utéro-vaginale est complète.

Somnifène. — Comme second produit, le docteur Tisserand cite le somnifène dont elle n'a pas, dit-elle, la pratique.

Rachianesthésie en goutte. Anesthésie épidurale. — En troisième lieu, elle cite l'anesthésie régionale : la rachianesthésie en goutte, suivant la méthode de Ravaut expérimentée en obstétrique par Risacher et Waitz, et l'anesthésie épidurale.

La première méthode consiste à introduire une petite quantité d'une solution de novocaïne hypertonique dans l'espace sous-arachnoïdien du sujet assis. Cette solution, en raison de sa densité, tombe au fond du cul-de-sac et crée une anesthésie limitée; les contractions utérines persistent.

Conclusions. — Comme conclusions, le docteur Tisserand souligne qu'elle s'abstient, en règle générale, d'anesthésie dans l'accouchement normal. Lorsque la sensibilité est excessive et que la déchéance organique de la malade l'oblige à une analgésie, elle donne du chloroforme à la reine et laisse l'expulsion se faire spontanément, n'augmentant l'analgénie qu'au moment du dégagement de la tête.

Pour les interventions par voie haute, elle donne la préférence au mélange de Schleich. Pour les interventions par voie basse, elle emploie habituellement le chloroforme à la compresse ou le Schleich avec peut-être une tendance à pratiquer une anesthésie régionale : anesthésie épidurale ou rachianesthésie en goutte.

Elle ne réserve la rachianesthésie qu'aux femmes chez lesquelles l'anesthésie générale est contre-indiquée.

II. Réponse du docteur Denise Blanchier.

Le docteur Blanchier considère les douleurs de l'accouchement comme physiologiques, mais devenant, par exagération, pathologiques. D'après elle, on doit chercher à supprimer les

douleurs même physiologiques, car il est humainement souhaitable de supprimer toute souffrance.

Mais elle n'est pas d'avis de supprimer la conscience de la femme qui infante. Elle trouve que les moyens à employer pour supprimer ou amoindrir les douleurs doivent être absolument inoffensifs pour la mère comme pour l'enfant. Elle estime que de tels moyens n'existant pas encore, c'est à la science de les rechercher.

Chloroforme à la reine. — Selon le docteur Blanchier, les anesthésiques connus sont plus ou moins nocifs pour la mère et pour l'enfant. L'anesthésie par inhalation est peut-être la moins nocive, surtout le chloroforme à la reine.

Rachianesthésie. — Elle conseille beaucoup moins la rachianesthésie (seulement pour certaines interventions).

Morphine. Scopalamine. Atropomorphine. — La morphine, la scopolamine, l'atropomorphine ne produisant pas d'anesthésie vraie et pouvant être dangereuses, elle ne les recommande pas.

Sédobrol. — Le sédobrol ne lui paraît pas dangereux, mais ne produit pas d'anesthésie.

Allonal. Coramin. Veramon. Antipyrine. Pernocton. — Le docteur Blanchier n'a pas, dit-elle, une expérience suffisante de l'allonal, du coramin, du veramon, de l'antipyrine, du pernocton, mais il lui semble qu'aucun ne mérite d'être retenu.

Le docteur Blanchier conclut qu' « en l'état actuel de la science il n'existe pas de méthode analgésique obstétricale efficace et sans danger ».

Italie. — Réponse du professeur-docteur Carcupino Ferrari (de Parma).

Le docteur Carcupino dit : « Les douleurs de l'accouchement sont-elles pathologiques ou physiologiques? Cette question est encore en suspens, car les observations faites jusqu'à présent sur le mécanisme de l'accouchement ne suffisent pas pour l'élucider complètement ».

Le docteur Carcupino nous donne des explications détaillées à ce sujet.

On doit distinguer, nous dit-elle, dans la douleur la part qui revient à la contraction utérine et celle qui revient à la distension vaginale et à la distension de l'ostium vulvaire.

En ce qui concerne l'emploi des analgésiques, le docteur Carcupino est d'avis qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit le principe « primum non nocere ». Chaque méthode l'analgésie a des partisans et des ennemis; par conséquent, conclut le docteur Carcupino, chaque méthode peut être nuisible.

C'est à l'accoucheur à savoir s'il faut intervenir avec un analgésique. En tous cas, il ne faut pas prendre de décision avant le commencement du travail; et lorsqu'on se sert d'analgésique, on en usera pour diminuer les douleurs et non pour les supprimer.

Anesthésie par inhalation. — A propos des différentes méthodes d'anesthésie par inhalation (anesthésie par le *chloroforme*, l'*éther*, le *chlorure d'éthyle*, le *protoxyde d'azote*), elle croit qu'il faut les employer rarement, c'est-à-dire seulement lorsqu'un état nerveux de la parturiente l'exige ou lorsqu'il existe une tare héréditaire psychique.

Sédatifs. — Comme sédatif général, on peut employer la *morphine*, la *scopolamine*, l'*atropomorphine*, le *sédobrol*, l'*allonal*, etc.

Anesthésie locale. — Le docteur Carcupino préfère les méthodes permettant d'agir sans recourir à la narcose et à la rachi-anesthésie. On doit renoncer facilement, dit-elle, à agir sur le centre plus noble, on doit renoncer à perforer la duremère et à porter le médicament dans le canal rachidien, parce que l'anesthésie locale par infiltration et son action sur les nerfs sacrés, faite par voie transsacrale, parasacrale et épidurale, permet des opérations fort importantes sans risques pour les centres nerveux. Le docteur Carcupino connaît la *méthode de Gans et Wiclaud*, mais elle ne l'a jamais employée. Elle croit que cette méthode doit être rejetée à cause du danger d'explosion (mélange à parties égales de narcilène et oxygène).

Morphine. Scopolamine. Somnifène. Amnésine. — Quant à la morphine, la scopolamine, le somnifène, l'amnésine (narcofine et quinine) qui déterminent ce qu'on appelle le sommeil crépusculaire (méthode Steinbüchel, Kronig, Gans-Siegel) et le sommeil crépusculaire sinergétique de l'américain Iwatmey, on doit les laisser aux cliniques, en raison du sommeil prolongé, de l'arrêt ou de la diminution des contractions utérines et enfin des graves agitations post partum qu'ils déterminent.

Avertine. — Le docteur Carcupino n'a pas, dit-elle, d'expérience personnelle en ce qui concerne l'avertine, mais elle lui semble pratique à cause du mode d'administration (voie rectale). Il existe des opinions fort différentes sur l'emploi de l'avertine : Harmug ne la recommande pas, car il a observé qu'elle prolonge la période d'expulsion en arrêtant les douleurs. Le docteur Martin, au contraire, se rapportant à une statistique de 800 cas, recommande cette méthode sans inconvénient ni pour la mère, ni pour l'enfant. Cette méthode donnerait des contractions utérines régulières et efficaces.

En raison de ces opinions différentes, le docteur Carcupino aimerait entendre les opinions des autres confrères.

Pernocton. — De même, le docteur Carcupino n'a pas l'expérience personnelle des injections intraveineuses du pernocton qui aurait comme inconvénient de provoquer facilement des vomissements; ceux-ci peuvent être évités par une injection d'*atropine*.

Hypnose. — Le docteur Carcupino rejette la méthode de l'hypnose qui demande une longue préparation pendant les derniers temps de la grossesse. La narcohypnose de Hallauer et Kirstein lui semble avoir assez de chances de réussite.

Méthode de Wernitz. — En terminant, le docteur Carcupino cite la méthode de Wernitz (injection de *cocaïne* dans le paramètre) employée pour la première fois en 1907 pour le curettage de l'utérus. Cette méthode a ouvert la voie aux expérimentateurs modernes, tels que Gellert et Priham.

Dans la Clinique obstétricale et gynécologique de Rome, le docteur Arcieri a employé avec succès la méthode de Gellert en en modifiant légèrement la technique. Le docteur Carcupino accepterait volontiers cette méthode aussi pour la pratique privée à cause de la facilité de la technique et parce qu'elle lui semble sans danger pour la mère et pour l'enfant, ainsi que pour l'opérateur.

A la fin de son rapport, le docteur Carcupino Ferrari souligne que le devoir du médecin, se trouvant à côté d'une parturiente, est surtout de soutenir le moral de la future mère.

Pologne. — Réponse du docteur Nathalie Zand (de Varsovie).

En principe, le docteur Zand considère les douleurs de l'accouchement comme physiologiques et utiles, car elles obligent la parturiente à se ménager. Elle pense que la démarcation entre les douleurs physiologiques et les douleurs pathologiques est difficile à indiquer. Le docteur Zand considère les douleurs comme pathologiques lorsqu'elles influencent d'une manière défavorable l'acte de l'accouchement (douleurs tétaniques, spasmes du col de l'utérus, état d'irritation nerveuse aboutissant quelquefois à la psychose.

Chloroforme. Morphine. Scopolamine. Veramon. — Le docteur Zand est d'avis qu'il ne faut pas, en principe, intervenir. Mais si les parturientes supportent mal les douleurs, elles peuvent être soulagées par un moyen inoffensif qui ne diminue pas les contractions et qui, en même temps, soit

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL
MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

Formes :
ÉLIXIR
GRANULÉ

Doses { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT,
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique. / pommade à 2 % — — }

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

LIPOÏDES H. I.
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

De Trouette-Perret

l'Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la Papaïne
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C., 54.002, Seine.

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTEGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %) attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

anesthésiant. Pendant la période d'expulsion, c'est le chloroforme à petite dose qui donne les meilleurs résultats, tandis que pendant la période de dilatation, en cas de très fortes douleurs, on peut employer la morphine, la scopolamine, le veramon ou autres anesthésiques.

Le docteur Zand considère comme contre-indication à l'administration des narcotiques l'affaiblissement des battements du cœur de l'enfant, menacé d'asphyxie.

En somme, pense-t-elle, l'abus des anesthésiques est nocif pour la mère et l'enfant, car, en diminuant les douleurs, ils prolongent l'acte de l'accouchement, ce qui peut avoir pour conséquence l'hémorragie atonique.

Les indications du docteur Zand pour mettre fin aux douleurs sont : les contractions tétaniques et la réaction nerveuse exagérée de la mère.

Comme contre-indication, elle cite l'accouchement atonique.

En résumé. Les docteurs Blanchier, Tisserand et Zand estiment que les douleurs de l'accouchement sont physiologiques, mais que certaines circonstances peuvent les rendre anormales.

Le docteur Carcupino considère que cette question est encore en suspens.

Lorsqu'il n'y a pas d'état pathologique, les quatre docteurs précédemment cités sont d'avis qu'il ne faut pas intervenir, d'autant qu'il n'existe pas de méthode d'anesthésie qui soit complètement inoffensive pour la mère et pour l'enfant.

Si l'on emploie l'anesthésie, les docteurs Blanchier, Carcupino, Tisserand et Zand trouvent qu'elle doit viser à la diminution et non à la suppression totale de la douleur.

Comme *contre-indications* à l'anesthésie, elles citent l'accouchement normal et l'état normal de la parturiente; comme *indications* : les interventions obstétricales et l'état nerveux de la parturiente.

Parmi les différentes méthodes d'anesthésies, les docteurs Blanchier, Tisserand et Zand donnent la préférence à l'anesthésie par inhalation et surtout au chloroforme à la reine pour les douleurs d'expulsion.

Le docteur Carcupino préfère l'anesthésie locale.

Je voudrais, à titre d'observation personnelle, en terminant mentionner l'*antipyrine* qui est un excellent analgésique dans toutes les névralgies et les accès douloureux (cholélithiase, néphrolithiase, dysménorrhée); l'antypirine agit promptement et ne comporte pas de suites fâcheuses. Je pense que son usage, surtout dans les cas de contraction très fortes et trop rapprochées, pourrait peut-être donner de bons résultats.

Dans les cas de douleurs physiologiques, c'est-à-dire normales, je suis aussi d'avis qu'on ne doit pas faire usage de l'anesthésie, car la femme supporte volontiers la souffrance, ayant comme récompense le premier cri du nouveau-né. »

Rapport de M. le docteur Doris-Kunckel (Allemagne).

Traduction du résumé. — L'opinion des divers auteurs de ces études relativement aux différentes méthodes pour produire l'analgésie dans les accouchements a été exposé si complètement sous des titres séparés qu'il est superflu de les aborder de nouveau.

Mme Feldmann réserve son opinion car elle constate qu'on ne connaît actuellement aucun anesthésique sûr et que c'est la la tâche de la science obstétrique d'en découvrir un. Baker et Kary sont à peu près du même avis, cette dernière mentionne cependant la méthode qui est également considérée comme la meilleure par la plupart des auteurs anglais, savoir : la mor-



phine au début et la narcose à la reine pendant la sortie de la tête. Baker emploie, en outre, de la morphine, l'omnopon et l'héroïne, et si possible la scolamine et l'atropine; en cas d'intervention chirurgicale, elle recommande l'éther, et, seulement si l'éther est contre-indiqué, l'anesthésie lombaire ou sacrée, ou le protoxyde d'azote et l'oxygène.

Gray préconise le chloroforme ou un mélange d'opium, bromide et chloral hydraté. Rose est partisan des mêmes moyens, et se sert de chloral hydrate au début et de chloroforme à la deuxième période du travail. Bloofield dit que l'administration intermittente du chlorofrome au degré dit « obstétrique » d'anesthésie avec renforcement au moment de la naissance, est la méthode choisie et d'usage général en Angleterre. Mc Ilroy arrive à la conclusion que les meilleurs analgésiques au début sont la morphine et ses dérivés, conjointement puis remplacés par de petites doses de scopolamine. Elle a trouvé utiles : chloral hydrate, bromide et adrenalin. Au deuxième stage, elle considère qu'à tous points de vue, le protoxyde d'azote et l'oxygène sont les meilleurs anesthésiques.

Avant tout, elle insiste sur l'importance d'employer la suggestion auprès de la patiente. La femme doit avoir une confiance absolue dans son médecin qui a promis de la remettre d'aplomb aussi vite que possible avec sécurité pour elle et son enfant.

L'Année psychologique, publiée par Henri PIÉRON, professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur du laboratoire de psychologie de la Sorbonne, co-directeur de l'Institut national d'orientation professionnelle. Secrétaire de la rédaction : Marcel François. — Vingt-huitième année (1927). — Mémoires originaux. Notes et Revues. Analyses bibliographiques. Chronique. — Deux volumes in-8, 868 pages. — Prlx : ensemble, 110 fr. — Paris, Alcan.

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉVIAN (14-15 septembre 1929). — La Société médicale d'Evian organise des Journées médicales qui auront lieu dans cette station les 14 et 15 septembre prochains, immédiatement après la clôture du V. E. M. qui, cette année, se termine en Savoie (1).

Ces Journées, placées sous le patronage d'un Comité formé par les professeurs d'hydrologie des diverses facultés, et à la tête duquel se trouve le professeur Desgrez, seront présidées par le professeur Carnot et vice-présidées par les professeurs Villaret et Piéry. Le secrétariat général est dirigé par le professeur agrégé Harvier.

Deux questions, « les azotémies », d'une part, « les hypertensions artérielles », d'autre part, feront l'objet du programme de ces Journées. Des rapports seront présentés, notamment par le professeur Lemierre (de Paris), le professeur Roch (de Genève), le professeur Pic (de Lyon), le docteur Laubry, médecin de l'hôpital Broussais.

La Société Cachat s'est chargée de toute l'organisation matérielle de ces Journées.

Un programme détaillé sera publié ultérieurement. En attendant, pour tous renseignements et inscriptions, prière de s'adresser au secrétariat des Journées médicales d'Evian, 21, rue de Londres, à Paris.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 10, p. 178.

SYPHILIS
Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
PIAN _ Leishmanioses • Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique • Dysenterie amibienne
"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"
et
"QUINBY SOLUBLE"
R.C Seine 333.204
Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26
Indolore _ Incolore _ Propre
Injection facile

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie des AFFECTIONS PULMONAIRES

par la Voie intestinale

(Syndrome entéro-pulmonaire)

→ Perles glutinisées 6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées

Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications

tous ÉTATS INFECTIEUX

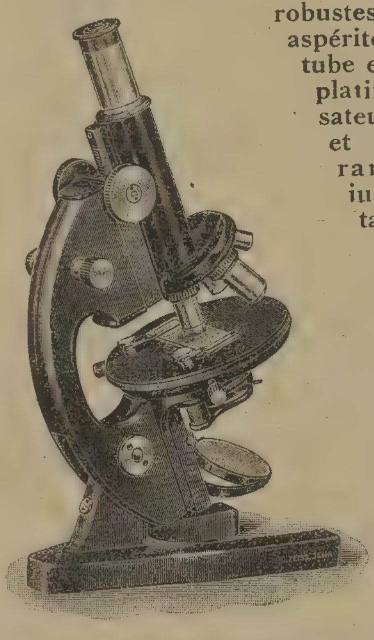
Échantillons et Littérature : **15, rue d'Argenteuil, PARIS**

CARL ZEISS JENA

Les nouveaux statifs ZEISS

La présentation des nouveaux statifs ZEISS est parfaite tant au point de vue pratique qu'esthétique. L'harmonie de leur forme et leur maniabilité rencontrent l'approbation de tous les praticiens. La robustesse du pied sans aspérités, la stabilité du tube en liaison avec la platine et le condensateur, la grande saillie et l'inclinaison garantie du statif jusqu'à l'horizontale en font des instruments de premier ordre.

Les variétés d'équipement & d'usage, la modicité de leurs prix assurent aux statifs ZEISS un accueil favorable dans tous les milieux du monde scientifique.



MICROSCOPE ZEISS

Combinaison

E.S.A. 94 "MINERVINA"

Grossissements 56 — 1350 ×

avec platine à chariot simplifié, appareil d'éclairage mobile en hauteur par crémaillère et pignon, condensateur à iris, revolver quadruple, 2 objectifs achromatiques et 1 objectif à immersion homogène à iris pour fond noir, 2 oculaires Huyghens, en boîte armoire à clé: Francs **3.038.-**

Se référer à ce journal en indiquant le but d'utilisation pour obtenir gratis et franco, sans aucun engagement, une offre détaillée pour un équipement approprié.

Brochure Micro N° 164 sur demande adressée à la

SOCIÉTÉ OPTICA

18-20, rue du Faubourg-du-Temple, PARIS (XI°).

représentant de

CARL ZEISS JENA

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DISLOCATION DU CARPE

On désigne sous ce nom une variété fréquente des traumatismes fermés du carpe, connue surtout depuis la radiographie. Destot, Delbet, Mouchet en ont précisé l'anatomie pathologique, le mécanisme et les symptômes.

Les noms de « luxation dorsale du grand os » Delbet) et de « luxation subtotale du carpe rétro-lunaire » (Mouchet) peuvent être donnés à cette lésion.

Étiologie. — C'est une lésion que l'on ne rencontre pour ainsi dire que chez l'*adulte*. Elle nécessite un traumatisme assez violent et son pronostic pour la fonction du poignet est grave.

Anatomie pathologique et mécanisme. — Au point de vue anatomique les lésions de la dislocation du carpe sont essentiellement constituées par :

a. Une *luxation du semi-lunaire en avant*;

b. Une *luxation du grand os en arrière*, entraînant le reste du carpe;

c. Une *fracture du scaphoïde* très souvent, une fracture du pyramidal plus rarement.

Le mécanisme de la dislocation du carpe a été très discuté.

1. *Pour Delbet.* — L'hyperextension forcée du poignet entraîne :

a. Dans *un premier temps la luxation du grand os* en arrière. Le reste du carpe accompagne le grand os, sauf le semi-lunaire qui reste attaché au radius *par son puissant frein antérieur*. Le grand os passe derrière le semi-lunaire.

b. Dans *un deuxième temps*, qui d'ailleurs ne se produit pas nécessairement, le grand os tend à revenir en avant. Il énuclée en avant le semi-lunaire maintenu par son frein antérieur et qui subit une *rotation* amenant sa face concave en avant (90 degrés) ou en haut (180 degrés). Si le frein antérieur du semi-lunaire cède il n'y a pas de rotation et l'os est énucléé directement en avant.

Enfin le scaphoïde, solidement attaché au semi-lunaire et au radius d'une part, au trapèze et au grand os d'autre part, est souvent fracturé transversalement. Le fragment supérieur reste solidaire du semi-lunaire, le fragment inférieur accompagne le reste du carpe avec le grand os.

2. *Pour Destot.* — Ces lésions sont produites par un traumatisme portant sur la main en hyperextension appuyée. Le *fait primitif est l'énucléation* en avant du semi-lunaire.

Lésions associées. — La fracture de Pouteau-type est exceptionnellement associée à ces lésions. Par contre, les fractures partielles et les fractures articulaires de l'extrémité inférieure du radius sont assez souvent associées. Le médian et les fléchisseurs des doigts peuvent être comprimés ou contusionnés.

Étude clinique. — Cliniquement la dislocation du carpe est d'un diagnostic souvent difficile et la radiographie toujours nécessaire pour préciser les lésions.

Signes fonctionnels. — Presque toujours très marqués.

Douleur très vive. Elle s'accompagne parfois de fourmillements et d'irradiations dans le domaine du médian.

L'*impotence* fonctionnelle du poignet et de la main est à peu près absolue. On ne peut obtenir ni mouvements des doigts ni flexion ou extension du poignet.

Signes physiques. — La main est maintenue par le blessé dans une attitude invariable. *Elle est « clouée »* (Segond), les doigts demi-fléchis. Mais surtout on note :

a. *L'augmentation du diamètre antéro-postérieur du poignet.*

b. *Le raccourcissement du poignet* qui est nettement diminué de hauteur. On peut le mesurer au compas (Delbet).

A la palpation :

En avant, on sent une saillie haut située, soulevant les tendons : c'est le semi-lunaire énucléé qui saille dans le canal carpien. Il faut se rappeler que c'est un os haut situé. Parfois d'ailleurs il passe entre les tendons et alors facilement palpable.

En arrière, normalement on sent en palpant le dos de la main une dépression au-dessus du troisième métacarpien. Dans la dislocation du carpe cette dépression est comblée par la tête du grand os luxé en arrière. Dans les cas où la luxation du semi-lunaire en avant fait défaut (Delbet), la saillie est plus marquée, jusqu'au point de pouvoir simuler un dos de fourchette bas situé.

En dehors, il faut toujours chercher les signes de fracture du scaphoïde :

Une *douleur exquise* dans la *tabatière anatomique* qui est *raccourcie* et qui *parait comblée*. On peut parfois sentir la crépitation.

Compléter l'examen par la palpation de l'extrémité inférieure du radius pour constater son intégrité et vérifier que les styloïdes radiale et cubitale sont à des niveaux normaux.

Explorer dès ce moment la sensibilité dans le domaine du médian.

Radiographie. — C'est elle qui précisera le diagnostic dans les cas où le gonflement du poignet est trop volumineux et l'examen trop douloureux.

Faire une radio de face et de profil des deux poignets.

De profil, on voit le semi-lunaire énucléé et l'on peut apprécier sa rotation.

Le grand os est derrière lui.

De face, on précise la fracture du scaphoïde.

Évolution et pronostic. — Même si les lésions sont bien traitées il est fréquent d'observer un degré plus ou moins marqué d'*arthrite traumatique* avec douleurs et limitation des mouvements.

Si le traitement a été insuffisant, le pronostic est très sombre. Les raideurs peuvent aller jusqu'à l'*ankylose* complète, mais il faut craindre surtout la *névrite du médian* avec troubles trophiques et vaso-moteurs, atrophie musculaire et douleurs violentes. La radiographie montre une décalcification du squelette carpien. L'ankylose avec troubles nerveux équivaut presque à la perte de la main (Leriche).

Formes cliniques. — 1. Luxation du grand os en arrière sans énucléation du lunaire.

2. Dislocation sans fracture du scaphoïde.

3. *Dislocation accompagnant une fracture grave de l'extrémité inférieure du radius.* La dislocation peut passer inaperçue. L'ankylose radio-carpienne est fréquente. Le pronostic fonctionnel est très sombre.

Diagnostic. — Il est assez facile d'éliminer la fracture *de Pouteau-type* qui siège nettement plus haut. Beaucoup plus difficiles sont les *cas de fractures articulaires* complexes du radius. Le gonflement et la douleur empêchent un examen précis, seule la radio permet le diagnostic.

Les *autres lésions du carpe*, fracture du grand os ou du semi-lunaire, et surtout fracture isolée du scaphoïde, sont assez aisées à diagnostiquer par la clinique et la radio.

Le *diagnostic rétrospectif* peut enfin être à poser. Après un traumatisme insuffisamment traité, le blessé continue à souffrir pendant des semaines et des mois, et la radio montrant une décalcification on pourrait penser à une *tumeur blanche du poignet*. L'absence d'empâtement vrai et d'adénopathie réactionnelle aident au diagnostic.

Traitement. — 1. *En présence d'une dislocation récente, il faut réduire*, c'est de toute importance. Sous anesthésie générale, après avoir assoupli le poignet, il faut avec patience chercher à reposer le semi-lunaire dans sa loge.

2. *Si l'on a échoué, ou si la dislocation est vieille* de plus d'un mois, la réduction sanglante peut être indiquée. Mais plus souvent on pratique l'*ablation du semi-lunaire* par voie antérieure. Les résultats en sont bons, mais peuvent n'apparaître qu'au bout de six mois ou plus.

3. *Quand le poignet est ankylosé* on peut être amené à pratiquer une résection totale du carpe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets dans le **TRAITEMENT RATIONNEL** de la **CONSTIPATION** et des **INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES**

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, **ANDRÉ PARIS**, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

Le plus puissant des Hémostatiques utérins - Inhibiteur du sympathique

AMPOULES	COMPRIMÉS	GOUTTES
1/2 à 1	1 à 2, trois fois par jour.	XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e
M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

citrofluyl & citrocarbine
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ
CITRATE MONOSODIQUE & CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
LABORATOIRES **WARIN**
4, CHAUSSÉE DE LA MUETTE PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France.

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE.
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL - PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

CURE DE DIURESE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à o gramme 25 et à o gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 avril. — MM. Lelong, 18,27; Debray, 20; Levesque, 18,27.

Séance du 23 avril. — M. Haguenau et Mme Fontaine, 20; M. Bith, 19,72.

Séance du 24 avril. — MM. Coste et Turpin, 20; Chevalley, 19,54.

Ordre de classement : MM. Haguenau, Coste, Debray, Turpin et Mme Fontaine, 20; MM. Bith, 19,72; Chevalley, 19,54; Levesque et Lelong, 18,27.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 22 avril. — Questions données : « Ligature de l'artère humérale au pli du coude. — Désarticulation tibio-tarsienne dite de Chopart. »

MM. Huet et Bloch, 28; Ameline, 25; Wilmoth, 29, Meillière, 26; Maurer, 29; Leibovici, 30; Oberlin, 29.

Epreuve clinique. — Séance du 17 avril. — MM. Maurer et Oberlin, 20; Leibovici, 19; Wilmoth, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Maurer et Wilmoth.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Duhem, Lapointe, Ribadeau-Dumas, qui acceptent; Bouchacourt, Delherm, Barret, Gosset, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 avril. — MM. Vidal, 14 + 7 = 21; Houlnick, 16 + 8 = 24; Mlle Waynbaum, 19 + 10 = 29; Néron, 13 + 7 = 20.

Classement : M. Ardin, Mme Ogliastri, MM. Waynbaum, Néron, Vidal, Mlle Péchenard, MM. Houlnik, Couturier, Mme Buquet, M. Drudin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Labbé (Marcel), professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite faculté (chaire non occupée : M. Widal, dernier titulaire).

— La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 24 avril 1929.)

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Les inscriptions sont reçues à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), jusqu'au 16 mai 1929.

Les épreuves auront lieu le jeudi 23 mai 1929.

Les candidats déclarés aptes à l'emploi d'interne seront nommés aux places vacantes suivant l'ordre de leur classement.

Les internes de l'Asile national des convalescents sont logés et nourris dans l'établissement et reçoivent une indemnité annuelle fixée à 3.000 fr. pour la première année, à 3.000 fr. pour la deuxième année, à 3.600 fr. pour la troisième année.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène

COQUELUCHES
AQUINTOL MIALHE

publique de France est déclarée vacante, dans la catégorie des bactériologistes, par suite de la nomination comme membre de M. le professeur Nattan-Larrier.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée d'un *curriculum vitæ* et d'un exposé de leurs titres, avant le 1er juin 1929, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès.

OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES MÉDICALES. — Cet office dont l'initiative est due au docteur Noir, a pour but d'établir une entente entre toutes les Sociétés professionnelles qui, dans les cas et aux titres les plus divers, viennent en aide aux médecins et aux familles médicales dont la situation leur est signalée comme digne d'intérêt. Or ces œuvres, trop fréquemment, ne se connaissent qu'imparfaitement entre elles et, lacune encore plus fâcheuse, elles sont bien souvent ignorées de ceux mêmes qui auraient tant besoin d'y recourir.

Cette liaison qui s'imposait devra toutefois, dans l'esprit des fondateurs, respecter strictement chez toutes les Sociétés adhérentes une autonomie aussi justement revendiquée par leurs dirigeants qu'indispensable à leur libre fonctionnement.

Pour réaliser le contact entre toutes les Associations, Sociétés, etc., susceptibles d'être intéressées par l'initiative du docteur Noir, les bureaux de l'Association générale des médecins de France ont été mis, cet hiver, à la disposition des représentants que les groupements convoqués (un recensement en a déjà relevé plus de 25) voulurent bien envoyer à cet effet.

Les délégués présents à cette réunion de la rue de Surène ont constitué pour l'Office central des œuvres médicales un premier Comité composé des confrères dont suivent les noms :

Docteur Paul Barlerin, Association confraternelle des médecins français. Syndicat des médecins de la Seine;

Docteur Cottard, Mutuelle médicale française. Association amicale des anciens médecins des corps combattants. Caisse de secours immédiat des praticiens français;

Mme le docteur Montlaur, Associatian française des femmes médecins;

Docteur Noir, Société d'études et de secours du concours médical;

Docteur Thiery, Association générale des médecins de France;

Avec, comme secrétaire, le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'A. G.

Dès maintenant, le secrétariat du nouvel Office se tient à la disposition des Sociétés d'entr'aide médicale adhérentes (*ou non*) pour recevoir d'elles, 5, rue de Surène, toutes celles des demandes de secours et d'assistance confraternelles auxquelles elles n'auraient pu elles-mêmes donner satisfaction.

Ces demandes classées par dossiers strictement confidentiels serviront à constituer par la suite un fichier conçu dans le même esprit que celui si heureusement établi en 1880 par l'Office des œuvres de bienfaisance. Enregistrées ainsi d'urgence, ces demandes recevront sans retard du secrétaire général une réponse permettant de diriger les médecins ou leurs familles d'une situation précaire vers celle des œuvres adhérentes qui se trouvera plus particulièrement indiquée pour leur venir en aide. Cette centralisation des demandes évitera aux caisses de secours les doubles emplois, ménageant ainsi des ressources si difficiles à réunir, si précieuses à sauvegarder !

En contre-partie, le secrétariat de l'Office demande instamment à la complaisance confraternelle des Sociétés ayant (*ou non*) déjà adhéré de lui faire connaître les situations médicales, les occupations para-médicales, etc., dont l'avis parvient à leurs bureaux : ceci à l'intention tant des médecins dans l'embarras que de ces familles confraternelles dont les annonces de nos journaux professionnels révèlent trop souvent, hélas, la gêne douloureuse.

Au nom de l'Office, le secrétaire général remercie grandement par avance les Sociétés de solidarité professionnelle pour ces précieuses communications dont il établira, jour par jour, la liste détaillée et précise. L'intérêt avec lequel elle seront reçues, 5, rue de Surène, n'a d'égal que celui qu'elles présenteront pour tant de médecins, de veuves, d'orphelins appelés à en bénéficier.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. André Strohl.) — INSTITUT DU RADIUM. (Directeurs : Mme P. Curie et M. le docteur Cl. Regaud.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électrologistes des hôpitaux. — Troisième partie : *Electrologie. Photothérapie.*

I. *Cours.* — Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 h.

II. *Travaux pratiques.* — Pendant la troisième partie du cours, quelques exercices pratiques portant sur la technique électrologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. Turchini, chef des travaux de physique.

III. *Stages.* — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage d'électrologie pour lequel ils pourront choisir parmi les services d'électrologie suivants :

MM. Aubourg, hôpital Beaujon; J. Belot, hôpital Saint-Louis; Bourguignon, hôpital de la Salpêtrière; Delherm, hôpital de la Pitié; Duhem, hôpital des Enfants-Malades; Haret, hôpital Lariboisière; Laquerrière, hôpital Hérold; Maingot, hôpital Laënnec; Zimmern, agrégé, Institut municipal d'électrologie.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE, du 2 au 11 mai 1929, par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et ses assistants MM. Blondel, Marchal, Stoïcesco, Viau et Vidrasco.

Tous les matins, à 10 h. : conférence clinique avec projections; à 11 h. : examens de clinique et de laboratoire.

Mardi et vendredi matin consacrés entièrement aux examens des malades de la consultation par les médecins inscrits au cours.

Tous les après-midi, à 15 h. : démonstrations pratiques (sphygmomanométrie, méthode graphique, électro-cardiographie, radiologie, épreuves neuro-végétatives); à 17 h. : conférence clinique avec projections.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours.

Les médecins inscrits au cours pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires puis comme assistants.

S'inscrire auprès du docteur Blondel, assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 fr.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

LABORATOIRES CARTERET

MÉDICATION ANTIBACILLAIRE
HYPEROXYDANTE & RECALCIFIANTE

BACTIOXYNE

Manganate calcico-sodico-potassique

Gouttes
Ampoules pour instillations rectales
Ampoules pour injections intraveineuses

Échantillons & Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

INJECTION CLIN
Strychno-Phospharsinée

	Formule N° 596	Formule N° 796	Formule N° 940
Cacodylate de soude	0 gr. 05	0 gr. 05	0 gr. 25
Glycérophosphate de soude	0 gr. 10	0 gr. 10	0 gr. 10
Sulfate de strychnine	1/2 mgr.	0 gr. 001	0 gr. 001
	par 1 c.c.	par 1 c.c.	par 5 c.c.
	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 5 c.c. Boîte de 6 et 12.

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques.

Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique et ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

Tonique général du Système nerveux, reconstituant, antianémique

GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

réalisent la même médication par voie digestive. 1678

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.

DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

LE PANSEMENT GASTRIQUE

au Sous-Nitrate de Bismuth

RÉALISÉ AU MOYEN DU

BISMUTH TULASNE

Préconisé dès 1910, par G. LION, médecin en chef de la Pitié, et préparé sur ses indications par A. TULASNE, son chef de Laboratoire, de façon à ne titrer que 7 % d'acidité.

« Si l'on met en contact du suc gastrique et du sous-nitrate de bismuth on voit toutes les « valeurs du suc gastrique tomber à 0 et l'Hcl, lui, disparaît constamment.

« L'Hcl s'est fixé sur le bismuth et s'est précipité sous forme d'un sel *insoluble* qui continue « à exercer une action protectrice sur la muqueuse. C'est là un point capital qui différencie nettement le sous-nitrate des autres poudres dites absorbantes, lesquelles sont dissoutes par le suc « gastrique. »

(Travaux du Docteur G. Lion et de A. Tulasne, à la Pitié).

« Nos recherches nous permettent de conclure que le sous-nitrate de bismuth n'agit que « d'une façon indirecte dans les diverses affections gastriques où il donne des résultats si remar- « quables cliniquement. Il ne fait que provoquer la mise en activité du processus normal de « défense de la muqueuse gastrique, la sécrétion de mucus. »

(Travaux du Professeur Surmont et de A. Dubus, de Lille).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

LABORATOIRES BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes, PARIS

IVe RÉUNION

DE LA

COMMISSION INTERNATIONALE PERMANENTE

POUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES (1)

Lyon, du 3 au 6 avril 1929.

La IVe réunion de la Commission internationale permanente pour les maladies professionnelles s'est réunie à Lyon, sous la présidence de M. le professeur Etienne Martin.

Les questions mises à l'ordre du jour comportaient les sujets suivants : *Silicose* et *pneumoconioses*, *cataracte professionnelle*, *appareil endocrinien* et *intoxications*.

Les rapports qui sont résumés ici y ont été discutés. En outre, une séance avait été réservée au groupe français pour étudier la question suivante : Que doit-on entendre par maladies professionnelles au point de vue de la législation? Trois rapports ont été présentés sur cette question par la *Confédération générale de la production française*, la *Confédération générale du travail*, par M. le professeur Etienne Martin (Que doit-on entendre par maladies professionnelles?).

PREMIER RAPPORT

L'ÉTIOLOGIE DE LA SILICOSE

Par M. Mavrocordato (Afrique du Sud).

La phtisie due aux poussières est une maladie des poumons consécutive à l'inhalation de certaines poussières, dont la plus communément rencontree dans l'industrie est celle de silice libre (SiO^2), d'où l'emploi du terme « silicose » comme synonyme de « phtisie due aux poussières ».

La poussière de silice libre appartient aux groupes de particules qui attaquent et excitent le système réticulo-endothélial de l'organe envahi.

Une lésion permanente de ce système par des particules indifférentes déclenche de la part de l'organisme un mécanisme d'arrêt de l'envahissement des particules, mécanisme constitué par la phagocytose. Le phagocyte en jeu est la grande cellule mononucléaire ou macrophage de Metchnikoff. Pour ce qui concerne la phtisie due aux poussières, cette cellule est désignée sous le nom de « cellule à poussière », un élément important du système réticulo-endothélial.

L'arrêt par phagocytose entraîne une période de préservation du phagocyte envahi.

La poussière de silice libre appartient à un groupe de particules, vivantes ou mortes, qui ne détruisent nécessairement pas la cellule qui les absorbe et ne sont pas nécessairement détruites par elle. Cette propriété est partagée par le bacille tuberculeux, vivant ou mort.

L'invasion par les particules de ce groupe a pour résultat que de nombreux phagocytes envahis s'agglomèrent en « tubercules » ou « pseudo-tubercules », manifestation de la phagocytose, constituant un moyen important d'arrêt et d'isolement des particules d'invasion.

Les phagocytes envahis par la poussière de silice libre lorsqu'ils sont conservés, perdent leur réaction de coloration et demeurent dans un état de vitalité diminuée. Weigert met en rapport la nécrose locale avec l'envahissement de ces cellules par des bacilles tuberculeux vivants.

Le système réticulo-endothélial conserve pendant toute la vie beaucoup de sa plasticité embryonnaire, et ses cellules peuvent présenter divers caractères morphologiques. Le fibroblaste et les fibrilles toutefois, quoique éléments de ce système cellulaire, constituent des types permanents.

Les phagocytes préservés, bien qu'ils ne se divisent pas, tendent à se transformer en fibres, la fibrose constituant le terme évolutif du pseudo-tubercule. L'invasion par la poussière de silice libre agit également comme stimulant direct de la multiplication des fibroblastes avec accroissement direct de la quantité de tissu fibreux dans l'organe envahi. Il est probable que, suivant l'hypothèse des tréphones de Carrell, les cellules chargées de silice, avec leur vitalité diminuée, jouent un rôle de *pabulum* pour les fibroblastes. Ceci rappelle les guêpes décrites par Fabre préparant des chenilles vivantes, mais paralysées, comme aliments pour leurs larves.

Il a été suggéré par Gye et Kettle, ainsi que par l'auteur que l'action spéciale de la poussière de silice libre est due à sa légère solubilité dans les tissus envahis.

Un facteur essentiel pour rendre une poussière phtisiogène est la dimension des particules véhiculées par l'air. Une silicose simple est l'image d'une phagocytose anarchique. Les particules qui déclenchent un tel état de choses doivent avoir une dimension qui leur permette d'être phagocytées. La grande majorité des particules de silice trouvées dans les poumons ont cinq microns et moins dans leur plus grand diamètre, soit à peu près la dimension des micro-organismes pathogènes communs.

Deux facteurs méritent une mention spéciale dans la production de la silicose simple : la concentration de la poussière phtisiogène dans l'air et la durée d'exposition. Puisque la fine poussière de silice est facilement arrêtée dans le poumon, l'accumulation va plus vite que l'élimination et la dose est cumulative. Une exposition continue et prolongée même à de basses concentrations peut produire la maladie.

Si la fibrose est l'effet terminal non compliqué de l'arrêt de la poussière de silice dans les poumons, elle n'en constitue pas toutefois la réponse immédiate, car la silicose prend un certain temps pour se développer. Si une quantité suffisante de poussière de silice est bloquée dans les poumons, la silicose donnera tôt ou tard des manifestations cliniques, mais un poumon peut être effectivement envahi par une poussière phtisiogène — en ce sens que la poussière est continuellement arrêtée — sans que l'on puisse le moins du monde avoir le cadre clinique d'une silicose.

Le travail effectif avec une poussière phtisiogène, suffit pour agir sur tout événement ultérieur. Si l'on expose des animaux à une poussière phtisiogène, que l'on cesse cette exposition avant que la fibrose pulmonaire ait eu le temps de se déclencher, qu'on les infecte ensuite par la voie intrapéritonéale ou intratrachéale, on verra leurs poumons réagir à cette infection d'une manière moins efficace que ne le font les poumons d'un animal témoin qui n'a pas été exposé à la poussière.

Si nous nous adressons à la maladie telle qu'on la rencontre dans l'industrie, nous voyons qu'une partie de la poussière de silice inhalée est retenue par les cellules à poussières. Certaines de ces cellules s'agglomèrent en pseudotubercules; d'autres restent libres et passent dans les voies lymphatiques, peuvent s'y accumuler et entraîner un épaississement des fibrilles réticulaires et un rassemblement des cellules en différents points, qui obstruent les voies lymphatiques comme une rivière peut l'être par des « amas de bois » ou des « amas de glaces ». Un poumon peut être dans cet état sans qu'il y ait de fibrose décelable, en l'absence d'examen microscopique, et pourtant son pouvoir de réaction vis-à-vis des infections est déjà altéré. Cela, constitué, nous mène à un troisième facteur dans la pathogénie de la maladie industrielle, la phtisie due aux poussières. Le système réticulo-endothélial représente le même point d'attaque pour la poussière phtisiogène et pour le bacille tuberculeux. Ils se facilitent l'un l'autre leur action.

La fibrose de l'organe atteint est consécutive à son invasion

(1) *Association de la Presse médicale française.*

par de la fine poussière de silice libre. Un tel état peut être dénommé *silicose simple*. La phtisie due aux poussières, en tant qu'entité clinique rencontrée dans la pratique, est plus qu'une simple fibrose. Elle est presque toujours compliquée par une invasion secondaire de micro-organismes pathogènes, dont le plus important de beaucoup est le bacille tuberculeux. On parle de *silicose simple* et de *silicose infectieuse*. Jusqu'à un certain point c'est le vieux problème de la plaie « propre » ou « sale ». Le rôle joué par le bacille tuberculeux dépasse la simple distinction entre « propre » et « sale », et il est bien plus instructif de parler de « tuberculo-silicose », ou de « silico-tuberculose », plutôt que de « silicose infectieuse ». Par « tuberculo-silicose », on désigne un état pathologique où le dommage principal est dû à la poussière, et par « silico-tuberculose », un état où le dommage principal est dû au bacille tuberculeux.

La silicose simple n'est pas une maladie qui progresse une fois que cesse l'exposition à la poussière. Avec les bacilles tuberculeux ou autres, vivant et se multipliant dans les tissus, on se trouve en présence d'une maladie évolutive.

Une infection pulmonaire aiguë peut se produire chez un individu dont les poumons sont envahis par la silice. Même si cette infection se produit au plus tôt un an après la cessation d'exposition à la poussière, on verra, par un examen histologique, que les alvéoles des parties atteintes du poumon montrent de nombreuses cellules chargées de silice. Ceci montre que les cellules chargées de silice peuvent se conserver aussi bien libres que sous la forme de pseudo-tubercules, et même, dans de telles conditions, qu'elles peuvent être mobilisées dans le poumon en réponse à une infection pulmonaire. Il semble qu'une lymphe stagnante, riche en cellules, demeure à l'état fluide dans les lymphatiques bloqués et distendus. Il s'ensuit que bien des éléments humoraux et cellulaires, qui s'opposent à une infection du poumon effectivement envahi par la poussière de silice libre, seront des éléments « vieillis ». Cet état de choses exerce une influence considérable sur la susceptibilité du poumon envahi par le silice vis-à-vis d'une infection, tuberculeuse ou autre. Dans un tel poumon, non seulement l'arrêt des poussières est facilité, mais encore les défenses normales ont leur efficacité diminuée.

La tuberculose est une maladie du milieu plutôt qu'une maladie infectieuse au sens ordinaire du mot. Dans une industrie à risque tuberculeux, plus particulièrement quand l'eau est utilisée pour l'abatage des poussières, on rencontre un état favorable aux infections et surinfections par inhalation. La phtisie due aux poussières est notoirement connue comme « non contagieuse » à la maison, toutefois la tuberculose ordinaire se répand plus par la maison que par le lieu de de travail. Une industrie à risque tuberculeux est ainsi dénommée par opposition aux industries en général, dont la grande majorité n'a aucun rapport particulier avec la tuberculose. On peut suggérer qu'une industrie est à risque tuberculeux parce que les conditions de travail favorisent les infections et les surinfection par inhalation.

Alors que la silicose simple est une maladie du système réticulo-endothélial, la phtisie due aux poussières est — tout au moins au point de vue de la pathologie de la salle d'autopsie — une maladie protéiforme. Pour commencer, l'état pathologique varie avec les parts respectives jouées par la poussière et par l'infection secondaire (tuberculeuse). Avec des concentrations très élevées de poussières et avec des sujets résistant à la tuberculose, les poumons sont très volumineux et en majorité constitués par du tissu fibreux massif. L'élément tuberculeux est souvent loin d'être important. Les poumons ne s'affaissent pas à l'ouverture du thorax, mais conservent leurs formes comme des moulages, lorsqu'ils sont extraits du corps. Pendant presque toute la maladie, les symptômes sont ceux d'un emphysème et d'une insuffisance du cœur droit, plutôt que ceux d'une tuberculose.

Quand le risque des poussières est reconnu et que des efforts sont effectués pour limiter leur concentration dans l'air, on note une modification du type clinique. Une silicose précède toujours la tuberculose, et les poumons, généralement de taille ordinaire, sont nettement silicotiques, quoique l'élément tuberculeux soit alors évident.

Avec une augmentation d'efficacité du contrôle des poussières, les cas qui se produisent deviennent plus nettement tuberculeux. Une tuberculose cliniquement décelable peut précéder une silicose cliniquement décelable, quoique avec l'évolution de la tuberculose, les stigmates de la silicose prennent le dessus. L'élément silicotique, quoique encore évident à la salle d'autopsie, est seulement responsable d'une minime partie des dommages, et les poumons à un examen superficiel ne suggèrent pas pour le moment autre chose qu'une tuberculose pigmentée.

L'amélioration quotidienne des conditions d'hygiène semble favoriser la naissance d'un autre type clinique. En effet, les experts de Grande-Bretagne et d'Afrique du Sud s'accordent à reconnaître que la maladie ressemble de plus en plus à une phtisie fibreuse chronique ordinaire, et de moins en moins à une maladie ayant son complexe de symptômes propres.

Non seulement le taux d'incidence de la maladie, mais encore le type clinique rencontré donnent une mesure de l'efficacité des mesures d'hygiène adoptées.

Une distinction supplémentaire est fourni par le rôle joué par la pigmentation. Dans les mines, où l'éclairage est effectué par des lampes à flamme nue, ou dans les villes manufacturières enfumées, un poumon silicotique est aussi noir qu'un poumon de mineur de charbon, la pigmentation étant due à la même cause, l'inhalation de suie. Dans les mines éclairées à l'électricité, les poumons silicotiques peuvent être pratiquement indemnes de tout pigment. La suie ou la poussière de charbon ne produisent pas de maladie *per se*, mais, en présence de la silicose, elles sont retenues dans le poumon. Certaines poussières métalliques, par exemple le cobalt et le vermillon, donnent aux poumons une couleur caractéristique et, si l'on en juge par les études expérimentales sur l'hémochromatose, peuvent modifier les lésions rencontrées. Non seulement elles colorent les poumons *per se*, mais un pigment se forme aux dépens de l'hémoglobine détruite. Sous ce rapport nous revenons à Virchow.

Alors que dans de nombreuses industries, l'eau est le seul moyen pratique de lutte contre les poussières et que son emploi adéquat en supprime une grande quantité dans l'air, il est tout à fait probable que la présence de gouttelettes d'eau dans l'air facilite l'entrée dans les poumons de la poussière qui reste en suspension dans l'atmosphère ainsi que des micro-organismes pathogène, y compris le bacille tuberculeux. L'eau, tout en réduisant le taux brut des cas de silicose, peut avoir quelque responsabilité dans la grande part jouée à l'heure actuelle, dans cette maladie, par le facteur infectieux, plus spécialement dans les infections et surinfections par inhalation, dues au bacille tuberculeux.

Etant donnée l'exposition à une poussière produisant la phtisie, les facteurs suivants dominent le taux d'incidence de la phtisie due aux poussières.

1. Conditions ambiantes : Concentration dans l'air de la poussière phtisiogène; exposition à l'infection, en particulier à la tuberculose ; température, humidité; présence d'autres particules de poussières transportées par l'air et n'étant pas phtisiogènes par elles-mêmes; ventilation.

2. Durée d'exposition, ainsi que la nature de cette exposition continue ou intermittente.

3. Le docteur Louis Irvine s'occupe du standard adopté par le service médical de l'Institut de Joannesburg en ce qui constitue le cadre clinique d'une silicose.

4. Facteur humain : les individus varient dans leur aptitude à réagir vis-à-vis des poussières inhalées. La quantité de pous-

sière qui peut être trouvée dans le poumon n'a que peu de relations avec l'étendue et le caractère des lésions provoquées.

L'échantillonnage des poussières permet de reconnaître l'importance de ces facteurs, mais pas de déterminer la quantité de poussière qui peut être retenue par l'individu dans l'unité du temps. On ne pourrait pas le faire même si l'appareil d'échantillonnage imitait la respiration. Les opérateurs qui font les prises d'air auraient beaucoup à dire à ce sujet. Comme mon maître, J.-S. Haldane se plaît à le souligner : « l'homme n'est pas une machine ».

DEUXIÈME RAPPORT

LE DIAGNOSTIC DE LA SILICOSE CONSIDÉRÉE COMME MALADIE PROFESSIONNELLE

Par M. Irvine (Joannesburg).

I. La pathologie clinique de la silicose dans ses rapports avec la diagnostic. — 1. Le rapport traite exclusivement de la silicose que l'on rencontre dans les mines d'or du Witwatersrand, et traduit l'expérience et la pratique du « Bureau médical de la phtisie des mineurs » (Miners phtisis medical Bureau) de Johannesburg qui surveille et exécute les examens médicaux imposés par la loi sur la phtisie des mineurs (Miner's phtisis Act).

2. Des critères précis de diagnostic sont spécialement nécessaires dans le cas d'une maladie professionnelle comme la silicose, et doivent pouvoir autant que possible se traduire objectivement. On a abouti aux critères adoptés par le Bureau en coordonnant soigneusement des résultats des examens pathologiques, radiographiques et cliniques effectués sur une large série de cas individuels.

La première partie du rapport est consacrée à un bref compte rendu de la pathologie clinique de la maladie considérée dans ses rapports avec le diagnostic.

3. La « silicose » ou « phtisie des mineurs », telle qu'on la rencontre, est le produit de deux facteurs : la poussière et la tuberculose. Les modifications initiales sont dues à la poussière, mais, quoique celle-ci puisse entraîner par elle-même une fibrose des poumons, son importance principale provient de ce qu'elle prédispose de diverses manières à l'infection des poumons par le bacille tuberculeux.

4. L'origine du processus silicotique est brièvement décrite. Il s'agit essentiellement d'une « fibrose lymphatique » progressive, qui débute par de minuscules modifications en de nombreux points et se développe graduellement.

5. Au point de vue pratique, on peut admettre que l'apparition de la maladie dits « silicose » coïncide avec le développement d'une *fibrose visible et perceptible à la palpation* sous forme d'une nodulation miliaire dès poumons et de la plèvre. Cet état, quand il ne s'accompagne pas d'une tuberculose décelable cliniquement, est appelé « silicose simple ». La caractéristique macroscopique la plus marquante d'un cas confirmé de silicose simple est constituée par un état de nodulation miliaire plus ou moins « généralisé » ou distribué symétriquement dans toute l'étendue des deux poumons; les « degrés » ou « phases » d'une silicose simple peuvent être, au point de vue d'un diagnostic pratique rapide, dénommés selon le nombre et la taille des nodulations présentes.

6. On décrit l'apparence macroscopique d'un cas de silicose simple de « degré moyen » et on apporte des éléments qui permettraient d'avancer l'opinion que, dans la majorité des cas de silicose apparemment simple, il y a une association précoce d'un élément d'infection tuberculeuse latente avec certaines des lésions silicotiques.

7. On discute ensuite l'importance du facteur infectieux dans la silicose et l'on montre que, si certaines infections aiguës peuvent se présenter dans le poumon silicotique, sous une forme non modifiée, les lésions chroniques ou aiguës limitées tendent à subir des modifications par suite de la production d'une fibrose massive infectieuse. Ceci est particulièrement le cas avec la tuberculose, qui aboutit à un type de modification connu sous le nom de « tuberculo-silicose ».

8. On présente le type de silicose modifiée tel qu'on le rencontre dans le Witwatersrand et qui est intimement lié aux mesures prises pour réduire le taux des poussières dans l'air des mines.

Quoique la grande majorité des cas de silicose se présentent lors de leur premier dépistage comme des cas non compliqués de tuberculose cliniquement évidente, les données pathologiques indiquent dans la majorité des cas la présence précoce d'un élément d'infection tuberculeuse latente.

On examine le caractère naturellement progressif de la plupart des cas de silicose originellement « simple », ce qui est attribué à l'influence du facteur infectieux, et plus particulièrement à celui de l'infection tuberculeuse.

9. On présente une courte note sur l'incidence de la silicose parmi les Européens qui travaillent dans les mines d'or du Witwatersrand.

II. Le diagnostic clinique et radiographique de la silicose. — 1. Cette partie du rapport est illustrée par une série de vingt-deux radiographies caractéristiques des différentes variétés de « fibrose » pulmonaire. Toute description sommaire de ce que l'on voit ne peut être comprise sans examen concomitant des radiographies.

2. Le facteur infectieux produit tant de variations dans chaque cas individuel que, dans le but d'une description systématique, on a choisi des cas de silicose « simple » ou non compliquée.

3. Le signe caractéristique d'un état confirmé de silicose est d'être un état généralisé, et ce caractère de généralisation s'applique également aux modifications pathologiques, aux images radiographiques et aux signes cliniques de la silicose.

La maladie est étudiée dans ses trois « périodes » : la première comprenant les degrés « légère » et « modérée » de silicose; la seconde, les cas de silicose « très marquée »; la troisième, les cas « très nettement marquée » ou « avancée ».

4. Le critère isolé de diagnostic le plus fidèle dans la silicose est la radiographie, pourvu que celle-ci soit de haute qualité technique, et prise en instantané. Les images relevées dans les degrés moindres de fibrose pulmonaire, simple et infectieuse, sont d'abord étudiées, ainsi que le type de radiographie indiquant l'existence du stade prévu décelable de silicose.

5. La radiographie fournit une base générale objective et fidèle pour le diagnostic, mais elle doit être complétée par un examen clinique approfondi. On insiste sur le fait que le jugement des cas relevant d'une maladie professionnelle comme la silicose doit appartenir à un corps spécial choisi de médecins examinateurs, ayant une grande expérience de la maladie, sous tous ses aspects, cliniques, radiographiques et pathologiques.

6. On discute et on analyse les images radiographiques et le complexe des signes physiques qui distinguent les trois « périodes » de la silicose simple et ensuite les modifications caractérisant les cas de silicose compliquée par une tuberculose active.

7. Finalement on indique brièvement les rapports pratiques de ces observations avec les problèmes médico-légaux de la silicose.

TROISIÈME RAPPORT

LA SILICOSE AU POINT DE VUE CLINIQUE

Par M. Böhme (Allemagne).

La discussion du côté clinique de la silicose est basée, par Böhme, sur l'examen des poumons par les rayons Röntgen.

Cet examen, souvent répété, donne la possibilité de trouver les changements silicotiques dans leur commencement. Les résultats de l'autopsie sont d'accord avec ceux de l'examen radiologique. La silicose pure peut amener une fibrose étendue du poumon sans intervention des bacilles tuberculeux. Mais plus souvent les formes graves de la silicose sont associées d'une infection tuberculeuse. Böhme trouva à l'autopsie une tuberculose simultanée dans deux tiers des formes graves de la silicose. Pendant la vie, les bacilles de Koch étaient trouvés par le microscope ou l'examen biologique dans 40 p. 100 des cas. La naissance d'ombres diffuses d'un seul côté des poumons silicotiques et la transformation du cœur normal en petit cœur vertical asthénique font soupçonner une infection tuberculeuse. Mais souvent l'examen radiologique ne permet pas de déterminer clairement s'il s'agit d'une silicose simple ou d'une tuberculo-silicose. La diminution du poids, des sueurs pendant la nuit, le progrès des autres signes physiques, quelquefois la réaction de Fahräus, nous permettent plutôt de faire le diagnostic.

Une progression de la fibrose après cessation du travail dans la poussière silicotique n'est pas un signe d'une infection tuberculeuse. La poussière, une fois déposée dans le poumon, peut continuer une influence défavorable.

Le degré de la fibrose dépend de la quantité de la poussière quartzeuse déposée dans une certaine partie des poumons.

La silicose est très fréquente chez les mineurs de la Ruhr qui percent le roc (Gesteinshauer), tandis que les charbonniers ne souffrent pas si souvent de la silicose.

Tous les ouvriers qui sont occupés dans une atmosphère riche de poussière quartzeuse doivent être contrôlés régulièrement par les rayons X.

QUATRIÈME RAPPORT

ÉTUDE CLINIQUE DE LA PNEUMONOCONIOSE-SILICOSE

Par M. Thiele (Dresde).

Le diagnostic clinique précis de la silicose, connu depuis longtemps, n'est devenu pratiquement possible qu'avec l'avènement des rayons X.

Cette maladie est dans la plupart des cas en rapport avec la profession (action de la silice : SiO^2), ce qui exige que le diagnostic clinique soit accompagné d'un diagnostic social.

Les symptômes les plus importants sont les suivants : dyspnée, sensation de fatigue, transpiration, céphalalgies, vertiges, palpitations; dans les cas avancés, on note de l'acrocyanose.

On note également de la tendance au refroidissement et au catarrhe des voies respiratoires avec toux et expectoration, celle-ci souvent peu abondante.

Il faut relever tout particulièrement l'association possible avec la tuberculose, dont on ne peut pas exclure absolument la présence, même en l'absence de bacilles tuberculeux.

La percussion et l'auscultation décèlent des symptômes variables : abaissement du bord inférieur du poumon, symptôme de Bäumler, diminution du murmure vésiculaire, plus rarement des râles humides et crépitants, surtout en cas d'association avec la tuberculose.

Du côté du cœur, on relève de la dilatation et de l'hypertrophie du ventricule droit.

La maladie se complique souvent de bronchites, bronchiectasie, de gangrène, etc.

Cliniquement, on a essayé de distinguer trois formes de la silicose : bronchitique, emphysémateuse et bronchiectasique.

CINQUIÈME RAPPORT

LA LÉGISLATION ET LA SILICOSE DANS DIFFÉRENTS PAYS

Par M. Collis (Cardiff).

La législation sur les maladies professionnelles peut être divisée en deux catégories, celle de la prévention et celle de la réparation.

La prévention comprend :

a. La déclaration par le médecin des cas provenant d'un risque professionnel, et

b. Les ordonnances et règlements qui tendent ou à la suppression du danger, comme dans le cas de l'interdiction de l'emploi du phosphore blanc, ou à la diminution de l'exposition au danger, comme dans le cas des règlements qui contrôlent les travaux où l'on emploie les composés plombiques.

La réparation peut être assurée, soit par une loi d'assurance-accidents, soit par les dispositions d'une loi qui s'occupe d'une maladie professionnelle spéciale.

Etant donné que la question de la prévention sera traitée dans le chapitre de la déclaration, dans cet article il ne sera question que de passer en revue les informations sur la réparation de la silicose.

La silicose est une maladie pulmonaire déterminée par l'exposition pendant l'occupation durant des années à l'inhalation de poussières contenant des particules fines de silice (SiO^2); la maladie peut déterminer une incapacité totale et la mort, mais plus fréquemment elle est interrompue par une infection pulmonaire tuberculeuse intercurrente qui mène rapidement au dénouement fatal.

« La silicose pulmonaire simple ou compliquée de tuberculose est une maladie professionnelle qui peut être sûrement diagnostiquée par des médecins spécialistes.

« Elle entraîne de l'incapacité de travail et devrait être par conséquent soumise à réparation.

« A l'heure actuelle, dans les pays de langue anglaise, cette maladie donne lieu à réparation. »

Comme dans les autres pays cette maladie n'est pas réparée, il ne sera question ici que de la législation des pays de langue anglaise.

Le progrès de la législation sur la silicose, quoique récent, traduit une évolution constante. Tout d'abord la Grande-Bretagne, après des recherches prolongées, a décidé de ne pas inclure la phtisie due aux poussières dans la liste des maladies à réparer, jointe à la loi générale sur la réparation des accidents de 1906, étant données la nature chronique et l'incertitude de la période de début de la maladie; en outre, on n'avait pas de renseignements suffisants sur les industries dans lesquelles la maladie pouvait survenir.

L'Afrique du Sud ayant à combattre la maladie sous une forme aiguë et dans une seule industrie, celle des mines d'or, a adopté la réparation en 1912. Les mines comprises dans l'industrie sont définies par une liste et les employeurs sont obligés d'établir un fonds de réparation; toutes les questions médicales sont réglées par un corps d'experts. Cette procédure a atteint progressivement un haut degré de perfectionnement.

Ensuite la Grande-Bretagne, disposant de cette expérience, adopta la procédure sud-africaine en 1918; à cette époque, on avait identifié à la silice la poussière qui détermine la phtisie due aux poussières, ce qui permit de délimiter les industries intéressées. Une loi fut adoptée qui, au début, n'a été appliquée qu'à un petit groupe d'industries, aux industries réfractaires, dont le domaine était délimité et les employeurs intéressés déterminés.

Ces industries furent obligées d'établir un fonds de réparation. Au début, les questions médicales étaient, dans les différents districts, confiées aux médecins spécialistes de la tuber-

culose; mais, depuis, elles ont été soumises à une Commission médicale d'experts.

La Nouvelle-Galles du Sud suivit en 1920 :

a. Une loi semblable tendant à établir un plan avec des fonds de réparation fut adoptée concernant certains ouvriers du comté de Cumberland, y compris la ville de Sydney;

b. Une loi spéciale fut adoptée qui prévoit un fonds de réparation et un bureau d'inspection médicale pour les mines de Broken Hill.

L'Australie occidentale adopta une loi en 1922 qui propose la réparation de la silicose, mais jusqu'à l'heure actuelle il n'y eut pas d'application ; des recherches préalables soigneuses ont été entreprises pour établir l'incidence de la maladie.

La liste annexée à la loi sur les assurances-accidents de 1925 de la province d'Alberta du Canada contient, dans la liste des maladies professionnelles donnant droit à réparation, la « phtisie des mineurs ».

La province d'Ontario a inscrit la silicose dans sa loi sur l'assurance-accidents de 1926. Il ne fut pas établi un fonds séparé et distinct du fonds général prévu par la loi qui sert aux paiements de toutes les réparations pour accidents et maladie. Une commission référendaire de la silicose a été nommée pour déterminer l'existence et la gravité des cas qui réclament la réparation de la maladie.

En 1927, la Grande-Bretagne a établi, en vertu de sa loi, un nouveau plan qui fut appliqué aux ateliers d'aiguisage des métaux. Ce plan, qui concerne ainsi une occupation plutôt qu'une industrie, visait le risque que comportait l'inhalation des poussières qui se produisent lors de l'aiguisage des objets métalliques sur des pierres; tout employeur qui demande ce travail est obligé de payer la réparation. Aucun fonds de réparation n'a été établi, chaque employeur étant obligé d'assurer sa responsabilité; il n'existe pas de commission médicale d'experts; cependant des médecins experts sont nommés pour décider dans des cas douteux, comme il y a lieu pour les cas de maladie professionnelle donnant droit à réparation.

Un nouveau progrès fut réalisé en décembre 1928 par le plan « des industries variées » qui s'applique aux risques dus aux poussières provenant de la manipulation du quartz, de la quartzite, du ganister, du grès, du gravier, de la pierre à feu, mais non des roches qui contiennent moins de 50 p. 100 de silice libre. Ce plan, qui a une large application, a été conçu sur les mêmes lignes que le plan de l'aiguisage des métaux et n'assure la réparation que pour incapacité totale et décès.

En même temps, d'autres plans suivant plutôt celui des industries réfractaires, avec examen médical et réparation pour incapacité partielle avec suspension du travail, ont été organisés par l'industrie de la poterie et celle du granit.

Les autres pays ne nomment pas la silicose directement comme une maladie à réparer. Cependant, les lois d'assurance de certains Etats des Etats-Unis sont conçues de manière à permettre la conclusion que la silicose y soit comprise. Il existe des tendances dans les lois d'assurance-accidents des divers Etats à définir le mot « dommage » comme comprenant les maladies provenant du travail ou dues à des causes particulières de la profession. Des prétentions de réparation pour la silicose ont été ainsi formulées au Wisconsin en vertu de cette définition. Il est possible qu'à l'avenir la question de la réparation de la silicose se développe dans cette direction plutôt que dans celles qui tendent à établir des plans spéciaux pour les industries spéciales.

Des informations détaillées sur lesquelles est établi l'exposé ci-dessus ont été réunies pour chaque pays dans les publications mentionnées dans le rapport original. Pour la forme explicite et la tenue à jour de ces informations, je désire exprimer personnellement mes remerciements à MM. les docteurs J.-C. Bridge et E.-L. Middleton, du ministère de l'Intérieur, Londres; A. B. du Toit, N.-P. Dale et docteur A. Mavrogordato, Johannesburg; docteur J.-C. Cunningham, Toronto; docteur Ethelbert Stewart, Washington; docteur H.-W. Armit, Sydney, et docteur C.-L. Park, Commonwealth House, Londres.

SIXIÈME RAPPORT

PNEUMOCONIOSES

Par M. Sternberg (Vienne).

Le mot « pneumoconiose » signifie, dans le sens original de Zenker (1866), toutes les maladies du poumon dues à l'inhalation des poussières. Si l'on prend la pneumoconiose dans ce sens, elle répond à des maladies complètement différentes. D'après les effets des poussières, on peut distinguer au moins cinq groupes :

1. Allergie de l'organisme entier avec asthme;
2. Effet chromatique local (anthracose simple), tabacose);
3. Effet local microchimique (silicose, chalicose, pneumoconiose en sens restreint);
4. Effet local colloïdal (amylose des bronches);
5. Effet infectieux (charbon, tuberculose, pneumonie, pneumomycose, psittacose).

Peut-être qu'il existe aussi un effet stimulant les infections, un effet empêchant les infections et un effet activant les germes des carcinomes.

Si l'on prend la « pneumoconiose » dans un sens restreint, cette notion comprend les fibroses du poumon causées par les poussières professionnelles. Cette pneumoconiose restreinte est identique avec la « silicose » et la « chalicose », car il y a lieu de présumer un effet spécial fibroplastique des silicates sur le tissu pulmonaire.

Quoiqu'il existe des cas incontestables de fibrose du poumon sans la moindre trace de tuberculose, la silicose est très intimement liée à la tuberculose. Les observations sur les mineurs et les données expérimentales rendent très plausible, que la coopération des silicates inhalés et du bacille de Koch soit surtout capable de provoquer une fibrose très accentuée du poumon.

Dans l'étude plus approfondie du développement des fibroses, la physico-chimie des poussières, négligée par la plupart des auteurs, est de la plus grande importance.

SEPTIÈME RAPPORT

CATARACTE PROFESSIONNELLE

Par M. Elséhnig (Prague).

Les cataractes professionnelles *directes* sont dues à l'action directe d'un agent nocif sur l'œil; les cataractes professionnelles *indirectes* sont consécutives à des troubles professionnels de l'ensemble de l'organisme.

1. Parmi les cataractes *directes* se placent tout d'abord la cataracte des verriers au cours du travail avec les masses de verre fondu et la cataracte des travailleurs au feu, au sens le plus étendu du mot, c'est-à-dire au cours du travail avec des métaux en fusion ou incandescents.

La fréquence du décollement de la zonule de Zinn chez les travailleurs au feu mit en évidence le rôle direct du cristallin; c'est vraisemblablement sur la base de mes observations que la cataracte des travailleurs au feu a été bien décrite en détail, dans ses manifestations particulières, par Schnyder, en 1926, en ce qui concerne les travailleurs au feu, et par Kraupa, en 1928, en ce qui concerne les verriers : début au pôle postérieur du cristallin, apparition d'un trouble nettement limité par rapport à la partie de la corticale restée transparente. Le décollement de la zonule de Zinn se rencontre chez les travailleurs au feu, quelquefois avec un cristallin normal, mais le plus souvent avec un cristallin atteint de cataracte. L'opacité du cristallin se rencontre par ailleurs de la même manière sans décollement de la zonule de Zinn par suite de l'action intense sur l'œil des rayons X et du radium.

La seule caractéristique de la cataracte des vieux travailleurs au feu est le décollement de la zonule de Zinn, ce que

j'ai rencontré 6 fois chez 24 ouvriers atteints de cataracte opérés par moi et ce que Schnyder a trouvé 19 fois chez 32 forgerons et Kraupa 6 fois dans 26 cas.

Parmi les quelques 7.000 ouvriers verriers de notre pays il est vraisemblable que 0,23 p. 100 sont opérés annuellement de cataracte.

L'âge moyen des ouvriers au feu que j'ai opérés de cataracte sénile est de cinquante-sept ans, alors que cet âge moyen est de soixante-quatre dans les autres professions pour les individus atteints de cataracte sénile. Jusqu'à présent on n'a pas pu étudier, au point de vue anatomique, une cataracte-type par travail au feu chez un individu jeune. J'ai procédé à l'extraction des cataractes dans leur capsule chez cinq verriers (avec décollement de la zonule dans trois cas) ainsi que de quatre cas de cataracte chez des forgerons (avec décollement de la zonule dans un cas). Dans tous ces cas, on a procédé à l'examen anatomique et on n'a trouvé nulle part de lésions de l'épithélium capsulaire, peut-être une dégénérescence un peu marquée des fibres en arc du noyau, mais en tout cas aucune modification du poids du cristallin ou des propriétés du noyau du cristallin par rapport à ce que l'on rencontre dans des cataractes séniles de même nature chez des individus ayant à peu près le même âge.

Dans la cataracte des travailleurs au feu, l'extraction avec la capsule, du cristallin et avec conservation du cercle pupillaire est préférable à tout autre procédé d'extraction.

Comme facteur étiologique de la cataracte, je considère aussi, au point de vue de la production d'un décollement de la zonule, les lésions du corps ciliaire et de l'iris, occasionnées par les radiations calorifiques auxquelles on ajoute peut-être une action directe des radiations lumineuses et calorifiques sur le pôle postérieur du cristallin. L'action de la chaleur ou des radiations ultraviolettes ou des deux combinées sur le cristallin seul ne peut entraîner de l'opacité du cristallin. Le terme de cataracte des travailleurs au feu est donc à préférer aux termes de « Strahlenkatarakt » ou de « Ray Cataract ».

Au reste, l'importance de la cataracte des travailleurs au feu est relativement minime, car le début de la cataracte, caractéristique des travailleurs au feu au niveau du pôle postérieur du cristallin, ne réduit l'acuité visuelle et la capacité de travail des sujets atteints que d'une manière minime et tardive. De plus, l'extraction surtout avec la capsule de la cataracte sénile, qui est possible au delà de la quarantaine même avec des cristallins transparents, restitue à l'individu sa capacité de travail entière. L'emploi de mesure de protection appropriées (écrans ou lunettes de protection avec verres à oxyde de fer [Crookes] qui absorbent en partie les radiations lumineuses et invisibles) permet d'éviter facilement la cataracte.

2. Aux cataractes professionnelles directes appartiennent encore les cataractes des travailleurs agricoles, chez lesquels peut-être l'influence de la lumière solaire et de la chaleur joue un rôle dans leur formation précoce; il faut rappeler aussi les dommages causés par les piqûres d'abeilles et la cataracte provoquée chez les travailleurs agricoles par la foudre.

3. C'est par contre dans les cataractes professionnelles *indirectes* qu'il faut placer celles des sujets travaillant constamment avec le radium ou les rayons X, comme le montre une de mes observations concernant une opacité du cristallin analogue à la cataracte de la tétanie, survenue chez un médecin qui travaillait depuis quelques années avec de grosses doses de radium et présentait depuis plusieurs années de l'azoospermie avec intégrité du libido et de la puissance sexuelle. Cette lésion pourrait être mise sur le compte de troubles endocriniens.

Aux cataractes indirectes appartiennent peut-être aussi les lésions, assez rares, dues aux entozoaires (monostomum, filaire, trématodes) que l'on rencontre chez les pêcheurs et les voyageurs en Orient. L'importance de ces cataractes est extraordinairement minime par rapport aux cataractes dues aux dommages professionnels et qui forment chez les individus âgés, d'après mon expérience, au moins le 5 p. 100 des cataractes anciennes et le 25 p. 100 des cataractes récentes. D'après mes observations, il semble que la consommation d'alcool le dimanche joue un rôle important dans l'incidence des cataractes dues aux dommages professionnels.

Il va de soi enfin que tout surmenage professionnel peut entraîner des troubles généraux occasionnant une usure prématurée des organes et de l'individu et conduire à l'éclosion prématurée d'une cataracte sénile.

HUITIÈME RAPPORT

LA CATARACTE DES VERRES

Par M. ROLLET (Lyon).

Il existe chez les verriers une forme spéciale de cataractes constituant une véritable maladie professionnelle.

La cataracte des verriers a été signalée depuis longtemps, mais ses caractères précis, ses incidences, et ses causes ont été étudiées récemment seulement.

Elle débute par une opacité du pôle postérieur du cristallin. Cette cataracte correspond avec l'aire pupillaire.

On dit que cette forme de cataracte se rencontre avec une fréquence de 17 p. 100 selon les différentes données statistiques basées sur les examens médicaux passés à l'usine.

Elle apparaît après dix ou vingt ans de travail et est signalée surtout chez les ouvriers qui finissent les bouteilles.

D'abord, et cela doit être constaté, son évolution est très longue. Le malade est complètement inconscient de son existence et il n'y a que peu ou même pas du tout de trouble visuel.

On la trouve rarement à trente ans, mais surtout vers quarante ou cinquante ans. Cela commence à l'œil gauche; car les verriers tournent la joue gauche vers la cuve du verre fondu quand ils écument le verre.

Cette cataracte professionnelle est à distinguer de la cataracte congénitale et de la cataracte sénile.

La cataracte congénitale qui est quelquefois de développement lent est facilement reconnaissable par sa forme polaire ou zonulaire.

La cataracte sénile est localisée principalement à la surface périphérique au début, tandis que dans le cas des verriers, elle est au contraire localisée à l'axe.

Cette forme de cataracte a été attribuée à l'intensité de la lumière et de la chaleur, et à l'abondante transpiration.

L'essai qui a été tenté de la reproduire expérimentalement par les rayons ultra-violets (dont on connaît les effets irritants sur les yeux) n'a pas réussi, mais cette forme de cataracte a été, au contraire, produite avec succès par les rayons infrarouges.

Le traitement de la cataracte, dans son état avancé, consiste en l'extraction comme dans le cas de la cataracte sénile.

Après cette opération, l'ouvrier est en état d'accepter du travail à l'usine, mais généralement loin des fourneaux.

Sans aucun doute, la protection des yeux par l'emploi des lunette à l'oxyde de chrome et à l'uranium et spécialement à l'oxyde de fer, est effectif, mais il semble qu'il y ait une impossibilité d'ordre pratique, pour les porter au cours du travail.

L'installation des grands ventilateurs électriques devant les fourneaux et les heureuses améliorations dans la construction des cuves, ont amené une diminution des cas de cataractes. Cet effet est dû aussi à la fabrication semi-mécanique, où l'emploi de l'air comprimé remplace le travail du souffleur de verre qui devient à la place mouleur, avec les derniers types machines américaines qui deversent le verre dans un moule sans dégager de chaleur ou de lumière au moyen de deverseur automatique, le travail humain est remplacé par la mécanique, le souffleur de verre par la machine.

La cataracte des verriers est donc destinée à devenir uniquement d'un intérêt historique.

NEUVIÈME RAPPORT

ACTION DES TOXIQUES PROFESSIONNELS SUR LES GLANDES ENDOCRINES

Par M. FERRANNINI (Cagliari).

Il est actuellement acquis que de toutes les glandes endocrines, seules les glandes surrénales possèdent par leur zone corticale une fonction antitoxique vraie et marquée. Il serait souhaitable d'intensifier les recherches relatives aux rapports existant entre le système endocrinien et les toxiques professionnels, comme on a déjà commencé de le faire pour certains de cas toxiques.

De nombreux toxiques professionnels lèsent plus ou moins profondément les fonctions de la structure des glandes endocrines, mais aucun d'eux ne détermine de forme caractéristique d'endocrinopathie vraie.

De plus, le syndrome anatomo-clinique endocrinien, tout en jouant un rôle plus ou moins important dans la symptomatologie des intoxications professionnelles, n'en constitue jamais la partie fondamentale et essentielle, pas même dans le saturnisme.

Il y a lieu de retenir que les toxiques professionnels lèsent les glandes endocrines, comme tous les autres organes, par suite d'une action générale et non élective. Les toxiques ne comprennent pas de substances vraiment endocrinotropes, mais déterminent des altérations banales et non caractéristiques dans les organes endocriniens qui, toutefois, sont frappés avant et plus profondément que les autres organes.

Il ne faut pas perdre de vue la grande fréquence des lésions des organes génitaux, surtout chez les femmes, ainsi que des glandes surrénales; viennent ensuite les lésions de l'hypophyse et de la thyroïde.

Parmi les toxiques les plus dangereux pour les glandes endocrines, se placent le plomb, le mercure, le phosphore, l'arsenic, le benzène et les gaz asphyxiants.

Il serait intéressant d'étudier, sur la base de faits bien déterminés, les rapports existant entre les intoxications professionnelles et les constitutions endocriniennes, plus spécialement pour ce qui a trait aux glandes surrénales, dont tout état d'affaiblissement constitue un facteur favorisant l'action des toxiques.

DIXIÈME RAPPORT

SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF & INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES

Par M. BIONDI (Sienne).

Le rapporteur est d'avis que l'on ne peut, surtout au point de vue de la pathologie professionnelle, arriver à une classification des toxiques industriels, selon leur action excitante ou déprimante sur les systèmes neuro-végétatifs sympathique ou parasympathique. Il est d'avis qu'il est nécessaire de dépister systématiquement l'action de chaque toxique sur les ouvriers qui seraient étudiés et ensuite classés selon des critères constitutionnels au sens large du mot, à savoir : état du corps, type endocrinien prépondérant, tonalité neuro-végétative, équilibre acido-basique des humeurs. Cette recherche s'impose d'autant plus que la réponse neuro-végétative à l'action des poisons n'est pas la même chez les divers animaux, et que l'on ne peut, sans autre, appliquer à l'homme les résultats de l'expérimentation.

ONZIÈME RAPPORT

QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR MALADIES PROFESSIONNELLES?

Par M. ETIENNE-MARTIN (Lyon).

Après avoir indiqué qu'il existe une médecine du travail, le rapporteur expose qu'il y a d'une part les *maladies du travail* communes à tous les travailleurs, et les *maladies professionnelles* qui frappent uniquement quelques-uns d'entre eux, exerçant une profession dangereuse par les substances manipulées ou par l'effort spécial qu'elles nécessitent : le facteur individuel prédomine dans l'évolution ou la rapidité d'éclosion des maladies du travail. Le facteur individuel n'a qu'une action insignifiante dans l'éclosion des maladies professionnelles.

Si bien que les maladies professionnelles relèvent entièrement des dangers inhérents à certains travaux, à la manipulation des produits toxiques. La maladie professionnelle est une maladie créée de toutes pièces par un travail déterminé ou les conditions dans lesquelles il est effectué.

L'auteur propose la création d'instituts universitaires de recherches et d'enseignements dans le but de coordonner les données scientifiques pour l'étude de la pathologie du travail.

R. PIÉDELIÈVRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1929)

Pseudarthrose de la clavicule. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. MADIER, relative à une malade présentant une pseudarthrose de la clavicule droite suturée d'abord, puis ayant subi une ostéosynthèse par plaque, la malade souffrant, M. Madier intervient en deux temps : 1° fixation de l'omoplate à la colonne vertébrale et à la huitième côte pour rapprocher les fragments, deuxième greffe ostéopériostique. Bon résultat.

M. DUJARIER se demande si une ostéosynthèse associée à une greffe ne serait pas suffisante en pareil cas.

Prothèse externe dans le traitement des fractures. — M. ALGLAVE rapporte un travail de M. CHARBONNEL (de Bordeaux) sur les résultats du fixateur externe de Lambotte. Sur 22 cas, l'auteur a constaté 5 incurvations, 3 cals volumineux, 2 ostéites. Il fait des réserves sur l'emploi de ces fixateurs, et insiste sur le danger d'infection.

M. PICOT n'emploie plus le fixateur et préfère les autres moyens d'ostéosynthèses.

M. FREDET estime qu'il y a des cas, fracture ouverte, fracture avec gros fragment intermédiaire dans lesquels l'appareil de Lambotte peut encore être utile.

Rupture traumatique du pancréas. — M. MAISONNET rapporte une observation de MM. PAITRE et COURBOULÈS (armée). Un blessé pris entre deux tanks ne présente aucun signe abdominal dans les premières heures, puis on voit se développer un kyste traumatique du pancréas. Laparotomie, marsupialisation du kyste en raison de l'impossibilité de la suture du pancréas complètement sectionné. Drainage et tamponnement de la poche. Fistule pancréatique puis guérison complète.

Plaies viscérales multiples. — M. MAISONNET rapporte une observation de M. PAITRE (armée). Un blessé atteint de plaies thoraco-abdominales par balle de revolver, présentait de multiples lésions. Suture des diverses plaies intestinales. Aucune réaction du côté du pancréas atteint, guérison.

Tumeurs osseuses. — M. CUNÉO rapporte deux observations de M. MICHON (de Paris), l'une de tumeur à myéloplaxes du deuxième métacarpien et l'autre d'enchondrome de la deuxième phalange de l'annulaire droit.

Dans les deux cas. Curettage, greffes, guérison.

M. Michon attire l'attention sur la persistance des travées osseuses dans la tumeur à myéloplaxes et au contraire dans l'enchondrome on ne voit plus que des débris osseux isolés.

M. Dujarier n'a jamais vu des enchondromes uniques et non malins.

M. Lenormant insiste sur l'obscurité de la question, il a vu certains chondromes multiples de la main et du pied être sans tendance à la malignité et voisins des exostoses ostéogéniques.

Au contraire, certaines lésions analogues au niveau des os plats (omoplates, côtes) semblent à la limite de la malignité bien que leur structure histologique soit la même.

Abcès intrapulmonaire et interlobaire. — M. Le Fort (de Lille), apporte les résultats de 11 abcès traités par incision et drainage avec 9 guérisons et 2 morts.

Il est impossible de distinguer les abcès intra-pulmonaires des abcès interlobaires. M. Le Fort décrit sa technique et insiste en particulier sur la nécessité de fixer le poumon à la paroi.

Quand au thermo on ne peut trouver l'abcès, il faut mettre un drain d'appel qui permettra au pus de s'évacuer le lendemain. Un examen sous écran peut également permettre un repérage exact de la cavité suppurée. La vaccinothérapie est associée avec grand avantage.

Intervention chirurgicale dans les états infectieux du poumon en dehors des suppurations collectées. — M. Le Fort (de Lille), dans un cas de spléno-pneumonie persistante, fut amené, il y a vingt ans, à inciser et à drainer avec succès le poumon. Issue de liquide abondant et guérison.

En 1925, croyant à un abcès du poumon, il draine un bloc pulmonaire avec plèvre adhérente et le malade guérit. En 1929, un autre malade, à la suite d'une pneumonie, présente un syndrome d'abcès pulmonaire. Malgré l'état grave du malade une intervention est pratiquée à la locale, qui permet un drainage du bloc pulmonaire. Suintement abondant qui reste séreux et ne devient jamais purulent. Guérison.

Accidents aigus de compression de la veine cave supérieure par une tumeur du médiastin. Médiastinotomie. Suppression des accidents. — M. Le Fort (de Lille).

(Séance du 17 avril 1929)

Deux cas de salpingite à symptomatologie extrapelvienne. — M. Okinczyc rapporte deux observations de M. Leconte des Feltit (de Besançon) : dans le premier cas il s'agissait d'une malade soignée des années pour troubles gastriques, dans le second d'une intervention d'urgence pour signes de péritonite haute. L'intervention a démontré l'origine salpingienne des accidents. Il semble que les adhérences pelviennes du grand épiploon jouent un rôle dans la symptomatologie extrapelvienne des lésions et que le toucher vaginal seul puisse parfois déceler l'origine des accidents.

Opération de Hartmann avec rétablissement de la continuité digestive. — M. Schwartz rapporte deux observations de M. Tisserand qui a rétabli immédiatement, avec succès, la continuité digestive par invagination du bout intestinal supérieur dans l'inférieur après avoir extirpé le cancer rectal suivant les temps initiaux de la technique d'Hartmann. M. Schwartz fait remarquer qu'en réalité il ne s'agit plus de l'opération d'Hartmann puisque l'intervention pratiquée ici ne comporte pas les deux avantages essentiels de cette technique qui sont la bénignité de l'intervention sans aucun délabrement périnéal et la possibilité de sectionner l'intestin à distance du néoplasme sans aucune préoccupation de rétablir la continuité digestive.

M. Cunéo insiste aussi sur ce fait que dans l'opération d'Hartmann la section doit porter au ras du plancher pelvien.

Ictère chronique sans obstacle sur la voie biliaire principale. — M. Mocquot rapporte une observation de M. Raoul Monod où l'intervention pour un ictère datant de cinq mois n'a montré aucune lésion de la voie biliaire principale. M. Monod a fait une cholecystostomie. Un examen radiologique après injection de lipiodol lui a démontré la liberté de passage dans la voie principale et la fistule biliaire s'est fermée spontanément.

Cette observation rappelle ces hépatites ictérigènes chroniques sans obstruction de la voie biliaire principale sur lesquelles on a encore insisté récemment. La cholecystostomie semble amener la guérison dans certains de ces cas.

M. Lecène se demande quelle est la conduite à tenir dans le cas particulier où l'ictère est dû à une pancréatite. La cholecystostomie a ses inconvénients. La dérivation de la voie principale dans le tube digestif donne de beaux succès mais a ses désavantages causés par le reflux intestinal. En tous cas il est avantageux de conserver la vésicule.

M. Gosset a appliqué les principes suivants : cholécystostomie d'abord, puis si nécessaire, anastomose bilio-digestive secondaire, mais sans attaquer jamais la voie principale.

MM. Brocq et Leveuf rapportent des observations analogues.

M. Toupet rapporte un cas où l'ictère coexistait avec une atrophie des voies biliaires sans pancréatite et M. Métivet une observation où cet ictère était causé par des calculs des canaux intrahépatiques.

M. Mocquot conclut en rappelant qu'il faut s'habituer à l'idée de l'existence d'ictères chroniques sans obstacle mécanique.

Succès à l'appui de l'entérectomie pour infarctus de l'iléon consécutif à une thrombose veineuse. — M. Lapointe apporte une observation où l'intervention pour occlusion intestinale, quatre mois après une appendicite gangréneuse, a montré l'existence d'un infarctus de l'iléon. La résection de 1m25 de grêle suivie d'abouchement des deux bouts à la peau et la fermeture ultérieure de l'anus ont permis de sauver la malade.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 23 février 1929)

Tic douloureux de la face. Guérison. — M. Pierre Robin présente un malade montré à la Société, il y a deux ans, dans un état de faiblesse extrême dû à un tic douloureux bimaxillaire. A la suite de la cure radicale des reliquats infectieux apicaux anciens (procédé de l'auteur), le tic a disparu et le sujet a recouvré une santé parfaite.

Hypertension et hypertrophie de la prostate. — M. Lavenant rapporte plusieurs cas d'hypertension artérielle guéris par la prostatectomie. Il s'agit de rétentions vésicales méconnues qui élèvent la pression intra-rénale, et causent des troubles cardio-vasculaires, essoufflement, bruit de galop, etc. Loin d'être une cause d'abstention, ces formes de néphrite hypertensives sont une indication opératoire.

Traitement de l'angine de poitrine par la radiothérapie. MM. Barrieu et Nemours-Auguste rappellent que les méthodes classiques de traitement de l'angine de poitrine ne donnent que des résultats inconstants et médiocres. La radiothérapie, au contraire, provoque une amélioration considérable, permettant au malade d'espérer la guérison de ses douleurs, puisque la statistique montre 41 succès sur 61 cas traités. Les échecs signalés ne semblent pas diminuer la valeur de cette

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : R. C., 27.894, Seine.
SIROP REINVILLIER, un flacon
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE
G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.
PAS D'ACIDE LIBRE

NUCLÉARSITOL ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE R. C., 221.839, Seine
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL
JÉCOL
COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE
FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets
3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

Laboratoires F. VIGIER et R HUERRE Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS
Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure
Huile Grise VIGIER à 40 %.
en flacons et en ampoules.
Huile au Calomel VIGIER
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.
Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.
Suppositoires d'Huile Grise VIGIER
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg
Lactermol VIGIER
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).
Sirop Iodermol VIGIER
(Sirop de Gibert au café).
Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le
Savon Dentifrice VIGIER

méthode, car ils peuvent être dus à notre ignorance de la véritable manière dont la crise se produit.

Présentation d'appareil. — M. Livet présente un nouveau brûleur à vapeur de mercure à allumage instantané sur courant alternatif.

Respiration et psychisme. — M. Pron (d'Alger) se basant sur les modifications de la respiration automatiquement et immédiatement chez les sujets normaux pendant l'attention, les émotions, etc. et sur celles qui accompagnent certains troubles mentaux, pense qu'inversement, on peut modifier l'état mental des neurasthéniques et des psychonévrosiques par des exercices respiratoires rythmées.

NOTES DE PRATIQUE

LA GRIPPE ET SES SUITES

La grippe, dans ses manifestations polymorphes, commande, à défaut de médication spécifique, une médication symptomatique.

Comme dans toutes les maladies infectieuses, le problème qui se pose dans la grippe est d'enrayer la pullulation microbienne, de neutraliser les toxines, de soutenir le cœur.

Le Cétémol, par ses éléments volatils et fortement antiseptiques, répond au mieux aux données de ce problème, et en période épidémique le Cétémol, par voie buccale, constitue un préventif de choix.

VOYAGES MÉDICAUX AUX PYRÉNÉES. — En liaison avec la Société médicale du Littoral méditerranéen qui organise tous les ans avec le succès que l'on sait deux voyages sur la Côte d'Azur (Noël et Pâques), la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne organise à son tour deux voyages Méditerranée-Océan pour l'été prochain. Leur programme est particulièrement intéressant et instructif, à divers points de vue :

1° Voyage Cévennes-Pyrénées : concentration à La Malou, le 15 juin. On peut rattacher ce voyage aux Journées médicales de Paris (9-14 juin). En ce cas, on prendra la voiture directe, qui partira de Paris le 14, à 17 h., et arrivera à La Malou le 15, à 8 h.

Du 15 au 19 juin : visite de Cévennes, des Gorges du Tarn, de l'Aven-Arman et de la Cité de Carcassonne.

Du 19 au 24 juin : Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Luchon, Superbagnères, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets.

25 juin : Lourdes (Pèlerinage Catalan). Dissociation du voyage (voiture directe pour Paris, le 25, à 17 h. Arrivée le 26, à 8 h.).

2° Voyage Pyrénées-Océan : concentration à Périgueux, le 8 septembre (voiture directe de Paris : départ à 7 h. 42; arrivée à 16 h.). Les stations préhistoriques du Périgord.

Du 10 au 18 septembre : Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Luz, Argelès, Eaux-Bonnes, Pau, Cambo, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, Saint-Sébastien, Bayonne, Salies-de-Béarn, Dax, Arcachon.

Du 19 au 21 septembre : Bordeaux. Excursions dans la région des vignobles et en mer. Le 21 septembre : dissociation du voyage (voiture Salon-Pullman pour Paris à 17 h. 23. Arrivée à 24 h.).

Ces voyages sont réservés aux médecins et à leurs familles. Le nombre des adhérents est strictement limité. Les séjours seront assurés partout dans les meilleurs hôtels. Les transports seront effectués en auto-cars, de La Malou à Lourdes et de Bagnères-de-Bigorre à Dax. Des Conférences avec démonstrations sont prévues dans toutes les stations.

L'unité de direction que les deux grandes associations ont réalisée pour ces quatre voyages, qui seront bientôt classiques, permettront aux médecins de ne rien ignorer des merveilleuses ressources thermales, climatiques, balnéaires et touristiques du Sud de la France.

Pour tous renseignements, écrire à la Direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Vendredi 26 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Panisset et Robin. — M. Pairemaure. Le diagnostic de la morve par des méthodes biologiques.

Mardi 30 avril. — Jury : MM. Brindeau, président; Ménétrier, Lecène et Olivier. — M. Benoist. Recherches cliniques d'une nouvelle pompe à lait électrique. — M. Prat. Un chirurgien au XVIIIe siècle (J.-P. Desault, 1738-1795). — M. Picardeau. Prophylaxie des maladies vénériennes au XVIIIe siècle.

Mercredi 1er mai. — Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Dognon et Lardennois. — M. Jarrier. Etude sur le traitement du cancer du col utérin opérable. — M. Traknis. Les pédicules vasculaires de la vessie et son péritoine chez l'homme. — M. Bélanger. Physiopathologie de la cystostomie sus-pubienne.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Tanon, Moussu, Panisset et Henry. — M. Chrisment. Expériences lors d'une épizootie de fièvre aphteuse. — M. Menou. Etude de la biologie et du rôle pathogène des principaux muscoïdés créophiles.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Circuits automobiles P.-L.-M. en forêt de Fontainebleau. — Par la beauté de son palais et de la forêt qui l'entoure, Fontainebleau offre une des plus belles excursions qu'on puisse faire aux environs de Paris.

Trois circuits d'autocars P.-L.-M. fonctionnent en forêt. Deux ont lieu chaque jour jusqu'au 2 novembre. L'un, dans la matinée, pour la visite de la partie nord de la forêt : place Denecourt 9 h. 20, gare de Fontainebleau 10 h. 05, Croix de Toulouse, grottes d'Apremont, carrefour des Cépées, place Denecourt 11 h. 55. Prix : 10 fr.

L'autre, l'après-midi, pour la visite de la partie sud de la la forêt : place Denecourt 14 h., Montigny, Marlotte, gorges de Franchard, place Denecourt 16 h. 55. Prix : 17 fr.

Le prix de ces deux circuits effectués le même jour par la même personne est de 25 fr.

Un troisième circuit, qui comporte la visite de toute la forêt, a lieu les dimanches, lundis, jeudis, samedis et jours fériés jusqu'au 31 mai et du 1er octobre au 3 novembre; tous les jours, du 1er juin au 30 septembre. Départ de la place Denecourt à 9 h. 20, de la gare de Fontainebleau à 10 h. 05; arrêt en forêt, à Barbizon, pour le déjeuner; retour à la gare à 16 h. 50. Prix du circuit : 28 fr., déjeuner non compris.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

Le Directeur-gerant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

PEPTONES
de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'ŒUF et de LAIT
FARINE DE BLÉ
dans l'enrobage
SULFATE de MAGNÉSIE

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
MIGRAINES - CONGESTION DU FOIE
en Granulés
PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
4 PEPTO. ALBUMINES
+
Sulfate de Magnésie

MÉDICATION
ANTIANAPHYLACTIQUE
et
CHOLAGOGUE

en Granulés seulement
Littérature & Échantillons à MM. les Docteurs - Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA. Dr E. PERRAUDIN. Ph. de l'Cl. 21, rue Chaptal, PARIS

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0 gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe
R. C., 225.781 B

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134.569

Épilepsie !!
dans l'état actuel
de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif,
le plus puissant
à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

INFECTIONS
AIGUES
FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne
— PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 27 avril. — MM. Turpin, 19,80; Haguenau et Debray, 20; Coste, 19,20; Mme Fontaine, 19,70.

Classement des candidats : MM. Haguenau et Debray, 40; Turpin, 39,80; Mme Fontaine, 39,70; M. Coste, 39,20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Haguenau, Debray et Turpin.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Séance du 22 avril. — *Première épreuve écrite.* — Question donnée : « Anatomie et physiologie de la glande mammaire ».

Questions restées dans l'urne : « Anatomie descriptive des ligaments larges (à l'exclusion de l'embryologie et de l'histologie). — Physiologie du corps jaune ». — 2. « Configuration intérieure et rapports du vagin. — Secrétion urinaire.

Séance du 23 avril. — *Deuxième épreuve écrite.* — Question donnée : « Hémorragies utérines du post-partum à l'exception des hémorragies immédiates de la délivrance ».

Questions restées dans l'urne : « Colibacillose pendant la grossesse et les suites de couches. — Les déchirures du vagin pendant l'accouchement ».

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Duhem, Lapointe, Ribadeau-Dumas, Bouchacourt, Delherm, Barret, Gosset.

— Mutations. — M. Couteaux, directeur de l'hôpital Ambroise-Paré, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Cochin; M. Riethmuller, économe de l'hospice de Bicêtre, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Ambroise-Paré; M. Brunot, directeur de l'hôpital Bretonneau, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Tenon; M. Guiol, économe de l'hôpital Trousseau, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Bretonneau; M. Le Brigand est chargé des fonctions d'économe de l'hospice de Bicêtre, et M. Mattéi de celles d'économe de l'hôpital Trousseau.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Les mutations suivantes ont été prononcées dans le personnel médical :

M. le docteur Gallavardin, médecin de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin honoraire.

M. le docteur Roubier passe de l'Antiquaille à l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Dumas passe du Perron à l'Antiquaille.

M. le docteur Devic passe de Longchêne au Perron.

M. le docteur Dufourt entre en service à Longchêne.

GUERRE. — M. le médecin colonel Viguerie est nommé médecin général.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Fernand Bezançon, chef de la délégation officielle française au Congrès du Caire vient de recevoir la grand croix de l'ordre du Nil.

LA DÉFENSE CONTRE LA DIPHTÉRIE. — Des séances de vaccination antidiphtérique ont lieu dans les centres suivants : hôpital des Enfants-Malades, tous les jours à 10 h.; hôpital Trousseau, mercredi, jeudi, vendredi, dimanche, à 9 h.; hôpital Hérold, jeudi, à 8 h. 30; hôpital Bretonneau, mardi et jeudi, à 9 h.; hôpital Saint-Louis, jeudi, à 9 h. 30 (annexe des enfants); hôpital Ambroise-Paré, vendredi, à 9 h.

Une séance a lieu à l'Académie de médecine chaque jeudi, à 15 h. 30; depuis le mois de mai 1928, 420 enfants ont été vaccinés.

Des séances ont également lieu tous les jeudis, à 15 h., à l'hôpital de l'Institut Pasteur (213, rue de Vaugirard), 2.500 enfants ont été vaccinés de la sorte en 1928 et 1.000 depuis le début de 1929.

« L'AIDE AUX CARDIAQUES ». — Le 20 avril, à 11 heures du matin, s'est réunie à l'hôpital de la Pitié, l'assemblée préparatoire d'une nouvelle association d'assistance sociale : « L'aide aux cardiaques ». Cette association portera également le nom de : « Fondation Dike » en souvenir de la femme éminente qui, la première, a eu l'idée de cette œuvre.

La réunion était présidée par M. Tardieu, ministre de l'Intérieur, assisté de M. Mourier, directeur général de l'Assis-

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boulᵈ de Port-Royal, PARIS

tance publique; M. Roger, doyen de la Faculté de médecine; M. le docteur Vaquez, professeur de clinique thérapeutique à l'hôpital de la Pitié; M. Bouchet, directeur de la Pitié.

Après que M. Mourier eût souhaité la bienvenue aux assistants, M. le professeur Vaquez a exposé dans un rapport particulièrement documenté le but de la nouvelle association. Ce but est, pour les sujets jeunes, atteints de maladie organique du cœur, de les diriger vers les carrières convenant à leurs capacités physiques, de s'occuper au besoin de leur apprentissage et de leur placement; pour les sujets plus âgés, de venir en aide à leur famille pendant le temps de l'hospitalisation, de leur trouver un emploi qui ne soit pas trop fatigant et, pour cela, de se mettre en rapport avec les chefs d'industrie susceptibles de leur procurer du travail.

Ces malades seront pourvus d'un carnet de santé, afin que les médecins qui les soigneraient par la suite soient au courant des accidents qu'ils ont présentés et du traitement qui leur a été appliqué. Ils auront donc ainsi, avec les soins qui leur seront donnés, le réconfort moral de savoir leur famille à l'abri de la misère et qu'ils ne seront pas, du fait de leurs lésions, condamnés à une existence précaire et misérable.

Lecture des statuts a été faite ensuite. Puis M. Tardieu a montré, dans une brillante improvisation, l'utilité sociale de cette nouvelle œuvre.

L'association se composera de : membres fondateurs (cotisation annuelle : 500 fr., rachat 3.000 fr.), de membres donateurs (cotisation annuelle : 100 fr., rachat 600 fr.), de membres adhérents (cotisation annuelle : 10 fr., rachat 100 fr.).

« L'Aide aux cardiaques » est placée sous la présidence d'honneur de MM. Tardieu, ministre de l'Intérieur; Mourier, directeur général de l'Assistance publique, et Roger, doyen de la Faculté de médecine. Les adhésions peuvent dès maintenant être envoyées à M. le professeur Vaquez, président de l'Association, à l'hôpital de la Pitié, ou à M. Bouchet, trésorier, directeur de cet hôpital.

JOURNÉES MÉDICALES BELGES. — La délégation officielle française sera composée de M. le professeur Sergent et de MM. le professeur Tanon et le docteur Louis Cruveilhier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LEAGUE FOR SEXUEL REFORM. — Ce Congrès se tiendra à Londres, du 9 au 13 septembre prochain, sous le patronage de MM. Bertrand Russel, H.-G. Wells et d'autres notabilités. Cette Ligue, dont les présidents sont MM. Auguste Forel, Havelock Ellis et Magnus Hirschfeld, se propose d'aider à créer une nouvelle base légale et sociale, établie en tenant compte de l'expérience acquise par l'étude scientifique des problèmes relatifs à la sexualité dans les domaines biologique, psychologique et sociologique. Elle a porté à l'ordre du jour de ses prochaines assises les questions suivantes : 1° Réforme de la législation du mariage; 2° Contrôle des naissances; 3° Prévention des maladies vénériennes et de la prostitution; 4° Sexualité et censure.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Norman Haire, 127, Harley Street, London, W., 1.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN, (Professeur : M. ACHARD.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

4° Recherche du pH et de la réserve alcaline : Indications. Technique et résultats.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal. — Technique et résultats (1 leçon).

Transfusion du sang. — Indications et technique (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 6 mai 1929 et seront terminés le 3 juin 1929.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année, en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. N...) — Deuxième série (mai-juin). — M. Maurice Chiray, agrégé : Maladies de l'intestin; M. Noël Fiessinger, agrégé : Maladies de l'œsophage et de l'estomac.

M. Noël Fiessinger commencera ses leçons le lundi 6 mai 1929, à 18 h., et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Maurice Chiray commencera ses leçons le mardi 7 mai 1929, à 18 h., et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES — ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX — PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

A. — *AIGUË*

par les injections intraveineuses de

GONACRINE

Chloro-Méthylate (neutre) de la Diaminoacridine

en solution à 2 %

B. — *CHRONIQUE ET DE SES COMPLICATIONS*

par les injections intramusculaires de

NÉO-DMEGON

Vaccin antigonococcique fluoruré

Littérature franco sur demande

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e) — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e)

R. C. Paris 5386

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**. relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE

0gr,25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.

à 1 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 8, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

DEUX CAS DE DYSTROPHIE OSSEUSE
DE TYPE PARTICULIER
PROBABLEMENT LIÉE A L'HÉREDO-SYPHILIS

PAR MM.

L. BABONNEIX et P. LONJUMEAU

Médecin de l'hôpital de la Charité. — Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'examiner, il y a quelque temps, une malade qu'il nous a paru intéressant de présenter à la Société médicale des hôpitaux (1), en raison des difficultés qu'on éprouvait à mettre une étiquette sur les déformations osseuses qu'elle présentait.

Voici son observation résumée :

E... (Esther), trente ans, sans profession, vue le 16 novembre 1928.

Antécédents héréditaires et personnels. — Le père souffrirait de cardiopathie; la mère, bien portante, a eu neuf enfants, cinq du sexe masculin et quatre du sexe féminin; elle n'a jamais fait de fausse couche.

Le père et deux frères auraient fait, sans grand traumatisme, des fractures.

La malade, qui est la quatrième enfant, est née à terme, dans de bonnes conditions, a été nourrie au sein par une nourrice mercenaire et s'est élevée sans incident. Elle a été réglée à quatorze ans. Elle est célibataire.

Histoire de la maladie. — A deux ans, fracture du fémur (la patiente ne peut dire lequel) en tombant dans un escalier.

A quatre ans, fracture de l'autre fémur, ne siégeant pas au même point que la première.

Vers neuf ans, ostéoclasie pour redresser l'une des cuisses déformées.

Vers dix ans, arrêt du développement.

Etat actuel. — A signaler, chez cette femme qui vient nous consulter pour des troubles digestifs mal déterminés :

1° Une *taille très inférieure à la normale* (1m20);

2° Les *déformations légères du crâne*, aplati dans le sens antéro-postérieur, sans irrégularités à la palpation;

3° Les *altérations dentaires* : la plupart des dents sont tombées; celles qui existent sont réduites à l'état de chicots;

4° Les *déformations thoraciques* : le thorax est globuleux; son périmètre, à la hauteur du quatrième espace, est de 92 centimètres;

5° Le *tassement de la colonne vertébrale*, qui compte seulement 38 centimètres de la VIe cervicale au coccyx, mais qui reste souple;

6° Contrastant avec l'apparence normale des membres supérieurs, dont la longueur est de 67 centimètres de l'articulation de l'épaule à l'extrémité du médius et qui arrivent, dans la station verticale, au-dessous des genoux, le *raccourcissement de longueur des membres inférieurs* : ceux-ci, du grand trochanter au talon, ont 65 centimètres; les pieds, un peu plats, ne sont cependant pas déformés; leur longueur (mesurée sur le bord interne) est de 21 centimètres. Les jambes sont convexes, surtout en avant, mais aussi un peu en dedans; leur longueur, de la pointe de la rotule au sol, est de 31 centimètres; les cuisses, courtes, tassées, mesurent, du grand trochanter à la rotule, 28 centimètres.

Le bassin se laisse malaisément palper, en raison de l'adiposité de la malade.

On ne constate aucun trouble organique et, en particulier, aucun phénomène nerveux : moteur, sensitif, sensoriel, réflexe, sphinctérien, etc. Tout au plus peut-on faire observer qu'il existe une légère inégalité pupillaire, sans modification du réflexe à la lumière, et qu'à la suite de la marche apparaît rapidement une sensation de fatigue localisée aux membres inférieurs. Le jeu des articulations est normal. Nous n'avons trouvé aucun signe de lésion viscérale. La tension artérielle se maintient dans les chiffres habituels. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La fièvre fait défaut. La réaction de Wassermann est négative.

(1) Séance du 16 nov. 1928.

EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Il a été effectué par M. Ronnaux.

Les *membres supérieurs* sont normaux.

La *cage thoracique* est élargie et déformée d'arrière en avant avec sternum très proéminent.

Les côtes sont assez grêles; la septième côte gauche semble être le siège d'une fracture ancienne.

La *colonne vertébrale* (fig. 1) présente un léger aspect scoliotique et des déformations osseuses nombreuses, en particulier sur les dernières dorsales et les premières lombaires. Elles consistent en aplatissement du corps vertébral. Sur certaines, l'aplatissement est accompagné d'un mouvement de bascule, régulier en général, mais, sur la Ire lombaire, la déformation s'est faite plus à droite qu'à gauche (1).

On note également un aspect anormal sur la Ve lombaire, alors que les IIIe et IVe sont beaucoup moins touchées.

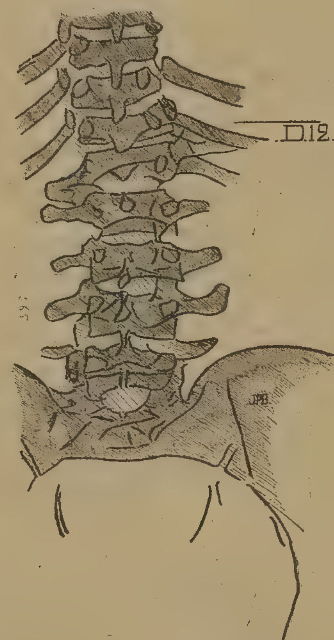


FIG. 1. — *Colonne vertébrale.*

Jambes. — Déformation symétrique, incurvation des deux os en lame de sabre dans le sens antéro-postérieur (fig. 2).

Processus hyperostosique, particulièrement sur le péroné dans son tiers moyen.

Aspect grêle du col du péroné.

Décalcification : aspect vaguement ostéoporosique des extrémités supérieures et inférieures du péroné, du tibia, de l'extrémité inférieure du fémur et des os du tarse.

En position antérieure, la déformation est différente, l'incurvation du tibia à peine sensible. Le péroné, au contraire, présente une double incurvation en forme d'S. On note en même temps une brièveté des membres inférieurs, plus particulièrement du pied (fig. 3).

(1) Les schémas radiologiques de 1 à 5 sont dus à M. BRINON, externe des hôpitaux.



Fig. 2. — *Squelette des jambes,* en position antérieure.



Fig. 3. — *Squelette de la jambe gauche,* de profil.

Crâne (fig. 4). — Il présente un élargissement dans le sens du diamètre transversal et des déformations nombreuses des maxillaires. Le maxillaire inférieur offre un aspect élargi avec diminution de hauteur très accentuée de la branche horizontale et des troubles divers de l'évolution dentaire. Le maxillaire supérieur, remonté dans le massif facial, est beaucoup moins large que l'inférieur ; ses déformations dentaires, moins accentuées.

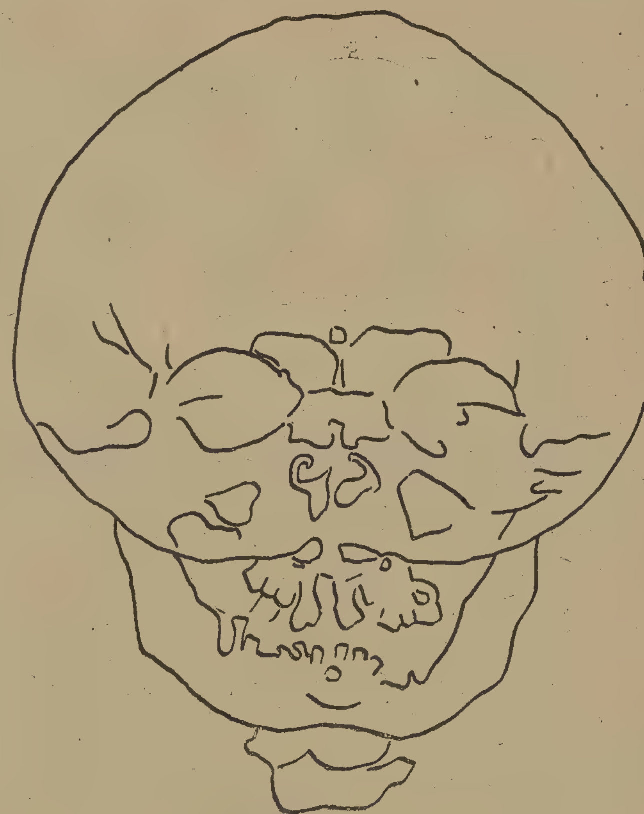


Fig. 4. — *Squelette du crâne,* de face.

Cuisses. — Brièveté des fémurs, incurvation dans le sens transversal. Epaississement des extrémités inférieures. L'incurvation des fémurs est accentuée surtout dans la partie supérieure où la diaphyse fait un angle obtus. Elle a amené un mouvement d'ascension du grand trochanter qui se trouve avoir dépassé la cavité cotyloïde, et une rotation interne de la tête du fémur, ce qui fait qu'au lieu de s'articuler avec la cavité cotyloïde par la partie interne de son contour, elle s'articule par la partie supérieure.



Fig. 5. — *Bassin et partie supérieure des fémurs.*

L'ascension du trochanter, qui arrive au-dessus du sourcil cotyloïdien, amène une limitation des mouvements d'abduction par butée sur la gouttière sus-cotyloïdienne.

Le col du fémur paraît très court. Les déformations sont symétriques sur les deux fémurs, où il existe des traces de fracture sur chacune des deux diaphyses.

Bassin élargi et basculé en avant (fig. 5). Sacrum de petites dimensions.

Les *pieds*, de petites dimensions, ne présentent aucune déformation du métatarse ou des orteils. On note seulement de la décalcification et une structure un peu particulière des épiphyses et des os du tarse.

En résumé, tendance peut-être familiale aux fractures spontanées ou provoquées, déformations osseuses affectant particulièrement la colonne vertébrale, tassée, les membres inférieurs, raccourcis dans leur ensemble et qui sont le siège de modifications morphologiques consistant surtout en déformations des jambes, convexes dans le sens antéro-postérieur.

Nous avions, à cette époque, discuté différents diagnostics.

L'*achondroplasie* ne pouvait être retenue, car, sauf le nanisme avec longueur normale du tronc, on ne constatait aucun des autres signes essentiels de cette affection où les membres supérieurs sont aussi raccourcis que les inférieurs, où les mains ont une morphologie caractéristique — mains en trident — où la micromélie est rhizomélique et où, radiographiquement, les diaphyses apparaissent rectilignes.

En raison de la tendance aux fractures et du caractère peut-être familial de la maladie, on aurait pu penser à l'*ostéopsathyrosis*, et notre regretté maître, le professeur Sicard, auquel nous avions demandé son avis, avait discuté ce diagnostic pour le rejeter, d'ailleurs, car il n'existe, chez notre patiente, aucune teinte bleue des sclérotiques, aucun trouble de l'audition, aucun cal exubérant, tous symptômes communément observés dans la maladie de Löbstein.

Il ne semblait pas non plus s'agir de *léontiasis ossea*, où les malformations osseuses restent localisées au crâne et à la face, ni de *maladie osseuse de Recklinghausen*, car nous ne constations nulle part sur les radiographies du squelette les formations kystiques ou pseudo-kystiques à contours nets et lisses qui caractérisent cette affection.

Nous n'avons pas davantage observé, sur les différentes radiographies des os, l'aspect moucheté, en écheveau, ouaté, si spécial, décrit dans la *maladie de Paget* par M. André Léri.

Quelques-unes des déformations osseuses pouvaient faire songer à l'*ostéomalacie*, tel, par exemple, le raccourcissement de la colonne vertébrale avec aplatissement des corps vertébraux; mais la scoliose bien légère de notre malade, son bassin élargi transversalement au lieu d'être rétréci dans le même sens, l'absence complète de troubles nerveux ou musculaires, ne nous permettaient pas de poser ce diagnostic.

Un *rachitisme* important semblait, à première vue, plus vraisemblable, étant donné les dimensions normales des membres supérieurs contrastant avec le raccourcissement et l'incurvation des membres inférieurs, les altérations dentaires, le volume du crâne, et le professeur Sicard, après examen des films radiographiques, nous avait adressé la note suivante :

Il s'agit d'un cas spécial qui s'apparente à l'ostéomalacie et au rachitisme.

Il existe un tassement significatif du rachis avec platispondylie que l'on ne voit pas dans le rachitisme classique. Il est évident que les épiphyses et les cartilages de conjugaison sont en état de dystrophie anormal, sans que l'on note cependant les franges et les dentelures classiques du rachitisme.

Le crâne, très spécial, s'apparente à certains crânes du musée Dupuytren étiqueté Leontiasis.

Je conclurai donc à une dystrophie osseuse particulière du type radiographique : soit rachitisme ostéomalacique, soit ostéomalacie rachitique. Bien entendu, toutes les hypothèses étiologiques (syphilis, dysendocrinies) sont possibles. Quant à l'ostéopsathyrosis, elle ne se présente pas suivant ce type.

A vrai dire, les malformations des maxillaires, le tassement du rachis avec aplatissement des corps vertébraux, l'absence d'augmentation de volume des épiphyses, le tassement de la région des cartilages de conjugaison, sans encoche du bord libre, ainsi qu'on peut le constater sur les radiographies, ne sont guère en faveur du rachitisme.

Nous avions alors pensé à la *syphilis héréditaire*, en raison de la déformation en lame de sabre des membres inférieurs, du processus hyperostosique, surtout marqué au tiers moyen du péroné et des altérations dentaires. Mais l'absence des signes habituels à la syphilis osseuse héréditaire (front olympien, ensellure nasale, syphilomes juxta-épiphysaires) chez cette malade, qui ne présentait aucun autre stigmate de spécificité et qui avait une réaction de Wassermann négative, nous avait empêchés de conclure d'une manière ferme. Et nous nous étions bornés à conclure qu'il s'agissait là d'une observation qui, en définitive, ne rentrait dans aucun des cadres connus.

C'est alors qu'ayant eu l'occasion de revoir récemment une jeune malade suivie par nous depuis plusieurs années, nous avons été frappés par les analogies que certaines de ses déformations offrent avec le cas précédent.

Cette fillette fut examinée une première fois à la fin de 1922, et l'observation suivante fut relevée à cette époque par l'un de nous qui, avec M. Peignaux, en fit l'objet d'un article dans ce même journal (1).

Cot... (Jeannine), âgée de huit jours, fut présentée à l'un de nous, pour la première fois, le 22 octobre 1922. Elle n'avait pas été pesée à la naissance car elle présentait tous les signes d'une forte débilité congénitale et on avait voulu lui épargner les risques d'un refroidissement.

L'accouchement s'était effectué le 22 octobre 1922, un mois et demi avant terme. La grossesse avait été assez pénible (vomissements fréquents et tenaces, menace d'accouchement prématuré vers le milieu du mois de septembre). La poche des eaux s'est rompue prématurément avant l'apparition des premières douleurs.

Les détails suivants nous ont été fournis sur l'accouchement :

Présentation du siège, vraisemblablement décomplété mode des fesses. Circulaire du cordon autour du corps. Les tractions opérées sur le siège et sur les membres par la sage-femme n'auraient pas été particulièrement fortes. Le bébé n'était pas en état de mort apparente.

Ajoutons que cette enfant venait au monde après dix ans d'une union jusque-là stérile. Aucune fausse couche antérieure.

(1) L. Babonneix et Peignaux. Fractures congénitales des membres chez un prématuré débile, *Gaz. des hôpit.*, 1er-3 mai 1923, n° 35.

Aussitôt après la naissance, la sage-femme constata que les jambes, déformées et incurvées, ne remuaient pas. Elle fit aussitôt mander un médecin du quartier qui, en les palpant, perçut des crépitations qu'il rapporta à des fractures possibles.

L'examen montre, outre un habitus extérieur en rapport avec la débilité congénitale, des malformations évidentes des quatre membres.

Membres inférieurs. — Les cuisses, en flexion et en abduction très prononcées, très épaisses, en forme de fuseau aplati et très courtes par rapport aux jambes, restent presque immobiles.

Les jambes, déformées, fortement convexes dans le sens antéro-postérieur, surtout du côté droit, s'agitent spontanément, quoique faiblement, la gauche plus que la droite. Les pieds, bien conformés, sont en flexion dorsale moyenne, un peu cyanosés.

La palpation des cuisses et des jambes arrache des cris à l'enfant.

Aux cuisses, on sent les fémurs sous forme de deux masses vaguement ovoïdes, aplaties transversalement, avec une concavité générale regardant en dedans. On ne perçoit pas de crépitation osseuse.

Aux jambes, au contraire, la mobilité anormale et la crépitation osseuse révèlent l'existence de fractures non consolidées. Il semble qu'à droite, les os de la jambe soient divisés, par deux traits de fracture, en trois segments : supérieur, moyen et inférieur. A gauche, une seule solution de continuité siégeant à la partie moyenne.

Membres supérieurs. — Le segment huméral des deux côtés paraît trop court par rapport aux dimensions des avant-bras.

Il y a donc, aux bras comme aux cuisses, micromélie apparente du segment rhizomélique. Les bras restent collés le long du thorax. A leur partie moyenne, un sillon profond déprime la peau, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Les mains, bien conformées, paraissent grandes.

La palpation des humérus permet de sentir une forte augmentation de leur volume, avec aplatissement dans le sens transversal.

La surface de l'os est un peu irrégulière.

On perçoit à gauche une crépitation osseuse nette.

La tête humérale droite paraît fortement augmentée de volume.

Aux avant-bras, la palpation ne montre que la courbure légère des os en dedans, sans aucun signe de fracture.

La mobilité spontanée des avant-bras est conservée. Les clavicules sont normales.

Le thorax ne présente pas de déformations notables. Pas de chapelet costal. Aucune solution de continuité des arcs costaux.

Le crâne présente des troubles importants de l'ossification de la voûte. Celle-ci, dans son ensemble, est d'une mollesse telle qu'on a presque l'impression, en certains points, de palper l'encéphale au travers du cuir chevelu. Les fontanelles antérieure et postérieure sont énormes. Les sutures très larges séparent les différents os de la voûte qui ont à peu près la consistance du parchemin.

Il semble y avoir hypertension du liquide céphalo-rachidien ventriculaire.

La face est bien conformée, à part une légère déviation du lobule du nez vers la joue gauche produite sans doute au cours de l'accouchement.

Aux yeux, on note une coloration bleue des sclérotiques et une saillie assez importante des globes qui semblent repoussés en même temps vers la partie inférieure de l'orbite.

Il n'y a ni bec-de-lièvre, ni perforation de la voûte palatine. Celle-ci présente une conformation vicieuse consistant en une gouttière médiane antéro-postérieure assez profonde dont la voûte forme le fond. A noter l'existence de nodules de Bohn et de petits kystes épidermiques blanchâtres sur l'endroit des gencives où sortiront plus tard les futures incisives médianes inférieures.

L'examen des viscères, poumon, cœur, foie, rate, ne révèle aucune anomalie.

A noter seulement une légère teinte jaune orangé des téguments qui est le résultat d'un ictère hémolytique apparu le lendemain de la naissance.

Le *30 octobre*, l'enfant est présentée à M. Baumgartner qui fait les constatations suivantes :

Raccourcissement des deux cuisses avec épaississement des deux fémurs par chevauchement (?).

Coudure angulaire des deux tibias, très facilement réductible, à l'union des tiers inférieur et moyen.

Aux bras, crépitation osseuse en rapport avec une fracture du tiers moyen des humérus.

Impression de fractures récentes pour les humérus et les tibias, plus anciennes pour les fémurs.

M. Baumgartner conseille, comme traitement, d'appliquer si possible des attelles en carton aux membres inférieurs et de petites gouttières en carton moulé par imbibition aux membres supérieurs.

Le même jour, une radiographie du squelette complet est prise. Elle montre nettement :

Une fracture avec déplacement de l'humérus gauche.

Une fracture probable de l'humérus droit (cal assez volumineux).

Une fracture des deux fémurs, mais avec cal à droite.

Des fractures bilatérales des deux os de la jambe.

Aucune anomalie viscérale.

Depuis ce jour, l'un de nous (Peignaux) a pu suivre l'évolution de la maladie et a revu l'enfant presque chaque semaine.

L'application des gouttières et des attelles en carton fut difficile et leur contention encore plus. On doit les renouveler chaque jour.

Dès le *9 novembre* on a l'impression que les cals osseux s'organisent et que les diverses fractures se consolident. Mais la palpation des membres est toujours douloureuse.

L'état général est meilleur, le cri, beaucoup moins faible. L'enfant tette assez bien. Les selles sont jaunes, bien digérées.

Le *23 novembre*, les fractures paraissant suffisamment consolidées par les cals, on autorise la suppression des attelles et des gouttières.

L'ossification de la voûte du crâne est en progrès sensible. Poids : 2.500 grammes.

Le *30 novembre*, le cal de la fracture de l'humérus gauche a diminué de volume. L'humérus droit reste beaucoup plus gros et déformé.

Les fémurs, surtout le droit, gardent leur forme ovoïde, épaisse et courte.

Ossification cranienne en progrès.

L'enfant vomit quelquefois ses tétées. Poids : 2.600 gr. Elle tette souvent et lentement, prenant peu de lait à la fois (40 grammes environ).

On institue un traitement spécifique par frictions avec l'onguent mercuriel simple.

Le 7 *décembre*, poids : 2.700 grammes. Etat général assez bon. L'enfant remue bien, spontanément, les jambes et les bras, mais les cuisses restent toujours en flexion forte sur le bassin et s'agitent peu.

Le *14 décembre*, on perçoit à nouveau, en palpant les fémurs, de la crépitation osseuse. La mère dit avoir très bien senti elle-même ces petits craquements en habillant l'enfant.

Rien de pareil aux bras ni aux jambes. L'ossification du crâne se poursuit, mais la grande fontanelle reste toujours très large et se continue en avant directement avec la suture métopique, très large elle-même. Périmètre cranien : 36 centimètres.

Jusqu'à la fin de décembre, les craquements osseux son très nettement perceptibles aux fémurs.

Dans la première quinzaine de *janvier 1923*, ils deviennent beaucoup plus discrets.

L'état général s'améliore. L'ossification cranienne est à peu près au degré de celle d'un nouveau-né normal.

Les humérus ont en grande partie perdu leur forme ovoïde. L'amplitude des mouvements des bras est assez considérable.

La résorption osseuse des cals est beaucoup plus en retard pour les fémurs qui gardent encore leur forme d'ovoïdes aplatis et pour les cuisses qui restent presque constamment en flexion assez forte sur le bassin.

En résumé, il s'agissait d'un prématuré débile présentant des altérations squelettiques caractérisées, d'une part par une véritable craniomalacie, avec état papyracé des os et retard de l'ossification, une malformation de la voûte palatine, et, d'autre part, une fragilité osseuse toute particulière ayant entraîné de nombreuses fractures tant dans le cours de la vie intra-utérine qu'après la naissance.

Le diagnostic posé à ce moment fut celui de *dysplasie périostale*, de forme un peu atypique, car s'il existait bien, comme dans la maladie de Porak et Durante, une ossification imparfaite de la voûte cranienne, une fragilité toute spéciale des diaphyses entraînant diverses fractures, causes de déformations osseuses et de micromélie, on ne constatait ici aucune fracture de côtes, siège de prédilection des fractures dans la dysplasie périostale.

Au point de vue étiologique, la syphilis parut pouvoir être incriminée pour expliquer à la fois les troubles de l'ossification et la naissance avant terme, malgré l'absence de tous signes et stigmates de spécificité tant cliniques que sérologiques chez les ascendants de cette jeune malade.

Cette enfant, par suite du départ de ses parents pour la banlieue, fut perdue de vue pendant quelques mois, lorsque l'un de nous eut l'occasion de l'examiner à nouveau au mois de décembre 1926.

Elle est alors âgée de quatre ans, et, au cours de son développement, certaines des malformations de son squelette ont pris un aspect tout à fait comparable à celles qui existaient chez notre première malade.

De petite taille (0m60), pesant 7kg545, c'est une hydrocéphale dont la fontanelle antérieure n'est pas encore fermée. Sa voûte palatine est profondément ogivale. Les dents sont irrégulièrement plantées, cariées, profondément décalcifiées, les yeux exorbités.

Le thorax, qui à la naissance avait paru normal, est considérablement déformé, cette déformation étant en partie due à une scoliose angulaire droite à la hauteur de la VIIIe vertèbre dorsale : aplati à droite, élargi à gauche, il est, dans l'ensemble, globuleux et saillant en avant.

Le bassin est élargi et basculé en avant.

Il existe un raccourcissement notable de la longueur des deux membres inférieurs. Ils sont surtout considérablement incurvés en avant de telle sorte que, dans la position de repos, le pied d'un côté se trouve reposer au-dessus et en dehors du genou du côté opposé. Cette convexité n'est pas seulement externe, elle est aussi antérieure : les tibias, aplatis transversalement, sont nettement déformés en lame de sabre.

Les pieds sont en extension, un peu plats, mais non déformés. Atrophie générale des muscles des membres inférieurs. La marche et la station debout sont impossibles.

Les bras sont de longueur inégale, le droit un peu plus court que le gauche qui est de dimension sensiblement normale. Ils sont, des deux côtés, concaves en dedans.

Les avant-bras sont très légèrement incurvés. Les mains paraissent normales.

L'enfant parle un peu, s'alimente bien. Ses réflexes tendineux sont vifs. Il n'y a pas d'altérations viscérales marquées; la rate est seulement un peu augmentée de volume.

Une radiographie des différentes parties du squelette a donné les résultats suivants (docteur Ronnaux) :

Membres supérieurs (fig. 6). — Les *mains* sont d'apparence normale.

Avant-bras : cubitus légèrement incurvés dans leur moitié supérieure. Epaississement de la partie supérieure du radius, les déformations sont symétriques.

Bras. — *A gauche* : déformation à la jonction des tiers inférieur et moyen pouvant dépendre d'une fracture ancienne. Le canal médullaire, non interrompu, est simplement rétréci à ce niveau. Le reste de l'humérus paraît normal. Décalcification.

A droite : humérus fortement courbé à concavité interne, modification de la structure osseuse. Epaississement du périoste sur le contour interne, élargissement et irrégularité du canal médullaire. Elargissement de l'épiphyse inférieure avec déformation de l'épitrochlée et de l'épicondyle. La hauteur de l'humérus est plus petite à droite qu'à gauche. Décalcification accentuée.

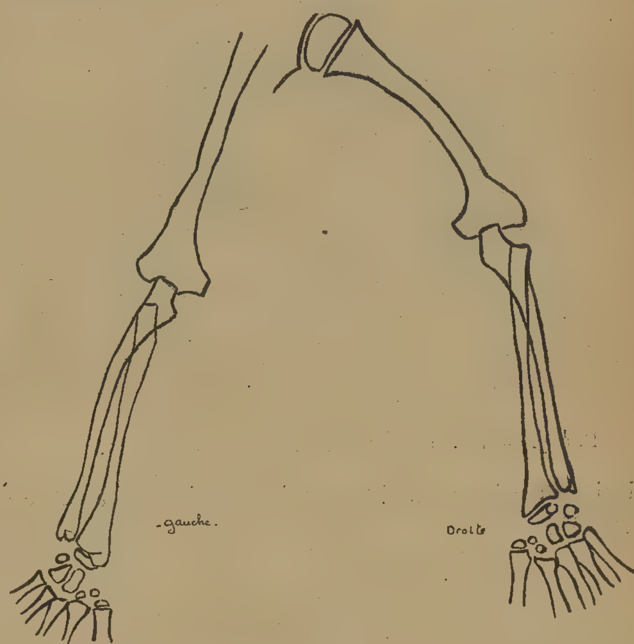


FIG. 6. — *Membres supérieurs* de l'enfant Cot (1).

Cage thoracique (fig. 7). — Déformation considérable due à une scoliose angulaire droite à la hauteur de la VIIIe vertèbre dorsale, entraînant une asymétrie thoracique très prononcée. Aplatissement de l'hémithorax droit, élargissement de l'hémithorax gauche. Les côtes ont pris, de ce fait, des positions et des formes très variables. Sternum proéminent.

Outre la scoliose, la *colonne vertébrale* présente des déformations nombreuses consistant en aplatissement du corps vertébral surtout marqué sur les vertèbres dorsales et aspect un peu anormal des vertèbres lombaires.

Bassin (fig. 8). — Par suite de la déformation de la colonne vertébrale qui, outre sa scoliose, a subi un mouvement de rotation de droite à gauche, le bassin présente des déformations très accentuées. Le détroit supérieur a l'aspect d'un cœur de carte à jouer aplati.

Il s'est produit une rotation de droite à gauche et d'arrière en avant et un mouvement de bascule : la région coxo-fémo-

(1) Les schémas radiologiques 6 à 11 sont dus à M. HOREAU, étudiant en médecine.

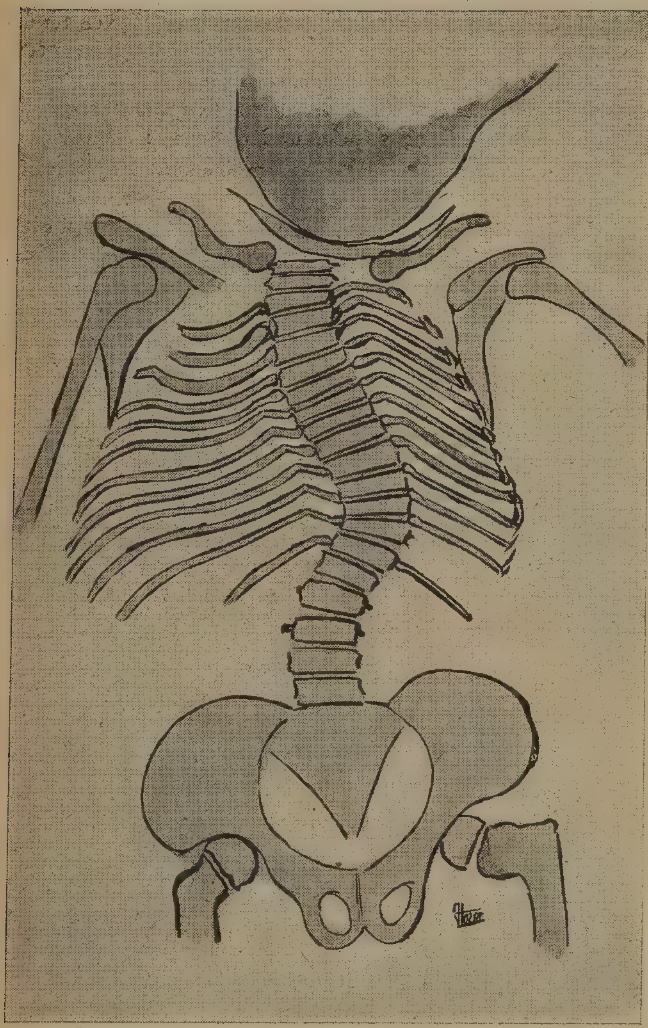


Fig. 7. — *Thorax, colonne vertébrale et bassin.*

rale droite étant à 2 centimètres environ au-dessus de celle du côté gauche.

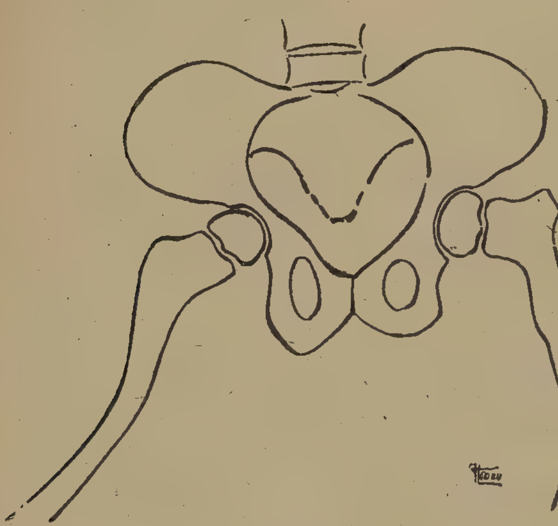


Fig. 8. — *Bassin et fémurs.*

Membres inférieurs (fig. 9). — *Cuisses.* — Décalcification très accentuée ; déformation de la partie supérieure des fémurs, incurvés surtout à leur partie supérieure, et du côté gauche où il existe une angulation à ouverture antérieure vraisemblablement en rapport avec une fracture ancienne.

Brièveté des fémurs. Ascension du noyau d'ossification du grand trochanter au-dessus du sourcil cotyloïdien amenant



Fig. 9. — *Squelette des membres inférieurs.*

une limitation des mouvements d'abduction par suite de la butée qui se produit à ce niveau. Col du fémur très raccourci.

Jambes (fig. 10 et 11). — Déformations symétriques. Aspect arciforme, en lame de sabre du tibia et du péroné avec processus hyperostosique surtout marqué à la partie moyenne de ce dernier.

Le col du péroné est grêle.

Grosse décalcification donnant un aspect ostéoporosique aux os de la jambe, surtout à leurs extrémités.

En position antérieure, légère incurvation du tibia, mais incurvation en S du péroné.

Les pieds paraissent normaux.

Crâne. — Grosse augmentation de volume et décalcification marquée, mais sans déformation prononcée des contours. Elargissement transversal. Selle turcique à peine visible.

Elargissement et diminution de hauteur du maxillaire inférieur.

La dentition paraît être anormale, mais il est difficile de se rendre compte à cause de la présence de nombreuses dents de deuxième dentition.

Depuis les derniers examens qu'elle a subis à la Charité, cette fillette a fait une broncho-pneumonie grave en 1924 et elle s'est fracturée l'humérus droit en 1926. Elle a été traitée par des frictions et des suppositoires mercuriels ; elle a reçu, de plus, douze injections de sulfarsénol de 0g02 à 0g06.

Nous conseillons alors d'intensifier le traitement antisyphilitique. C'est ainsi que cette petite malade va recevoir successivement en 1927 :

Une série de douze injections de sulfarsénol à doses rapidement croissantes de 0g06 à 0g24 (une injection tous les cinq jours).

Une série de huit injections d'huile grise de 4 centigrammes par injection.

Deux séries de sulfarsénol aux mêmes doses que la précédente.

Pendant les périodes intercalaires (trois à cinq semaines), elle prend du Gambéol.

En octobre 1927, l'amélioration est déjà remarquable : l'état général est très satisfaisant, les fontanelles soudées,



Fig. 10 et 11. — *Squelette des jambes.*

l'enfant marche, et les membres inférieurs *se sont très notablement allongés et redressés.*

Le traitement antisyphilitique est continué à peu près de la même manière en 1928; l'amélioration s'accentue encore, ainsi qu'en témoignent les radiographies précédentes.

La preuve nous semble donc faite de la nature syphilitique de ces diverses malformations, par l'influence heureuse qu'a eue sur elle le traitement spécifique.

Etant donné les analogies indiscutables qui existent entre ces deux cas : même tendance aux fractures dans le jeune âge, malformations presque superposables des maxillaires inférieurs, du thorax, de la colonne vertébrale, du bassin et des membres inférieurs, il nous paraît logique de leur attribuer la même cause, la syphilis.

Ces deux cas de dystrophie osseuse hérédo-syphilitique, d'aspect un peu particulier, nous ont semblé intéressants à rapporter. Ne montrent-ils pas qu'en présence de déformations squelettiques ne paraissant rentrer dans aucun cadre particulier, il faut toujours et avant tout penser à l'origine spécifique de l'affection? On pourra, ce faisant, mettre en œuvre le traitement antisyphilitique qui, s'il est suffisamment énergique et s'il s'adresse à un sujet encore jeune dont la croissance n'est pas achevée, pourra améliorer notablement l'état de ces malheureux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1929)

La chlorémie plasmatique et globulaire chez les néphrétiques azotémiques. — M. Laudat, poursuivant ses recherches sur la chlorémie, a étudié la chlorémie plasmatique et globulaire chez de nombreux néphrétiques azotémiques.

Il dégage de son étude les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas de relation rigoureuse entre le taux de l'azotémie et celui de la chlorémie plasmatique; une importante hypochlorémie accompagne très fréquemment les grandes azotémies, comme l'auteur l'a montré antérieurement, mais cette règle a ses exceptions;

2° La chlorémie globulaire suit assez régulièrement la chlorémie plasmatique dans ses variations;

3° Le rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ présente en général les mêmes variations que chez le sujet normal, les limites extrêmes étant cependant un peu plus étendues.

Chimiothérapie et moyens défensifs de l'organisme dans la guérison des manifestations syphilitiques expérimentales. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et A. Howard. La guérison spontanée des lésions syphilitiques expérimentales est le résultat d'une immunité acquise progressivement. Cette immunité coexiste avec la présence du virus dans les organes hématopoïétiques (ganglions lymphatiques). Elle rend généralement les réinoculations inopérantes. Levaditi et ses collaborateurs ont montré que certains dérivés arsenicaux subissent in vivo des transformations aboutissant à la synthèse des toxalbumines arseniées, lesquelles jouissent de propriétés parasiticides intenses. Ces toxalbumines assurent la spirochétolyse, et de plus, jouant le rôle de catalyseurs, stimulent dans des proportions considérables l'action stérilisante des cellules et des anticorps. De nouvelles expériences faites sur des lapins porteurs de syphilomes scrotaux à virus Truffi, et traités par des doses variables d'un bismuth liposolubles, ont montré que dans la syphilis, comme dans certaines autres spirilloses, les médicaments agissent par l'intermédiaire des moyens défensifs de l'organisme dont ils stimulent l'activité par voie de catalyse.

L'encéphalo-myélite épidémique du renard. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et R. Schoen ont réalisé des expériences leur permettant de conclure que : 1. du point de vue expérimental, le virus de l'encéphalo-myélite du renard se place, dans le groupe des « ectodermoses neurotropes », plus près du virus de la rage que de ceux de l'herpès, de l'encéphalite et de la neurovaccine. L'ultravirus de l'encéphalopathie du renard ne paraît pas pathogène pour d'autres espèces animales; 2. du point de vue histo-pathologique, le virus offre une prédilection marquée pour les neurones corticaux dont il provoque la dégénérescence oxyphile totale. Cette dégénérescence déclenche secondairement une réaction monocytaire et microglique, aboutissant au phénomène de la neuronophagie. L'absence d'altération nucléaire de même que l'oxyphilie totale des cellules nerveuses permettent de rapprocher le virus de l'encéphalite du renard du virus de la rage.

Infection cholérique expérimentale par la voie intrarachidienne. Essai de la vaccination locale de la cavité

méningée contre le vibrion cholérique. — Il résulte des recherches de M. A. Urbain, que la voie intrarachidienne représente pour le lapin la voie d'introduction la plus sévère, pour le vibrion cholérique 1/8.000 à 1/12.000 de culture sur gélose inoculée dans la cavité rachidienne provoque, chez cet animal, soit la mort, soit des signes de méningo-encéphalite grave.

L'antivirus cholérique injecté, à titre préventif dans la cavité rachidienne, préserve toujours le lapin contre l'inoculation dans cette cavité d'un assez grand nombre de doses mortelles de virus cholérique. Cette action protectrice est spécifique, elle ne se produit pas ni avec d'autres antivirus ni avec le bouillon ordinaire.

Recherches électro-cardiographiques au cours de la fièvre typhoïde. — MM. A. Clerc et Robert Lévy. Chez six malades atteints de fièvre typhoïde grave, les auteurs ont constaté des altérations nettes de l'onde T qui se montra soit aplatie, soit inversée en D_1 ou D_2. Les profils redevinrent normaux à la convalescence. Ainsi, malgré l'absence de troubles cliniques, la qualité défectueuse des contractions cardiaques pendant la fièvre typhoïde est démontrée par l'exploration électrique.

Action sur le muscle bronchique de la digitaline, du camphre, de la quinidine, de la cinchonidine et de l'hydrastine. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et G. Vexenat ont montré que la digitaline et les dérivés solubles du camphre constituent des toniques du muscle bronchique, ne déterminant qu'une légère contraction de ce muscle, mais s'opposant fortement au relâchement produit par les dépresseurs de la contraction musculaire, tels les deux types des alcaloïdes du groupe de la quinine (quinidine et cinchonidine).

L'hydrastine n'a aucune action sur le muscle bronchique.

De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës. — M. A. Courtois a pu suivre chez dix-huit malades atteints de psychose aiguë l'évolution d'une encéphalite particulière dont la description correspond par certains côtés à celle du délire aigu. L'évolution fut fatale dans la grande majorité des cas (16 sur 18). Tous les malades ont présenté une grosse azotémie (de 4 à 8 grammes par litre) qui fut le seul signe révélateur de la rétention azotée et qui dans trois cas coïncida avec une hypothermie manifeste. L'auteur, qui n'a pu retrouver dans d'autres cas de psychoses aiguës mortelles une augmentation comparable de l'urée sanguine, insiste sur la grande valeur diagnostique et pronostique de cette azotémie qui apparaît comme un témoin pratique et sûr de l'évolution de cette variété d'encéphalite.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 2 mai. — Jury : MM. Achard, président; Bernard, Villaret et Aubertin. — M. Nédelec. Etude des hémiplégies d'origine cardiaque. — M. Tixier. La zone intercléido-biliaire dans le développement des lésions tuberculeuses. — M. Vexenat. La bronche isolée. Recherches de physiologie expérimentale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Cunéo, président; Terrien, Coquot, Bresson, Robin et Panisset. — M. Dumestre. Pathogénie et traitement des tendinites du cheval de selle. — M. Quandalle. Les tuberculoses oculaires.



Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons :
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). - Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

GYNOCRINOL

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

LIPOÏDE OVARIEN
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE

AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de
CHARBON TISSOT

Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES

ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

·URQMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNES DIABÉTIQUES

La gravité et la fréquence des phénomènes de nécrose qu'il est donné d'observer au cours de l'évolution du diabète en font une des complications les plus redoutables de celui-ci et les placent immédiatement à côté du coma.

Isolés pour la première fois sous le nom de « gangrène diabétique » au milieu du XIXe siècle par Marchal (de Calvi), ils ont été aussitôt l'objet de discussions pathogéniques nombreuses; et l'on groupe actuellement sous cette dénomination unique des faits d'ordre différent.

— Il est un premier point mis depuis longtemps en évidence : l'élévation de la teneur en sucre des tissus favorise de façon considérable le développement des microbes, et le diabétique devient un excellent terrain de culture pour tous les agents pathogènes, aérobies ou anaérobies.

— Il faut, d'autre part, insister sur la fréquence et la précocité des lésions artérielles chez les diabétiques; ces notions sont d'acquisition plus récente. Ces lésions d'artérite intéressent avant tout les artères de moyen calibre, les artères des segments périphériques des membres; et, contrairement à ce que l'on observe dans la syphilis, elles diminuent à mesure que l'on se rapproche des gros troncs et de l'aorte.

— Enfin, nous verrons que l'on peut encore, beaucoup moins souvent il est vrai, incriminer dans la genèse de certaines gangrènes diabétiques des lésions de névrite périphérique.

— Artérite, état de moindre résistance des tissus, névrite, tels paraissent être les trois facteurs pathogéniques capables d'intervenir, plus ou moins intriqués, pour faire éclore la gangrène chez les diabétiques. Ces causes, en effet, n'agissent jamais isolément; l'une d'elles est habituellement prépondérante et imprime à la gangrène des caractères spéciaux.

Nous étudierons d'abord :

I. Les gangrènes sèches des membres. — Ce sont les plus fréquentes.

Elles frappent le plus souvent les membres inférieurs.

Elles sont essentiellement sous la dépendance des phénomènes d'artérite.

Certains auteurs les considèrent « non pas comme des gangrènes diabétiques, mais comme des gangrènes par artérite banale, du type sénile, survenant *chez* des diabétiques; les lésions vasculaires, pour être fréquentes chez les diabétiques, disent-ils, ne paraissent pas propres au diabète; elles tiennent à des circonstances accessoires (syphilis, angiosclérose, brightisme). Les gangrènes par artérite des membres ne se voient point au cours des diabètes graves des sujets jeunes; elles s'observent dans les diabètes modérés des obèses, de plus en plus fréquentes à mesure que l'âge s'avance.

Plusieurs arguments cependant plaident en faveur de l'individualité de la gangrène diabétique par artérite :

La localisation de l'artérite : au niveau des segments périphériques des membres; sa date d'apparition : elle se rencontre dix ans plus tôt en moyenne que chez les athéromateux simples.

L'évolution, enfin, de la gangrène diabétique : elle ressemble à la gangrène sénile par artérite; elle s'en différencie par la rapidité d'évolution du sphacèle et l'extrême fréquence de la transformation en gangrène humide.

Cliniquement, ces gangrènes sèches des membres évoluent en deux phases successives :

A. Une phase de début, caractérisée par l'apparition de troubles fonctionnels, traduisant la déficience du système circulatoire.

B. Une phase d'état ou de gangrène proprement dite.

Phase de début. — LE DÉBUT est variable :

1. Chez un diabétique connu, traité, les examens périodiques doivent permettre de déceler de façon précoce l'apparition des troubles circulatoires, alors qu'il n'existe encore aucun trouble fonctionnel net.

2. Le plus souvent les malades ne sont vus que plus tard.

— Tantôt c'est une sensation désagréable et persistante de refroidissement au niveau d'un pied.

— Tantôt une sensation
de fourmillement,
d'engourdissement,
de crampe.

— Beaucoup de malades n'accusent qu'un peu de faiblesse des jambes, une certaine lassitude à la marche.

Parfois c'est un accident plus explicite, à type de claudication intermittente. C'est souvent un jour de froid, à l'occasion d'une marche rapide qu'apparaît la première crise : c'est une crampe douloureuse, subite dans le mollet, obligeant le sujet à s'arrêter. Après quelques instants de repos, la douleur s'atténue, puis disparaît. Le malade reprend sa marche; si l'effort est de nouveau soutenu, la crise se répète; il y a une véritable capacité fonctionnelle du membre qu'il ne faut pas dépasser.

A L'EXAMEN. — I. Le malade étant couché, on examine ses membres inférieurs. On note :

— 1. Parfois une modification de coloration :

Soit pâleur,

Soit au contraire une teinte rougeâtre, violacée, de l'un ou des deux pieds.

— 2. Très fréquemment des troubles cutanés :

La peau est sèche, rugueuse, écailleuse.

— 3. Si le malade laisse pendre quelques instants les jambes hors du lit on constate une accentuation de la teinte cyanotique qui remonte plus ou moins haut « en chaussette ». On peut mesurer ainsi l'angle de « capacité circulatoire » (Buerger) : c'est l'angle que fait le membre avec le plan du lit et à partir duquel apparaît la cyanose.

II. A la palpation, le pied apparaît froid : cette hypothermie remonte plus ou moins haut vers la jambe.

Il faut rechercher les battements artériels au niveau de la pédieuse et de la tibiale postérieure :

Tantôt ils persistent, mais affaiblis;

Tantôt ils sont complètement supprimés;

Parfois il existe un retard du côté malade sur le côté sain.

On n'oubliera jamais de rechercher les pulsations fémorales au pli de l'aine : bien qu'elles soient généralement conservées chez les diabétiques, on constatera parfois une certaine dureté de l'artère.

III. On pratique ensuite un examen oscillométrique au Pachon; il faut explorer segment par segment, comparativement d'un côté à l'autre et par rapport au membre supérieur, en se rappelant que chez un sujet normal, au tiers inférieur de la jambe, l'indice est inférieur à celui du bras (deux tiers environ), mais par contre toujours supérieur à celui du poignet.

Les résultats sont variables :

Le plus souvent l'étude de la courbe oscillométrique obtenue montre, du côté malade, un retard du point de départ de la courbe avec diminution de hauteur et allongement en plateau de son sommet.

Parfois il n'y a pas d'oscillation au tiers inférieur de la jambe (ce qui indique simplement une circulation uniforme sans changements de pression).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia PARIS

R. C., 32.028, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai. — MM. Sureau, 23; Lantuéjoul, 28; Seguy, 22.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A QUATRE PLACES D'INTERNES EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE. — Les questions posées à ce concours ont été les suivantes :

Écrit. — Question sortie : « Etude clinique du zona. »

Questions restées dans l'urne : « Etude clinique de l'angine de poitrine. — Symptômes et diagnostic de l'ictère chronique par rétention. »

Oral. — Questions sorties : « Muscles grand droit. — Signes et diagnostic de la colique néphrétique. »

Questions restées dans l'urne : « Artère axillaire. — Cancer de l'estomac. Signes et diagnostic. — Espaces intercostaux. — Pneumonie du vieillard. »

Ont été reçus : MM. Bourellec (Raymond), André (Robert), Choty (René), Bailey (Jacques).

Les internes titulaires en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre reçoivent un traitement annuel de 7.200 fr. y compris l'indemnité de logement.

Une indemnité spéciale de nourriture de 4 fr. 80 est allouée aux internes pour le repas de midi. La même indemnité est allouée aux deux internes de garde pour le repas du soir.

Les internes ont en outre droit pour une période de douze mois à un congé de trente jours sans retenue de traitement.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris-Saint-Lazare et La Garenne-Bezons est remboursé aux internes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'article 1er du décret du 27 août 1927, portant fixation des traitements et des classes du personnel enseignant des facultés des universités des départements, est modifié ainsi qu'il suit :

Agrégés chargés d'enseignement et pérennisés : faculté de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie, 30.000 fr.

Les assistants (facultés des sciences), et les préparateurs (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie) en fonctions au 27 août 1927 seront reclassés, à compter du 1er janvier 1928, dans les cinq premières classes de leur emploi, conformément aux dispositions de l'article 4 du décret susvisé du 27 août 1927.

Les fonctionnaires nommés à un emploi de cette catégorie, postérieurement au 27 août 1927, resteront rangés dans la classe à laquelle ils appartiennent actuellement.

Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux fonctionnaires énumérés à l'art. 1er que dans les limites et conditions fixées par un degré contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel* (*J. O.*, 30 avril 1929).

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante, dans la catégorie des bactériologistes, par suite de la nomination comme membre de M. le professeur Nattan-Larrier.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée d'un *curriculum vitæ*, et d'un exposé de leurs titres, avant le 1er juin 1929, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès.

IVe CONFÉRENCE DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE. — La Société psychanalytique de Paris organise

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

la IVe Conférence des psychanalystes de langue française, sous la présidence du docteur A. Borel (de Paris).

Les séances auront lieu à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe), le lundi 3 juin 1929, à 9 h. 30 et à 14 h. 30.

Deux rapports seront présentés, l'un sur l'homosexualité féminine, par le docteur R. de Saussure (de Genève), l'autre sur la technique psychanalytique, par Mme E. Sokolnicka (de Paris).

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Le VIII Congrès se tiendra à Varsovie du 22 au 25 juillet 1929, sous la présidence de M. le professeur H. Hartmann, de Paris.

Voici le programme scientifique du Congrès :

Première question. — *Embolie post-opératoire* (causes et mécanisme). — Rapporteurs : MM. Chiasserini (Rome), Forgue (Montpellier), Govaerts (Bruxelles), Matas (New-Orléans), Ritter (Zurich).

Deuxième question. — *Résection de l'estomac.* — Rapporteurs : MM. Bartrina (Barcelone), Baldo Rossi et Scalone (Milan), Lardennois (Paris), Ribas-Ribas (Barcelone), Schoemaker (La Haye), Puig Sureda (Barcelone).

Troisième question. — *Maladie de Basedow.* — Rapporteurs : MM. Bérard (Lyon), Crile (Cleveland), Noguchi (Beppu-Japon), Troell (Stockholm).

Quatrième question. — *Chirurgie réparatrice de la hanche.* — Rapporteurs : MM. Ashhurst (Philadelphie), Hybbinette (Stockholm), Mathieu (Paris), Putti (Bologne).

La plupart des rapports sont dès à présent envoyés aux 1.100 membres de l'Association.

Nous communiquons ci-dessous le programme général du Congrès.

Dimanche 21 juillet. — A 21 h. : Soirée de prise de contact avec les congressistes, à l'Hôtel de l'Europe.

Lundi 22 juillet. — A 8 h. 30 : Réunion du Comité International au Palais du Conseil. — A 10 h. : Séance inaugurale du Congrès dans la grande salle du Palais du Conseil, sous la présidence d'honneur de M. le Président de la République. Discours de M. le Premier, Kazimierz Bartel. Discours de M. le Président de la Ville de Varsovie, Ing. Zygmunt Slominski. Discours de M. le professeur Jean Verhoogen ff. de Président du Comité International. Rapport de M. le Secrétaire général de la Société, docteur L. Mayer. Discours de M. le Président du Congrès, professeur H. Hartmann. Hommage au Soldat Inconnu. — De 14 h. 30 à 16 h. 30 : Séance scientifique au Palais du Conseil (Première question). — A 17 h. : Thé offert par M. le Président de la République au Château Royal. — A 20 h. : Réception offerte par M. le Président du Congrès professeur Hartmann, au Palais du Conseil.

Mardi 23 juillet. — De 8 à 10 h. : Séances opératoires, visites des Hôpitaux. — De 10 à 13 h. : Séance scientifique (deuxième question). — De 14 h. 30 à 16 h. 30 : Séance scientifique (troisième question). — A 17 h. : Excursion à Wilamow ou Lazienki. — A 21 h. : Réception offerte par M. le Premier, au Palais du Conseil.

Mercredi 24 juillet. — De 8 à 10 h. : Séances opératoires, visites. — De 10 à 12 h. 30 : Assemblée générale. — De 14 h. 30 à 17 h. : Séance scientifique (quatrième question). — A 21 h. : Réception à l'Hôtel de Ville, offerte par M. le Président de la Ville de Varsovie.

Jeudi 25 juillet. — De 8 à 13 h. : Discussions des questions dont l'ordre du jour n'aura pas été épuisé. — A 15 h. : Excursions. — A 19 h. : banquet de clôture.

Différentes excursions auront lieu en Pologne. D'autre part, une croisière organisée par l'Office Belge des Compagnies françaises de Navigation à cette occasion, permettra aux congressistes de se rendre à Varsovie à bord du paquebot de luxe *Espagne* de 12.000 tonnes. Celui-ci quittera le Havre le 11 juillet et fera escale à Zeebrugge, Ymuiden, Copenhague, Riga, Helsingfors, Stockholm, Gothland et Gdnya. Des visites particulièrement intéressantes, des séances chirurgicales et des réceptions officielles seront organisées dans les villes visitées. Le prix du voyage jusqu'à Varsovie, y compris le séjour dans cette ville est de 6.610 fr. français en première classe, première catégorie et de 4.870 fr. français en première classe, deuxième catégorie.

Etant donné les difficultés de logement qui se présenteront par suite de la coïncidence de l'Exposition de Poznan, il est prudent de s'adresser dès à présent à l'Office Belge des Compagnies françaises de Navigation, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles, qui se chargera de l'organisation des voyages et d'assurer des logements.

Seuls les membres de la Société peuvent prendre part aux discussions des rapports et à l'assemblée générale, mais à titre de congressistes des médecins non membres peuvent participer aux excursions et à la croisière et assister aux séances scientifiques. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 6 mai. — Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Sébileau et Rouvière. — M. LAGRÉE. Etude sur les maladies de la hanche. — M. KIRALY. Indications opératoires dans le traitement des hémorragies gastro-duodénales. — M. MARION. Etude des plaies transversales de l'uretère. — M. KATSOULIS. Etude de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. KESSIS. Contribution à l'étude des mastoïdites tuberculeuses.

Mardi 7 mai. — Jury : MM. Brindeau, président; Gougerot, Terrien et Vaudescal. — M. PLAT. Etude des ruptures sous-conjonctivales de la sclérotique. — M. FROMONT. Etude critique du traitement du zona.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Maignon et Robin. — M. AMIOT. Dosage de l'extrait de glande pituitaire par action sur la pression sanguine.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

SITUATION A GROS CHIFFRE dans petite ville à 150 km. de Paris. Cond. d'install. exception. avantageuses. — S'adresser docteur René Prieur, ancien interne des hôpitaux de Paris, 7,, avenue Kléber, tél. Passy 42-34.

MAIRIE DE BRY-SUR-MARNE (SEINE). — La ville de Bry-sur-Marne met en location à bail une propriété comprenant un pavillon de maître, genre château comprenant : 2 étages sur sous-sol et grenier au-dessus.

Ce bâtiment est divisé en 22 pièces et comprend à chaque étage une salle de bains.

Sous-sol agencé et carrelé, eau, gaz et facilités pour l'électricité. Pavillon de garde, serre. Ecuries et remise. Parc de 6.000 mètres. Le tout situé à 250 mètres de la future gare de Bry-sur-Marne et à 50 mètres des tramways 120 et 6B.

Prix selon la durée du bail. — Pour visiter et conditions, s'adresser mairie de Bry-sur-Marne (Seine).

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Cibalgine

AMPOULES
Remplacent la morphine dans les 3/4 des cas

Sédation de la Douleur sans alcaloïdes

COMPRIMÉS
Céphalées et toutes algies

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, **LYON.** 249

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Présente tous les avantages de l'huile camphrée sans aucun de ses inconvénients.

Elle tonifie le cœur, relève la pression sanguine, amplifie la respiration.

Par son action rapide, intense et durable, elle constitue une arme puissante et fidèle pour combattre *la défaillance cardiaque, les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.*

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses **Injection indolore vite résorbée**

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

TOUX. EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 „
AMPOULES : 0.02 „
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49. Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

MÉDICATION ANTI-SYPHILITIQUE

Arsenical pentavalent

ARSAMINOL

Solution de "3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylaminoéthanol"
Ampoules de 3 cc. et 5 cc. dosées à 0 gr. 05 d'arsenic par cc.
Voies sous-cutanée et intra-musculaire.

Arsenicaux trivalents

SULFO-TRÉPARSÉNAN

Dioxydiaminoarsénobenzène méthylène sulfonate de soude
DOSES : I (0 gr. 06) à X (0 gr. 60), par progression de 0 gr. 06.
Voies sous-cutanée, intra-musculaire et intra-veineuse.

NÉO-TRÉPARSÉNAN

Dioxydiamidoarsénobenzène méthylène sulfoxylate de soude.
DOSES : I (0 gr. 15) à VII (1 gr. 05), par progression de 0 gr. 15.
Voie veineuse.

TRÉPARSÉNAN

Dichlorhydrate de dioxydiamidoarsénobenzène.
DOSES : I (0 gr. 10) à VI (0 gr. 60), par progression de 0 gr. 10.
Voie veineuse.

D. P. 133

LABORATOIRES CLIN . COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques -:- **PARIS** (Ve).

REVUE GÉNÉRALE

Indications thérapeutiques dans les syndromes abdominaux aigus

Par G. JEANNENEY,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Fréquents et graves les syndromes abdominaux aigus nécessitent des décisions rapides et par conséquent un diagnostic d'urgence.

Or, diagnostic d'urgence ne veut pas dire diagnostic précipité.

C'est dans ces circonstances où le *temps presse* qu'une méthode rigoureuse d'examen est plus que jamais indispensable si l'on veut arriver à poser un diagnostic et à en déduire des indications thérapeutiques.

Cette méthode d'examen comprend deux étapes : l'une *analytique*, conduit un interrogatoire précis et un examen clinique complet; l'autre, *synthétique*, représentée par le diagnostic et le traitement. Ce sont ces différentes étapes que nous envisagerons ici.

I. Interrogatoire et examen clinique.

Est-il besoin de rappeler que c'est au cours de cet interrogatoire que le clinicien aura à tirer profit de ses vraies qualités : ses connaissances scientifiques d'une part — car rien ne s'invente ni ne s'improvise en médecine —; et, d'autre part, ses qualités psychologiques : qualités d'*ordre et de méthode* (on ne fait pas de diagnostic « au jugé »; d'autorité, mêlée de patience et de douceur en présence de malades nerveux et pusillanimes, de *tact* aussi, qui fait du clinicien plus un confident qu'un confesseur ou qu'un juge d'instruction comme on l'a dit; enfin de *sang-froid* qui permet à celui qui sait ne pas perdre la tête de secourir rapidement celui qui l'appelle.

Un rapide interrogatoire fixera sur les tares héréditaires (syphilis, tuberculose) ou acquises qui pourraient avoir laissé sur les différents appareils abdominaux du malade des séquelles indélébiles. Dans ce sens on s'attachera à préciser si le malade a un passé digestif (ulcère de l'estomac, appendicite, colite); un passé hépatique (cholécystite, pancréatite); un passé colonial (rate); un passé urinaire, enfin un passé génital chez la femme (grossesse, métro-annexite, date des dernières règles).

A. PÉRIODE DE DÉBUT. — Les renseignements seront surtout fournis par l'histoire de la maladie. On en fera préciser avec exactitude, non seulement la date du début, mais encore l'heure même où les premiers symptômes sont apparus; on sait, en effet, que pour les syndromes péritonéaux il y a une importance capitale à intervenir dans les quarante premières heures, délai quelque peu théorique, mais qu'il est légitime de chercher à apprécier. L'entourage du malade renseignera du reste sur les circonstances du début : traumatique, opératoire ou spontané.

1° *Traumatique.* — A la suite d'un traumatisme fermé on voit apparaître un syndrome abdominal aigu, soit d'emblée par éclatement immédiat d'un viscère plein (hémorragie) ou d'un viscère creux (péritonite), soit tardivement par chute d'une escharre au point contus.

Dans les traumatismes ouverts, qu'il s'agisse d'une plaie par balle ou d'une plaie par arme blanche, les choses se déroulent d'ordinaire dans les heures qui suivent l'accident, soit qu'il s'agisse d'une hémorragie par lésion d'un viscère plein, soit qu'il s'agisse d'une péritonite par perforation.

2° *Opération.* — On peut voir apparaître à la suite d'intervention portant sur l'abdomen des syndromes graves liés, soit à une dilatation aiguë de l'estomac, soit à une hémorragie interne, soit à une péritonite, et il ne faut pas croire que le diagnostic de ces trois grandes complications est toujours aisé.

3° *Début spontané.* — C'est la règle; tantôt la maladie a débuté lentement, de façon insidieuse, s'aggravant progressivement en quelques jours, tantôt au contraire le début a été brusque, d'emblée dramatique (drame abdominal de Dieulafoy) et conduisant en quelques heures à une situation excessivement grave, même à la mort [« Madame se meurt, Madame est morte » (Bossuet)].

Ce sont surtout des *signes fonctionnels* qui retiennent l'attention dans cette première période, et en particulier les *douleurs* qui dominent tous les syndromes abdominaux aigus.

On sait aujourd'hui que ces douleurs ne sont qu'indirectement d'origine viscérale. Mackenzie entre autres a montré qu'à l'état normal péritoine et viscères sont insensibles. Seule l'inflammation les rend douloureux et encore l'irritation à point de départ viscéral, transmise à la moelle, se projette-t-elle non pas à l'organe, mais en réalité au segment pariétal qui lui correspond et qui n'est pas nécessairement en rapport anatomique immédiat avec lui. Ainsi le point de Mac Burney de l'appendicite est une douleur par projection qui ne correspond pas exactement au siège de l'appendice malade.

En même temps que ces projections sensitives, qui peuvent dans les cas intenses dépasser plus ou moins le territoire intéressé, il existe des phénomènes réflexes moteurs qui aboutissent à la contracture des muscles de la paroi.

Que les douleurs abdominales soient dues à une projection pariétale ou à une viscéralgie vraie, il n'en est pas moins exact qu'elles constituent un syndrome capital dans la séméiologie des affections aiguës de l'abdomen. On cherchera donc à en faire préciser, par le malade ou l'entourage, les caractères.

En même temps que ces douleurs sont apparus souvent des *vomissements* plus ou moins abondants, répétés, et que le médecin ne manquera pas d'examiner lui-même, souvent aussi seront survenues une ou deux selles diarrhéiques; enfin, des phénomènes inhibitifs seront parfois apparus dès le début, en particulier l'arrêt des matières et des gaz. On s'attachera à faire préciser ces signes, en particulier l'émission de gaz intestinaux que les malades confondent souvent avec de simples éructations; de

même on se renseignera sur les phénomènes de rétention d'urine concomitants, enfin on cherchera à être fixé sur les signes généraux qui ont pu accompagner la crise douloureuse du début. Ceux-ci peuvent avoir été dramatiques, le malade a pu être cloué sur place ou même a pu perdre connaissance. Dans d'autres cas exceptionnels il a été agité. On cherchera à savoir si la température a été prise; enfin, avant de préciser l'interrogatoire sur l'état actuel on se renseignera sur la répétition des crises, leur intensité progressive ou régressive, l'apparition de périodes d'accalmie et les traitements qui ont pu être appliqués à tort (purgation, morphine) ou à raison (glace, diète).

B. Etat actuel. — Interrogez avec soin le malade sur ses signes fonctionnels, puis faites un examen méthodique au cours duquel vous rechercherez certains signes physiques d'importance capitale : à l'inspection (de face et à jour frisant) l'aspect général du ventre, rétracté ou ballonné; le type de la respiration, thoracique ou abdominale; la présence de voussures ou de mouvements péristaltiques, etc.

A la palpation qui sera faite avec la plus grande douceur, en allant des parties saines vers la partie malade, l'hyperesthésie cutanée, la contracture pouvant aller jusqu'au ventre de bois, la douleur profonde et la présence de masses profondes; enfin, à la percussion qui sera faite méthodiquement de haut en bas, suivant les lignes xypho-pubienne et mammo-iliaques, la disparition de la matité hépatique, la présence d'un épanchement abdominal, le météorisme.

Cet examen, pratiqué avec la plus grande douceur et la plus grande prudence, sera complété par le toucher rectal ou vaginal.

Quant aux autres procédés d'examen, en particulier l'exploration par les rayons X, les analyses de laboratoire, il faut savoir dans ces cas d'urgence s'en passer le plus possible. La clinique suffit sinon à faire un diagnostic précis, du moins à poser une indication opératoire. Cet interrogatoire et cet examen physique permettent au médecin de grouper les signes observés en quatre syndromes. Bien que ceux-ci puissent se succéder, s'intriquer, se grouper même les uns les autres, il semble que schématiquement on puisse les décrire de façon à aboutir à une solution pratique pour le diagnostic.

I. Syndrome douloureux. — Tous les drames abdominaux débutent par des phénomènes douloureux, qu'il s'agisse de péritonite, d'occlusion ou d'hémorragie. Parfois comme dans les torsions ou dans la pancréatite, la douleur, syndrome dominant, constitue presque à elle seule toute la maladie. Son début peut être si brusque et déchirant qu'on l'a comparé à un coup de poignard ou à un coup de pistolet dans le ventre. Cette violence et cette intensité entraînent toujours des signes généraux inquiétants. Il importe de faire préciser les caractères de cette douleur, en particulier son intensité, son rythme, son siège, ses irradiations.

Tantôt il s'agit de douleurs d'emblée extrêmement intenses, suraiguës, s'accompagnant d'hyperesthésie cutanée, excruciantes, arrachant des cris déchirants au malade, telle la douleur de la perforation ou de la pancréatite.

Parfois le début est moins violent, la douleur est cependant aiguë, donnant une sensation de torsion, de crampe profonde, de déchirure, telles certaines douleurs d'occlusion ou de torsion d'un pédicule.

Parfois enfin la douleur sourde, lancinante au début et rapidement croissante, s'accompagne d'une sensation de réplétion et de tension douloureuse, ainsi dans l'appendicite et dans certaines variétés d'occlusion au début.

Ces douleurs abdominales sont en général continues avec des paroxysmes et des exacerbations spontanées; exceptionnellement on observe dans les syndromes abdominaux aigus des douleurs intermittentes avec intervalles libres et poussées douloureuses, c'est ce qui a lieu par exemple dans certains syndromes occlusifs.

Ces douleurs spontanées sont toujours réveillées par les mouvements, aussi la respiration prend-elle le plus souvent le type thoracique; elles sont réveillées également par la pression (poids des couvertures, exploration médicale) surtout dans les syndromes péritonéaux.

Enfin, certaines de ces douleurs peuvent être calmées par la glace, et toutes le sont par la morphine; mais ni la glace ni surtout la morphine ne doivent être employées dans ce but, la douleur est un symptôme précieux qui fournit de si utiles indications qu'on ne saurait sous aucun prétexte la masquer au moins lorsqu'on soupçonne l'existence d'un syndrome abdominal grave.

Le siège de ces douleurs, nous l'avons dit, a une grande importance au moins au début pour localiser le point de départ de l'affection abdominale. Dans les heures qui suivent, la douleur tend à diffuser à tout l'abdomen, allant de la région ombilicale vers le gland et la fosse iliaque droite et bientôt même donnant les irradiations à distance qu'il faudra s'attacher à préciser. Celles-ci se font vers les reins (syndrome utérin); vers les épaules, droite (vésicule) ou gauche (estomac).

Le siège primitif de la douleur et ses irradiations, de même que la localisation du maximum douloureux en un point précis de l'abdomen, sont des signes d'une très grande valeur.

Choc nerveux douloureux. — La douleur du drame abdominal est si intense qu'elle provoque presque toujours un syndrome de choc nerveux réflexe par inhibition. Ainsi dans la pancréatite, dans les inondations péritonéales par rupture de grossesse tubaire, le malade tombe inhibé, cloué sur place, incapable parfois d'appeler au secours.

Si l'existence du choc nerveux réflexe était à démontrer, l'exemple du choc qui accompagne les drames abdominaux suffirait à en prouver l'existence.

Le faciès est pâle, les traits tirés, grippés, le nez pincé, les extrémités cyanosées et refroidies.

Le pouls, à cette période, est tendu, dur, lent (pouls de douleur) ou souvent encore petit, filant, arythmique.

La respiration est superficielle, thoracique et souvent rapide.

Parmi les autres phénomènes réflexes qui se manifestent dès le début, il faut noter l'arrêt des matières et des gaz qui, dans les formes légères, revêt simplement le type de constipation; les vomissements, enfin parfois la rétention d'urine.

Quant aux signes physiques, ils sont variables suivant l'affection en cause.

L'*inspection* montre le plus souvent une respiration à type thoracique (perforation d'ulcère, cholécystite). Parfois cependant la respiration se fait à peu près normalement (occlusion), elle montre un ventre rétracté (perforation) ou, au contraire, ballonné en un point (occlusion, torsion).

La *palpation* montre le plus souvent de la défense abdominale (perforation), mais cette dernière peut manquer dans des syndromes intensivement douloureux comme la pancréatite aiguë hémorragique.

Aussi bien le symptôme douloureux en dehors de la pancréatite hémorragique et de la torsion s'observe rarement à l'état isolé et plus souvent se combine avec d'autres signes pour donner des syndromes plus complexes.

II. **Syndrome péritonéal.** — Le syndrome péritonéal se présente soit au cours des perforations, soit au cours des inflammations (appendicite, cholécystite). Suivant la gravité et l'extension des lésions, le début est marqué par des douleurs et un état de choc plus ou moins intense; en même temps apparaissent souvent des vomissements alimentaires suivis de hoquet.

A cette période de début, l'état de choc abdominal peut être quelque peu masqué par l'existence de signes généraux indiquant des phénomènes de résorption dans la séreuse péritonéale : ce sont des frissons et une élévation de la température qui peut, en quelques heures, atteindre 39 degrés. Mais dès le début les signes, de beaucoup les plus importants, sont fournis par l'examen physique du malade : celui-ci est couché, immobile, parfois en chien de fusil, les mains croisées sur le ventre, qu'elles protègent; celui-ci est immobile, rétracté, parfois même creusé « en bateau » par la contracture.

La palpation précise ce signe dont la valeur est considérable. La main posée à plat sur l'abdomen, après avoir éliminé l'hypersthésie cutanée, constate l'existence d'une rigidité limitée, circonscrite à la région malade, comme si un disque de métal était enchassé dans la paroi.

Bientôt, cette contracture s'étend à tout le ventre qui est absolument rigide, indépressible : c'est le ventre de bois. Cette contracture est un signe précoce permanent de très grande valeur et dont la présence suffit à elle seule à poser avec le diagnostic de péritonite l'indication opératoire.

Période d'accalmie. — Dans les heures qui suivent il semble que l'état général tende à s'amender, le choc en particulier a diminué, parfois même disparu : accalmie traîtresse, dit Dieulafoy, car deux signes persistent dont la valeur est considérable : c'est la douleur constante qui ne cesse d'arracher des plaintes au malade qui, en diffusant à tout l'abdomen, semblent peut-être avoir un peu diminué d'intensité, et d'autre part, c'est la contracture qui immobilise le diaphragme et provoque une respiration inversée à type thoracique et qui fixe aussi en un ventre de bois tous les muscles de la paroi abdominale.

Dans les perforations, la présence de gaz dans le péritoine peut entraîner la disparition de la matité hépatique; l'issue du contenu intestinal peut déterminer une légère matité dans les flancs, mais ces signes n'ont qu'une valeur accessoire. Seule la *défense,* la *contracture* signe sans erreur possible l'existence d'une péritonite.

Douze à quinze heures plus tard, les résorptions toxiques diffusées à tout le péritoine vont entraîner des signes sur lesquels le doute ne sera même plus permis; c'est alors que le malade présente ce facies péritonéal au teint plombé, aux yeux cernés de bistre, au nez pincé; ces extrémités cyanosées, ce pouls filiforme, rapide, bientôt incomptable, se dissociant sur la courbe d'avec la température qui tend à décroître. Enfin ces autres signes tels l'oligurie, les vomissements et bientôt un ballonnement par paralysie des anses intestinales qui arrive à vaincre la défense de la paroi.

Il ne faut pas attendre l'heure où devenant évidente, la péritonite est devenue presque incurable; il faut poser son diagnostic sur la douleur et la contracture et non sur le facies péritonéal et sur les signes généraux.

III. **Syndrome d'occlusion.** — Ce syndrome se présente soit au cours d'une obstruction de la lumière intestinale (obstruction ileus) par cancer, un corps étranger, soit au cours d'un étranglement de la lumière intestinale (strangulation ileus).

Le plus souvent, la crise aiguë a été précédée d'une série de crises moins violentes n'ayant abouti à une guérison spontanée ou bien il s'agit de malades ayant un passé abdominal (cholécystite, annexite, interventions diverses).

Après quelques vagues prodromes s'installent des phénomènes douloureux, souvent très violents, caractérisés par des crampes, des coliques lancinantes (coliques de miserere), localisées au point sténosé au niveau duquel vient aboutir le maximum de la douleur, puis bientôt généralisées à tout l'abdomen. Cette douleur peut ne pas s'accompagner de choc ou s'il existe, il est toujours moins marqué que dans le syndrome péritonéal.

De bonne heure apparaissent des vomissements qui se succèdent assez rapprochés, alimentaires, bilieux, puis glaireux et porracés.

Quelquefois une selle diarrhéique est émise au début de la crise et peut égarer le diagnostic, mais après elle, l'arrêt des matières et des gaz est absolu et c'est le signe dominant de tout le syndrome. Sans doute, le malade présente-t-il des épreintes, un léger tenesme rectal, et parfois vésical, mais ses efforts n'aboutissent pas et c'est l'occlusion qui manifestement domine la scène.

A l'inspection de l'abdomen, la respiration conserve d'ordinaire ses caractères normaux, mais on est frappé dès cette période du début par deux signes dont la valeur vient s'ajouter à l'arrêt des matières et des gaz : c'est tout d'abord un météorisme localisé, légère voussure sonore, tympanique,

élastique au voisinage du siège de l'occlusion (signe de von Walh) et ce sont des contractions péristaltiques que l'on voit nettement de face ou à jour frisant, si le sujet est maigre et qui coïncident souvent avec les crampes douloureuses. Une chiquenaude, l'exploration de la paroi suffisent à réveiller ces mouvements de reptation.

La palpation, outre qu'elle ne réveille pas de douleurs nettes, ne permet d'observer aucune contracrure de la paroi. On ne confondra pas, en effet, avec de la contracture la tension élastique de la paroi abdominale au niveau du point où est localisé le météorisme.

Période d'accalmie. — Dans les heures qui suivent, — comme dans le syndrome péritonéal, — il semble que ces phénomènes s'atténuent. Ainsi vers la douzième heure, les douleurs sont devenues moins vives, les vomissements moins abondants, seules quelques nausées, quelques secousses de hoquet existent encore. Accalmie traîtresse, peut-on dire encore ici : un signe persiste dont la gravité n'échappera pas au bon clinicien, c'est l'arrêt des matières et des gaz qui toujours est absolu.

Sans doute, l'inspection ne montre plus ou presque plus de reptation péristaltique, mais le ballonnement précédemment localisé au voisinage du point occlus tend à gagner tout le ventre, parfois il se présente avec des caractères bien particuliers : central, en obusier, dans les occlusions portant sur la fin du grêle ou le début du côlon ; en cadre, dans les occlusions portant sur la fin du côlon.

Ce ballonnement peut masquer la matité hépatique. La tension des anses gonflées par les gaz peut, pour un débutant, être prise pour de la contracture, mais c'est là une erreur facile à redresser.

Cependant des signes généraux apparaissent qui ne trompent pas : la soif est vive, la langue sèche, saburrale, les urines rares et foncées, le pouls atteint 90 à 100, il est encore bien frappé et la température est normale.

Période de stercorémie. — Suivant que l'occlusion siège plus ou moins haut, les phénomènes de résorption toxique apparaissent plus ou moins précocement : à la trente-sixième heure, dans les occlusions duodénales, après trois jours dans les occlusions basses. Ici comme dans le syndrome péritonéal vont apparaître des signes d'intoxication profonde et grave.

Les douleurs ont disparu, mais les vomissements reprennent, fréquents, sales, noirâtres, fétides, et enfin fécaloïdes, des nausées, des régurgitations surviennent dans leur intervalle.

Les urines sont rares, le malade tenaillé par la soif a une langue rôtie, un facies plombé, déshydraté, les yeux caves, le nez et les oreilles cyanosés, les extrémités glacées. C'est un hypothermique, presque un agonique à pouls misérable, dépassant 120, mais dont l'intelligence peut rester conservée jusqu'aux dernières minutes.

IV. **Syndrome hémorragique.** — Deux types peuvent être observés, l'un, l'inondation péritonéale, véritable hémorragie cataclysmique, n'a que peu d'importance pratique, le malade succombant souvent avant qu'un secours utile puisse lui être apporté ; l'autre, hémorragie à répétition en péritoine libre ou enkysté pose, au contraire, des problèmes thérapeutiques d'urgence extrêmement importants. Ces deux types s'observent presque exclusivement dans les ruptures de grossesse extra-utérine ou dans les ruptures de rate pathologique.

Hémorragie cataclysmique. — Le début en est marqué par une atroce douleur en coup de poignard si intense que le malade s'évanouit ; presque aussitôt des signes généraux très inquiétants marquent la gravité de l'hémorragie, c'est une pâleur marmoréenne, cireuse, décolorant les muqueuses, c'est une dyspnée sine materia, avec soif vive, bourdonnements d'oreilles, pouls filiforme et incomptable. Les moins avertis ne s'y trompent pas. Cette hémorragie interne ne s'accompagne pas d'ordinaire de défense de la paroi, mais le toucher vaginal montre à côté d'un utérus un peu gros une masse annexielle très douloureuse ou réveille une douleur dans le Douglas.

Si graves soient-ils, ces cas ne sont pas toujours au-dessus de tout secours quand on se trouve dans un centre chirurgical où la transfusion et l'hémostase directe peuvent être rapidement organisées.

Dans les cas ordinaires, l'hémorragie est moins abondante, elle se fait par suintement ou par saignements successifs et les caractères alors observés sont cependant assez nets pour emporter la conviction du clinicien averti.

La douleur vive, parfois syncopale se retrouve encore au début, nettement localisée dans une fosse iliaque, la pâleur, la soif existent, moins marquées que dans l'inondation ; le toucher réveille une douleur dans un cul-de-sac, et la percussion montre parfois la présence d'un léger épanchement dans les flancs. Enfin une métrorragie discrète de sang noirâtre accompagne souvent l'hémorragie interne et risque d'égarer le diagnostic vers l'idée d'un avortement.

Tels sont les grands syndromes auxquels le clinicien pourra aisément en pratique ramener les signes observés.

Dans une seconde étape de son action il va chercher à préciser pour chaque syndrome le diagnostic anatomique de la région malade, et si possible à poser le diagnostic exact de la maladie. Une troisième étape permettra de poser les indications thérapeutiques. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DU 15 AVRIL 1929)

Sur le ferment producteur d'acide allantoïque par hydratation de l'allantoïne. Sa présence dans le règne animal. — MM. R. FOSSE et A. BRUNEL.

La stérilisation de l'eau et des liquides par les circuits en métal en contact direct avec le liquide. — M. Georges LAKHOVSKY a utilisé pour ses expériences l'argent et le métal blanc. Il a pu en conclure, en se basant sur sa théorie de l'oscillation cellulaire, que l'action bactéricide, connue depuis

bien longtemps, est une action purement physique et due à l'altération de l'oscillation du noyau en contact direct avec le métal.

Au point de vue pratique, l'auteur emploie l'argent ou le métal blanc également inoxydables.

Il ne faut pas chauffer le métal avant l'usage, car il perd son pouvoir bactéricide en raison de la mince couche gazeuse composée d'azote et d'oxygène qui se forme dans l'air sur le métal en refroidissant et l'isole du microbe.

D'autre part, le pouvoir bactéricide est atténué au bout de quelques expériences, à cause du dépôt des calcaires et matières organiques contenues dans l'eau à la surface du métal par polarisation électrique, ce qui l'isole du contact avec le microbe. Ce pouvoir bactéricide est rétabli par lavage de métal avec une base ou un acide très dilués et rinçage ne laissant plus trace ni d'acide ni de base.

Ce procédé de stérilisation, qui offre le grand avantage de ne pas altérer l'eau, peut rendre d'importants services en dehors des grandes agglomérations, où l'on commence à pratiquer la verdinisation, en particulier aux colonies, à la campagne (eau de puits, de rivières, sources contaminées, etc.).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1929)

La création de centres de malariathérapie. — M. le professeur CLAUDE. La thérapeutique des affections graves des centres nerveux, d'origine syphilitique, peu accessibles à la chimiothérapie habituelle, et notamment de la paralysie générale, s'est enrichie depuis une douzaine d'années d'acquisitions nouvelles avec les méthodes pyrétogènes. Au premier rang de celles-ci, la malariathérapie, sous l'impulsion du professeur Wagner v. Jauregg (de Vienne), a pris droit de cité et l'attribution du prix Nobel, l'année dernière, à l'éminent psychiatre qui le premier a mis en œuvre ce traitement, a prouvé l'intérêt que de tous côtés on accordait à la nouvelle méthode.

En France, le docteur A. Marie, ayant pu se procurer en 1923, auprès des professeurs Bouman et Ley, une souche de plasmodium vivax, ayant une action optima, a employé le premier cette thérapeutique et M. Claude a été à même, dès 1924, de son côté, grâce à cette souche, d'entreprendre d'une façon ininterrompue le traitement des paralytiques généraux.

Les résultats obtenus n'ont pas cessé d'être des plus encourageants, et M. Claude a pu affirmer, en diverses communications, le grand intérêt de cette méthode.

En raison des difficultés que l'on éprouve à trouver des souches qui permettent d'inoculer la maladie sous une forme efficace et non dangereuse, il n'est pas douteux que la thérapeutique des affections syphilitiques qui en sont justiciables, n'a pas pris en France encore l'essor qu'elle devrait prendre et que, en dehors de quelques centres bien outillés pour utiliser la méthode, beaucoup de médecins qui seraient désireux de l'employer sont privés des ressources nécessaires. Aussi paraît-il à M. Claude qu'il serait intéressant de créer dans diverses régions de la France des centres de malariathérapie qui permettraient de mettre à la portée de tous les malades, chez qui les médecins croiraient devoir utiliser cette thérapeutique, la méthode nouvelle avec tous les éléments qu'il est nécessaire d'avoir à sa disposition pour obtenir des actions efficaces, sans courir au devant d'incidents regrettables, sinon dangereux.

Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse d'après les données actuelles. — MM. P. ARMAND-DELILLE, Ch. LESTOCQUOY et J. VIBERT ont repris l'étude de cette question en contrôlant chez l'enfant les signes stétacoustiques et les radiographies, au moyen de coupes frontales, sagittales et horizontales en série fixe, du thorax fixe en bloc. Ils constatent, ainsi que l'ont dit MM. Léon Bernard et Vitry à l'Académie de médecine en 1923, que ce diagnostic est aujourd'hui trop souvent porté sur des données cliniques insuffisantes. D'après eux, la notion de contagion familiale a plus de valeur que les signes généraux et la cuti-réaction; parmi les signes fonctionnels, on ne doit retenir que le stridor expiratoire et la toux bitonale de Marfan, qui d'ailleurs ne s'observent que chez le nourrisson. Comme signes physiques, les zones de matite décrites par Guéneau de Mussy et Barety ne peuvent être en relation qu'avec des lésions parenchymateuses pulmonaires concomitantes, les ganglions se trouvant trop profonds pour les engendrer. Le souffle vertébral s'observe chez le sujet normal; quant au signe de d'Espine, on a beaucoup exagéré la signification que lui a donné son auteur. L'examen radioscopique est lui-même insuffisant et la radioscopie en oblique antérieure droite est à rejeter parce qu'elle comporte des causes d'erreur.

Les auteurs concluent que seules des radiographies de face et de profil soigneusement interprétées, en tenant compte des images broncho-vasculaires normales, permettent, la première de reconnaître les ganglions latéro-trachéaux et interbronchiques droits; la deuxième, de reconnaître les ganglions intertrachéo-bronchiques et une partie du groupe interbronchique gauche.

Sur une épidémie d'empoisonnements alimentaires. — M. E. SACQUEPÉE rapporte une épidémie d'empoisonnements alimentaires, dont le diagnostic exact put être porté rapidement grâce à la découverte de l'agent pathogène, le bacille d'Aertrycke, dans les produits pathologiques provenant des malades et dans un cœur de bœuf provenant du repas infectant. Le germe isolé, nettement pathogène par infection chez la souris et le cobaye, était doué d'un pouvoir toxique élevé, manifeste même dans des cultures relativement jeunes. Il présentait, en outre, une affinité particulière pour le tissu rénal, tant chez les malades que chez les animaux d'expérience. Le cœur de bœuf, cause des accidents, était insuffisamment cuit. Il provenait d'une triperie; le reste de l'animal avait été consommé sans provoquer d'accidents. L'enquête conduisait à admettre que l'infection s'était produite accidentellement à la triperie, soit du fait de malades ou de porteurs de germes, soit par contact avec d'autres viscères infectés ou avec des instruments contaminés. De cet épisode, on peut conclure, qu'à moins de dispositions spéciales permettant d'être sûr qu'ils étaient et ont été maintenus en parfait état de salubrité, les viscères ne devraient être consommés qu'après cuisson soigneuse, faite sur des fragments de peu d'épaisseur.

Nouvelle méthode d'immunisation curative. La vaccination régionale par la porte d'entrée. — M. P. POINCLOUX. La méthode de l'auteur consiste à injecter, dans le point d'effraction même du germe infectant le vaccin correspondant à la maladie qu'il provoque, ce qui engendre des effets salutaires dans tous les organes que le microbe envisagé est capable d'atteindre, dans la « région » qu'il est apte à envahir.

Poincloux a appliqué sa méthode au traitement des salpingites, des orchites, des métrites, gonococciques, colibacillaires, staphylococciques. Il signale que les orchites guérissent en une semaine, l'écoulement ne réapparaissant pas en disparaissant après le traitement. La plus frappante utilisation de la vaccination régionale par la porte d'entrée réside dans les complications articulaires de la blennorragie, dont le pronostic est transformé par cette méthode. Enfin de premiers essais encourageants ont été faits dans l'otite moyenne aiguë, en injectant le vaccin dans les parois de l'orifice du pavillon de la trompe d'Eustache.

Observant que la voie transcutanée, utilisée par Pasteur pour prévenir le charbon et traiter la rage, conduit les vaccins dans des tissus capables de servir de porte d'entrée à la bactéridie et au virus rabique, Poincloux pense que les bons

effets de sa méthode sont dus à ce qu'elle réalise les conditions qui sont nécessaires pour que l'immunisation se développe. Ainsi serait expliqué le problème de contradiction que pose le succès des vacinations sous-cutanées de Pasteur, et les insuccès si fréquents des nombreuses vaccinations sous-cutanées essayées par la médecine moderne.

De l'importance en physiologie générale des conditions de production du nystagmus artificiel. — M. Bard.

L'action thérapeutique des injections de pepsine. — M. Loeper.

La fièvre boutonneuse de Tunisie, la fièvre exanthématique de Marseille et la dengue de Grèce et de Syrie ou dengue méditerranéenne. Leur identité probable. — M. Trabaud (de Damas).

(Séance du 30 avril 1929)

L'alcoolisme mondain. — M. Guillain. De l'Amérique sèche nous est venue une nouvelle forme de l'alcoolisme : l'alcoolisme mondain. Par snobisme, les jeunes gens et surtout les femmes du monde se sont mis, à l'exemple des américaines, à prendre plusieurs fois par jour des cocktails — on disait autrefois l'heure de l'absinthe, il n'y a plus d'heure pour les cocktails. Pris à jeun, avant, après les repas, au cours de la soirée, les cocktails jouissent d'un succès dont on peut mesurer le danger si on se rappelle qu'ils sont composés de whisky, d'angustura et autres poisons convulsivants. Dans beaucoup d'installations modernes, on voit même un coin réservé pour le bar, trop de femmes du monde, renonçant au thé, y consomment des cocktails, du porto, du gin, etc.

M. Guillain se borne à énumérer les conséquences pathologiques et sociales de ces abus.

Négligeant les troubles digestifs, il attire l'attention sur les syncopes, insomnies, états anxieux, crises épileptiformes, névrites, névralgies, polynévrites que l'on rencontre souvent maintenant chez les amateurs de cocktails. Il montre les ménages désunis, les divorces, les situations perdues par ces alcooliques nouveau style. Il signale les accidents graves d'automobiles qui leur sont imputables, il dénonce enfin le danger pour la descendance de l'alcoolisme, par cocktails, qui par les cercles, les casinos, les villes d'eaux, s'étend tous les jours.

M. Sergent appuie vigoureusement les dires de M. Guillain.

M. Léon Bernard estime que l'Académie devrait émettre un vœu pour mettre en garde le public.

Episode pulmonaire pseudo-tuberculeux curable au décours d'une vaccination par le bacille Calmette-Guérin. — MM. Sergent, H. Lenormand et R. Turpin. Après avoir fait remarquer que lorsqu'il s'agit d'approfondir la preuve d'une technique de prévention dont les conséquences sont aussi considérables que celle de la vaccination anti-tuberculeuse de Calmette, tous les faits recueillis doivent être versés au débat, M. le professeur Sergent et ses collaborateurs relatent l'histoire suivie pendant le mois, d'un épisode pulmonaire curable pseudo-tuberculeux, survenu au décours d'une vaccination par le bacille Calmette-Guérin. Seuls, les examens cliniques, bactériologiques et radiologiques effectués en série, permirent de faire la preuve pneumococcique des troubles observés. Par ailleurs, l'étude de la croissance de cet enfant, prouve une fois de plus que les nourrissons vaccinés par le bacille Calmette-Guérin ne sont pas plus éprouvés que les témoins par les maladies intercurrentes qui peuvent les atteindre.

La tuberculose à Lyon. — MM. Auguste Lumière et Paul Vigne présentent une étude statistique des décès par tuberculose à Lyon pendant une période de vingt années. Ils ont dépouillé les 188.124 certificats de décès déposés dans les archives municipales de 1906 à 1925. Sur le nombre, 15 p. 100 seulement ne portent aucune indication utile sur la cause de la mort. Quant aux diagnostics erronés, leur proportion semble négligeable. Finalement la proportion des décès par tuberculose serait de 18,59 en moyenne.

Envisageant cette proportion par périodes, les auteurs constatent qu'elle était de 22,36 en 1910, qu'elle a baissé jusqu'à 14,60 en 1920 pour se relever à 16,70 p. 100 en 1925. Ils envisagent les principales causes qui ont pu entraîner ces modifications dans l'évolution de la tuberculose et étudient principalement à cet égard l'influence des conditions de travail, de l'alimentation, du logement, du perfectionnement des thérapeutiques, des mesures prophylactiques, de la guerre, de la grippe (1918) et de l'alcoolisme.

Les fractures des membres. Enseignements de la guerre. — M. Rouvillois, dans sa communication, insiste, comme il l'a déjà fait dans de nombreuses publications antérieures, sur les enseignements de la guerre relatifs au traitement orthopédique des fractures.

Après avoir rappelé les avantages qui résultent dans le traitement des fractures du temps de paix, de l'emploi des appareils dérivés de ceux qui ont été utilisés pendant la guerre, il estime qu'il est nécessaire de prévoir dans les hôpitaux, une organisation permettant d'appareiller les fractures dans de bonnes conditions.

Il insiste également sur la nécessité de réserver à cet enseignement la place qu'il mérite.

Il conclut en disant qu'il paraît nécessaire, à l'heure actuelle, de prévoir un plan d'ensemble, comportant une meilleure organisation hospitalière et une orientation plus pratique des méthodes d'enseignement, dont les blessés pendant la paix, doivent tirer les mêmes bénéfices que pendant la guerre.

Cure de Vichy et acide urique. — M. Desgrez présente un travail de MM. Léon Lescœur et Charles Desgrez établissant que l'acide urique du plasma sanguin augmente surtout au début de la cure de Vichy, particulièrement chez les hyperuricémiques, et que cette influence se maintient, quoique moins marquée, au cours de la cure. Bien que les hyper-uricémiques présentent, en même temps, une élimination d'acide urique plutôt accrue, on n'observe aucune proportionnalité entre ces deux influences, sanguine et urinaire.

Erythrémie des altitudes. — M. Monge.

L'œuvre éducative accomplie par le Comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale. — Mme Montreuil-Straus.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine). — Classement des candidats : en première ligne : M. Roussy; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : M. Le Noir, de Massary, Rathery, Ravaut et Rist. Adjoints par l'Académie : MM. Lereboullet et Loeper.

Au premier tour : M. Roussy obtient 65 voix; M. Le Noir, 4 voix; M. Ravaut, 3 voix; M. de Massary, 2 voix.

M. Gustave Roussy, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, est proclamé élu.

Présentations. — Au début de la séance, M. L. Camus a offert à l'Académie pour le Musée Jenner de la part du docteur Ed. Chaumier (de Tours) : 1° trois instruments en usage au Japon pour l'inoculation des génisses et la récolte du vaccin; 2° une lettre autographe de Husson accompagnée d'un mémoial administratif du département de l'Oise du 25 juin 1816 contenant un paragraphe relatif à la vaccination.

Il a ensuite présenté à l'Académie le *tableau de la « coëffure à l'inoculation »* qui fut exécuté d'après l'esquisse donnée par le docteur Ed. Chaumier. Ce tableau a été acquis par l'Etat et M. le sous-secrétaire d'Etat des Beaux-Arts, à la demande du Conseil d'administration a bien voulu l'attribuer, à titre de dépôt, au Musée de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1929)

Fistule pancréatique. — M. LECÈNE rapporte une observation de M. Jean Madier, ayant trait à une fistule pancréatique guérie opératoirement. Il s'agit d'un cas exceptionnel, car la fistule survint après gastrectomie pour ulcère adhérent au pancréas. Elle résista à tous les traitements médicaux et M. Madier finit par l'opérer. Il isola une masse pancréatique avec le canal de Wirsung fistuleux qu'il aboucha dans l'anse jéjunale efférente de la gastro-entérostomie. La guérison se maintient depuis plusieurs années.

M. Lecène ne rapporte qu'un cas d'Herrenschmitt où l'étiologie de la fistule soit rigoureusement identique. Il cite des observations plus nombreuses consécutives à des kystes du pancréas et un cas personnel dû à un abcès. Il a utilisé une petite sonde pour réaliser l'abouchement gastrique.

MM. MICHON et MOCQUOT rappellent des cas personnels de fistules avec abouchement gastrique, mais survenues à la suite de kystes pancréatiques.

M. BROCQ pense qu'il existe trois variétés de fistules :

Celles d'origine traumatique comprenant les fistules opératoires;

Celles qui succèdent à des kystes pancréatiques;

Celles qui succèdent à de faux kystes et dont la sécrétion n'a pas de pouvoir digestif.

M. MAISONNET confirme que le pouvoir digestif du suc des fistules est très variable suivant les cas.

M. LECÈNE conclut à la difficulté d'étudier ce pouvoir in vitro et à la nécessité de se baser sur les faits cliniques de l'expérienee pour apprécier les régimes destinés à combattre ces fistules, et à l'utilité de les essayer avant de décider l'intervention.

Phlegmons d'origine dentaire guéris par injections de bactériophages. — M. GOSSET rapporte trois observations de M. Raiga qui obtint une guérison rapide sans intervention, par injections de bactériophages dans trois cas de phlegmons d'origine dentaire. La dent fut enlevée à froid secondairement.

M. BAZY. Si le bactériophage a bien l'action théorique qu'on lui attribue, il ne paraît pas non plus présenter d'action spécifique pour telle ou telle race microbienne.

M. SAUVÉ rapporte des cas favorables à la méthode.

M. MÉTIVET conseille la prudence dans l'emploi d'une méthode nouvelle.

M. CADENAT, revenant à la théorie anciennement classique, est partisan de ne pas enlever les dents malades à chaud dans les ostéo-périostites d'origine dentaire.

M. GOSSET conclut à la nécessité de se baser sur les faits cliniques pour l'appréciation de la méthode.

Artériographie. — M. GOSSET rapporte un travail de M. Reynaldo de Santos qui arrive à injecter même l'aorte et à obtenir de belles radiographies artérielles.

M. LECÈNE pense qu'avant d'essayer de telles méthodes sur l'homme on devrait prouver leur innocuité sur les animaux.

M. DUVAL, et M. GOSSET qui rapporte ce travail, ne sont pas disposés à essayer cette méthode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1929)

Un cas d'acromégalie sans tumeur de l'hypophyse mais avec psammome comprimant le lobe frontal gauche. — MM. P. CARNOT, A. LAMBLING et Mlle M. TISSIER apportent l'observation et les pièces anatomiques concernant une femme de soixante-seize ans qui succomba aux progrès d'une insuffisance cardiaque. Cette malade présentait, en outre, un syndrome acromégalique des plus caractéristiques dont les premières manifestations remontaient à quarante ans. Il existait dans le tiers antérieur du sillon interhémisphérique un psammome presque totalement calcifié, très nettement visible d'ailleurs sur les stéréographies et se creusant une loge profonde dans le lobe frontal gauche. Cette tumeur intracranienne avait eu une évolution totalement latente et ne se traduisait par aucun signe d'hypertension cérébrale. Elle n'exerçait aucune compression directe sur le IIIe ventricule, ni sur la tige pituitaire. Les auteurs se bornent à verser leurs constatations dans le dossier des observations d'acromégalie authentique sans lésions macroscopiques ou histologiques de l'hypophyse.

Quelques recherches sur l'état physico-chimique du sérum chez les hypertendus. — MM. Pr. MERKLEN et J. CHAUMERLIAC font remarquer que les dosages des différents corps du sérum sanguin au cours des néphrites visent à déterminer leur concentration moléculaire et n'ont par suite affaire qu'à des mesures chimiques. Les auteurs se sont proposés d'étudier l'état physico-chimique du sérum sanguin chez les hypertendus et d'y rechercher le rôle joué par l'ion Cl. Le point émergent de leurs recherches réside dans la grande augmentation du degré de dissociation du sérum des hypertendus. Ce degré, de 55 à 60 p. 100 à l'état normal, augmentait dans leurs observations jusqu'à 95 p. 100 en moyenne. Ils ont même noté le chiffre de 100 p. 100. Cette élévation ne peut s'expliquer uniquement par des modifications au niveau des électrolyses; il y a tout lieu d'admettre l'intervention de variations de l'état physico-chimique des protéines. Chez trois malades qu'ils ont chlorurés, les auteurs ont noté une élévation de la chlorémie plasmatique, deux fois avec élévation de la tension artérielle, une fois sans modification de cette tension. Dans les deux premiers cas, la conductivité est restée constante, le degré de dissociation ayant suivi une baisse importante. On a l'impression que dans l'une et dans l'autre circonstance les variations des protéines ont été différentes.

Remarques sur un cas d'endocardite maligne lente. — M. LANGERON rapporte un cas ayant évolué en déterminant successivement une néphrite, une synovite, une réaction méningée, puis de nouvelles poussées de néphrite, et enfin par des anévrismes des artères poplités, droite et gauche. Toutes les recherches de laboratoire sont restées négatives. Le diagnostic a pu être posé par l'apparition d'un souffle diastolique au foyer aortique et confirmé par l'examen anatomique qui a montré une endocardite ulcéreuse des valves aortiques qui étaient déchiquetées. Il existe, en outre, des infarctus, notamment de la rate.

Sur un accident de la transfusion sanguine. — M. DUFOUR rapporte l'histoire curieuse d'une jeune femme atteinte d'anémie prononcée qui, deux mois après une transfusion sanguine, a présenté une éruption dont la nature syphilitique n'était pas douteuse. L'auteur insiste sur le fait que le donneur semblait être en très bonne santé.

M. PINARD considère l'observation de M. Dufour très intéressante et confirme l'existence de syphilis sans chancre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1929)

M. WAGON, fait une communication sur la **Bactériophage** d'Hérelle. Il préconise des applications locales de la préparation bactériophage, les injections étant plutôt nuisibles. Le

bactériophage détermine la dessiccation des furoncles en très peu de jours.

M. Weiller, préconise le traitement des affections pulmonaires aiguës, fébriles, par l'imprégnation créosotée à l'aide de lavements créosotés au lait. Les résultats sont de l'ordre de ceux obtenus par la sérothérapie dans la diphtérie. L'auteur insiste sur l'intérêt de l'application de la méthode aux enfants atteints de rougeole et aux opérés menacés de complications pulmonaires.

(Séance du 15 mars 1929)

Imperforation de l'hymen. — M. Briault communique l'observation d'une malade opérée par lui pour une imperforation de l'hymen à l'âge de vingt-quatre ans. Les lèvres de la muqueuse vulvaire ont été fixées à la muqueuse vaginale, ce qui assure la cicatrisation avec maintien de l'orifice qui, autrement s'oblitère.

M. Raymond Petit mentionne un cas où le fait se produisit et amena Broca à pratiquer en fin de compte l'hystérectomie. Par contre, Raymond Petit relate deux observations de malades opérées par lui-même avec plein succès grâce à la fixation des lèvres de la muqueuse vaginale à la muqueuse vulvaire.

Méthode de Filderman. — M. Brossan présente des coupes faites par M. Guieysse et une note rédigée par le même auteur donnant l'anatomie pathologique des hémorroïdes sclérosées par la méthode de Filderman. Des pièces sont présentéee par ce dernier. On constate la production d'un tissu fibreux très dur et difficile à couper et des vaisseaux sclérosés.

M. Thibault présente une note sur les résultats anatomiques obtenus par la diathermie dans le traitement des hémorroïdes. Il se produit une escarre et des placards nécrobiotiques. L'escarre est guérie en général trois semaines ou un mois après l'intervention.

M. Cambiez présente une électrode diathermique avec thermomètre.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CUMUL DES FONCTIONS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN

On nous a posé la question de savoir si un pharmacien, qui est en même temps docteur en médecine, peut avoir une pharmacie et donner des consultations payantes. La question ainsi posée se ramène à la suivante : le titulaire des deux diplômes de médecin et de pharmacien a-t-il le droit d'exercer simultanément ces deux professions avec les droits et obligations qui y sont afférents?

La législation actuelle édicte la séparation entre les deux professions. D'une part, l'article 32 de la loi du 21 germinal, an XI, décide que les pharmaciens ne peuvent livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques que, d'après la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature. D'autre part, l'article 27 de la même loi autorise les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmaciens, à délivrer des médicaments de toutes sortes aux personnes près desquelles ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte; ce qui

BISMUTHOÏDOL
Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN
Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

L'ASCOLÉINE RIVIER
renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)
Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses**, etc.
Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**
R. C. 88.031, Seine


Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX quelle qu'en soit l'origine.
TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
de toutes les Affections aiguës ou chroniques
des Voies Respiratoires
Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants
Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.
ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.
Avaler sans sucer ni croquer.
ASEPSIE DES BRONCHES ET DES VOIES RESPIRATOIRES PAR LE BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés Antiseptiques Sédatifs Expectorants
Laboratoires LAURIAT, 31 bis, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).


CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS
Laboratoires WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS
CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ. CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE
PUB. PICARD

signifie que le médecin pro-pharmacien doit limiter ses fournitures à ses malades et n'a pas le droit de vendre à tout venant. Enfin, on peut faire état, de plus, des textes législatifs suivants : article 1er de la loi du 19 juillet 1845, article 5 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 et article 2 de la loi du 25 avril 1845.

La jurisprudence déclare illicite l'association d'un pharmacien et d'un médecin.

Les textes législatifs ci-dessus rappelés ne permettent pas de dire que le cumul de la profession de médecin et de pharmacien *par un seul homme* est interdit, lorsque ce dernier remplit toutes les conditions exigées pour l'exercice de l'une et l'autre profession. Une jurisprudence déjà ancienne admet que les deux professions peuvent être cumulées (Cass., 13 août 1841, S. 53.1.758; — Cour d'Orléans, 2 juillet 1838, *Le Droit*, 25 juillet 1838; — Cour de Paris, 3 août 1850, D. 51.2.171). Dans ce dernier arrêt de la Cour de Paris, il était constaté que les deux diplômes de pharmacien et d'officier de santé étaient revêtus des formalités exigées par la loi et il était ajouté que, si des dispositions de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI les officiers de santé établis dans les localités où il existe, comme à Paris, des pharmaciens ayant officine ouverte (fussent-ils d'ailleurs, lesdits officiers de santé, pourvus d'un diplôme de pharmacien) ne doivent pas exercer simultanément les deux professions d'officier de santé et de pharmacien, la loi ne contient aucune disposition prohibitive et répressive du fait dont il s'agit. Il y a peut-être une lacune dans la loi; mais il en a été tiré cette conséquence qu'aucune infraction n'existe du fait du cumul des fonctions de médecin et de pharmacien.

Le Tribunal de la Seine a jugé le 19 mars 1908 (*Le Droit*, 13 mai 1908) que le médecin-pharmacien n'a pas besoin d'ordonnance médicale pour livrer à l'une des personnes qu'il soigne comme médecin une préparation non conforme au Codex, celle-ci serait-elle préparée d'avance.

En résumé, il résulte de la jurisprudence et des textes législatifs qu'il n'existe aucune incompatibilité entre les fonctions de médecins et celles de pharmaciens, et qu'au contraire la loi autorise le cumul dans les conditions fixées par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI.

Dans ces conditions, le pharmacien, qui est en même temps médecin, pouvant exercer simultanément les deux fonctions, peut incontestablement se faire payer les consultations qu'il donne en tant que médecin.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES THESES

Les Colibacilluries (1), par Roger Petit.

Conclusions. — 1° La colibacillurie, dans son terme le plus large, est un symptôme d'une fréquence considérable. Tantôt elle ne constitue qu'un signe clinique très accessoire, tantôt elle acquiert un rôle prépondérant et commande à elle seule l'évolution de l'affection urinaire.

2° La colibacillurie est le plus souvent à point de départ intestinal, mais il ne faut pas méconnaître l'infection par voie exogène et l'infection hématogène d'origine non digestive.

3° La colibacillurie peut guérir spontanément et rapidement. Dans d'autres cas, elle passe à la chronicité et peut tenir en échec les thérapeutiques les plus variées. Ces cas chroniques demandent à être soigneusement dépistés et traités, car les lésions très importantes que le colibacille est susceptible de créer ne permettent pas de le considérer comme un simple saprophyte de l'arbre urinaire.

4° Le caractère rebelle d'une colibacillurie nous semble dû très souvent à un trouble mécanique siégeant au niveau des voies excrétrices. Au cours d'examens systématiques, on constate fréquemment, soit la présence de lésions prostatiques ou vésicales, soit l'existence, au niveau de l'uretère, de spasmes chroniques, de sténoses de causes variées, de rétentions pyéliques, d'atonies pyélo-urétérales. Tantôt la colibacillurie est entretenue par une lésion mécanique préexistante, tantôt l'infection crée elle-même les lésions qui entretiennent sa chronicité.

5° Une colibacillurie rebelle, chez un sujet ayant des voies excrétrices normales, est presque toujours entretenue par des foyers infectieux chroniques siégeant au niveau du rein. Ces formes sont essentiellement justiciables des méthodes biologiques.

6° Les colibacilluries latentes sont extrêmement fréquentes. Des examens fortuits chez la femme, en dehors de la gestation, font constater la présence du colibacille dans 10 p. 100 des cas, sans qu'aucun symptôme attire l'attention sur l'appareil urinaire.

7° Le colibacille est capable de créer, *à lui seul*, des lésions très importantes au niveau du parenchyme rénal (abcès corticaux ou pyonéphroses). Ces formes sont susceptibles de commander une intervention chirurgicale (décapsulation, néphrotomie, néphrectomie).

8° Un traitement général, hygiénique, diététique et médicamenteux est souvent suffisant pour obtenir la guérison dans un grand nombre de colibacilluries.

9° L'échec de ce traitement nécessite, dans tous les cas, une exploration instrumentale de l'appareil urinaire pour dépister la nature et le siège des lésions qui entretiennent l'infection. Les explorations radiologiques, et notamment l'urétéro-pyélographie, confirment cette exploration ou dépistent les lésions susceptibles de lui échapper.

10° Si le résultat de ces explorations est positif, il faut instituer d'abord un *traitement mécanique* ayant pour but de lever les obstacles nuisant au fonctionnement normal de l'appareil excréteur. Un traitement antiseptique local doit souvent y être associé.

11° Si ce traitement est inefficace ou s'il n'y a pas de lésions des voies excrétrices, il faut recourir aux méthodes biologiques. Leur emploi préalable est illogique, car ces méthodes peuvent lutter contre l'infection, mais non contre une lésion mécanique des émonctoires.

12° La *bactériophagothérapie* est de maniement délicat et de résultat incertain. Elle est parfois nuisible, car elle peut entraîner l'apparition de races colibacillaires antibactériophages, renforçant l'action du microbe à détruire. Dans certains cas, il est impossible d'obtenir la lyse dans de bonnes conditions, par résistance anormale de la race colibacillaire en cause.

La *vaccinothérapie* donne des résultats inconstants et éphémères, car les anticorps ne passent dans l'urine que dans une proportion minime et pour un temps très court. Elle est contre-indiquée dans les cas aigus.

La *sérothérapie*, par la masse considérable d'anticorps qu'elle apporte à l'organisme, crée une immunisation passive, mais brusque, dont les résultats sont presque constamment favorables. Elle s'applique indistinctement aux cas aigus et chroniques.

13° Les colibacilluries gravidiques rebelles et fébriles sont essentiellement conditionnées par des lésions mécaniques de compression urétérale, puis de distension pyélique.

Elles relèvent moins de méthodes biologiques que d'un traitement local. Seul, le cathétérisme urétéral peut se proposer le triple but d'évacuer la rétention pyélique en sauvegardant la fonction rénale, de faire baisser la température, d'améliorer l'état général.

(1) *Th. de Paris*, 1928. — Paris, A. Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

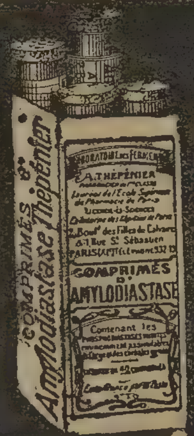
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à o gramme 25 et à o gramme 5o de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications.
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le ministre de la Guerre vient de citer à l'ordre de la nation, M. Picqué, médecin-colonel, chef de l'hôpital militaire de Talence, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux : « Professeur et chef d'école renommé, a, par son enseignement et par son exemple mis en évidence, en France et dans plusieurs capitales d'Europe et d'Amérique, le rôle que peut exercer l'avion sanitaire comme moyen de secours médico-chirurgical. A contribué à réaliser une organisation modèle d'évacuation des malades par avion. Tué le 1ᵉʳ juin 1927, en tombant d'un avion en flammes à bord duquel il faisait transporter un malade dont l'état exigeait une intervention chirurgicale urgente, illustrant par sa mort tragique, sa propagande pour l'idée dont il s'est l'apôtre enthousiaste. »

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tixier, Flandin, Bréchot, qui acceptent; M.-P. Weil, Chiray, Nobécourt, Stévenin, Sézary, Brulé, Rivet, Pissavy, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Fredet, Bazy, Mocquot, Duval, qui acceptent ; Picot, Mondor, Weill-Hallé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Anatomie et physiologie.* — Séance du 3 mai. — MM. Lantuéjoul, 18 ; Lacomme, 23 ; Sureau, 15 ; Couinaud, 16 ; de Peretti, 13 ; Seguy, 25 ; Ravina, 27.

Accouchement. — MM. Seguy et Sureau, 13 ; Couinaud, 22 ; Lantuéjoul, 21 ; Ravina, 23 ; Lacomme, 20 ; de Peretti, 10.

Classement des candidats : MM. Ravina, 78 ; Lacomme, 70 ; Lantuéjoul, 67 (admissibles) ; Couinaud, 62 ; Seguy, 60 ; Sureau, 51.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 2 mai. — MM. Pelizza, 6 ; Porcher, 9 ; Beau et Desgrez, 10 ; Quivy, 6 ; Ordioni, 7 ; Serrand, 13 ; Fouber, 8 ; Brisy, 10 ; Delapchier, 9.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — *Concours pour l'internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires, aura lieu aux hospices d'Orléans, le lundi 29 juillet 1929.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — **Election à une chaire de professeur.** — Dans sa séance du jeudi 2 mai, le Conseil de la Faculté a présenté en première ligne pour la chaire de pathologie médicale M. le docteur Clerc, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et en seconde ligne M. le docteur Chiray, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Présentation d'agrégés. — Dans la même séance du jeudi 2 mai le Conseil de la Faculté a présenté les agrégeables suivants pour les places d'agrégés à pourvoir.

Médecine. — MM. Guy-Laroche, Henri Bénard, Cathala, Moreau et Chevallier.

Chirurgie. — MM. Leveuf, Gaudard-d'Allaines, Moulonguet.

Accouchements. — MM. Portes et Vigne.

Hygiène. — M. Jouannon.

Médecine légale. — M. Piedelièvre.

Bactériologie. — M. Gastinel.

Urologie. — M. Fey.

CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — Les concours ont lieu annuellement au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE PHARMACIE. — Les concours ont lieu au siège des facultés de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Les concours ont lieu dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre. (*J. O.*, 3 mai).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le docteur Paul Boudin a été nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique en remplacement de M. le docteur Bouloumié, décédé.

A. P. M. F. — La semaine dernière l'Association de la Presse médicale française a célébré son 40e anniversaire. Autour du président, le professeur Loeper, et des membres du bureau avaient pris place la plupart des membres de l'Association. Des discours furent prononcés par M. Pierra, secrétaire général ; Léon Bizard, vice-président des Journalistes médicaux, et enfin M. Loeper. Celui-ci rappela les débuts de notre Association, qui comptait au début une vingtaine de membres, et félicita les anciens, Marcel Baudouin, Julien Noir, Blondel, toujours parmi nous. Il salua la mémoire des disparus, Cézilly, Cornil, Championnière, A. Robin qui, avec Blondel, jetèrent en 1900 les bases de l'Association internationale de Presse. Enfin il parla de la Fédération de la Presse latine qui est bien l'œuvre de notre Association et peut à bon droit se ranger auprès de la grande Fédération latine fondée par M. Maurice de Waleffe.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 26 mai 1929, à 14 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Associatian, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir aura lieu le banquet au Foyer médical. 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. le docteur Obarkirch, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 24 mai, leur adhésion et le prix du banquet (45 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général, 5, rue de Surène, Paris (8e).

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES. — L'assemblée générale s'est tenue le 14 avril 1929 à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Billoret.

Après l'adoption des divers rapports d'usage présentés par MM. Arnold, Lafond, Chambrillon, l'assemblée a écouté l'exposé de son président sur l'action générale de l'association auprès du Parlement, des pouvoirs publics et du corps médical.

Un exposé extrêmement précis du docteur Paul Boudin, conseil juridique de l'Association a renseigné les assistants sur la portée pratique du dernier décret concernant les Assurances sociales.

M. Magne, vice-président du Syndicat dentaire de Bordeaux a été élu conseiller en remplacement de M. Ploton, démissionnaire.

Les dix conseillers sortants ont été réélus et l'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité sans abstention.

L'assemblée générale de l'Association française des chirurgiens-dentistes, tenue le 14 avril 1929 à la Faculté de médecine de Paris, enregistre avec satisfaction les mesures prises par son Conseil d'administration au cours de l'année pour faire aboutir au parlement la proposition de loi de MM. Milan et Rio conforme à la doctrine de l'association, approuve son conseil, particulièrement en ce qui concerne les garanties qu'il a déjà obtenues sur la question des mesures transitoires et, confiante en sa ténacité et son sentiment de justice, lui donne pleins pouvoirs pour continuer son action.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

« MÉDECINS PARISIENS DE PARIS ». — Pour la vingt-sixième fois, depuis la fondation de leur Amicale, les « Médecins parisiens de Paris » se sont réunis le 24 avril 1929, sous la présidence de leur président d'honneur, M. le professeur Charles Richet, et de leur président annuel, M. le docteur Vitry.

L'entrain, la gaieté et la bonne camaraderie qui régnèrent au cours de ce dîner ne firent que perpétuer les traditions amicales de cette Société.

Etaient présents à ce dîner : MM. Barry, Bongrand (Jules), Boulanger-Pilet, Bourguignon, Boussy, Bouteron, Boutet, Mlle Berger, MM. Chauvelot, Constensoux, David, Deniker, Dufour, Eloy, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Gréder, Guébel père et fils, Guillemin, Laënnec, Landolt, Lebègue, Lemierre, Luys, Maduro, Mauban, Mlle Meurs, MM. Mock, Philibert, Pitsch, Prost, Quiserne, professeur Ch. Richet, Schaeffer, Soupault, Suzor, Triboulet, Valentin, Vitry, Mlle Wahl, M. Wallon.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, docteur P. Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe).

BOURSES DE CURE THERMALE ET DE SÉJOUR EN MONTAGNE OFFERTES A DES ENFANTS DE MÉDECINS OU D'UNIVERSITAIRES. — Le docteur Pierret (de La Bourboule) prendra à sa charge au cours des mois de mai, juin ou septembre 1929, les frais de séjour, d'établissement thermal, de soins médicaux, pour une cure dans cette station offerte à deux enfants appartenant à une famille nombreuse ou digne d'intérêt dont les parents seraient professeurs d'enseignement secondaire ou supérieur (d'État ou libre) ou médecin.

Il dispose également de bourses de séjour en montagne de quatre à cinq semaines à l'établissement de l'Adret (Villard-de-Lans), à certaines époques de l'année, offertes à des enfants répondant aux mêmes conditions. Les bourses de Villard-de-Lans), à certaines époques de l'année, offertes à des enfants répondant aux mêmes conditions. Les bourses de Villard-de-Lans et de La Bourboule peuvent être cumulées par un même enfant.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Pierret, 7 *bis*, rue Raynouard, Paris, jusqu'au 15 mai, et ensuite à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

HÔPITAL CIVIL DE BREST demande interne en médecine service docteur Quelme, et interne en chirurgie service docteur Pouliquen.

YONNE 3 H. PARIS P.-L.-M. EXPRESS. PROP. 11.758 m. close murs. Salle à mang., SALON, 9 CHAMB. nombr. dépend. Calor. Elect. Téléph. Prix : 200.000f. CONVIEND. CLINIQUE, etc. S'ad. Me A. GIRARDIN, notaire, 43, r. Richelieu.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE *Rachitisme, Lymphatisme.* PILULES ET GRANULÉ

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE :
- Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
- Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386



NESTLÉ

LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ

Non écrémé, non surchauffé, non dévitaminé.

Régulièrement pur, riche en vitamines, infraudable.

Concentré dans le vide à basse température après pasteurisation soignée.

Sté NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE [1]

Par le docteur R. LEVENT.

Il est deux raisons qui empêchent de voir dans la sérothérapie une solution entière du problème de la diphtérie. Malgré son efficacité et quels que puissent être les perfectionnements futurs, il est sans doute utopique d'espérer la guérison de tous les cas de diphtérie sans exception. De plus, la morbidité diphtérique est sujette à des sautes assez considérables : 1902, 5.665 cas à Paris avec 724 morts, soit 12 p. 100; 1918, 1.450 cas avec 131 morts, soit 9 p. 100. Ces chiffres comparés à ceux de 1894 : 4.326 cas avec 1.432 morts montrent assez que bien qu'active la sérothérapie n'a pas paré à tout. Il ne faut pas non plus se dissimuler que dans ces statistiques rien pour ainsi dire n'entre en ligne de compte de ce qui a trait aux crypto-diphtéries.

La gravité accrue des diphtéries que l'on a observées en ces dernières années dans tous les pays rend plus désirables encore les mesures efficaces de prévention.

Les mesures prophylactiques en usage. — A vrai dire la solution du problème est depuis longtemps amorcée et la sérothérapie préventive n'est pas un moyen négligeable. Mais elle ne fournit qu'une protection restreinte; restreinte dans l'espace puisqu'elle ne peut guère être étendue au delà de l'entourage habituel et visiblement menacé du malade; restreinte aussi dans le temps puisqu'elle perd toute sa puissance en quinze à vingt et un jours. Quand l'épidémie se prolonge le danger reparaît [épidémie de l'asile russe du Pecq, 1924] (2). La sérothérapie a de plus l'inconvénient de sensibiliser vis-à-vis de tout sérum ultérieurement injecté.

On devait donc chercher à réaliser une immunité active toujours plus persistante.

Dès 1913, Behring avait présenté au Congrès de médecine de Wiesbaden un mélange immunisant de toxine et d'antitoxine; l'action toxique était théoriquement supprimée, la valeur antigène conservée. Vers la même époque, Park et Zingher, de New-York, introduisirent dans la pratique un mélange analogue. La vertu immunisante était certaine mais ne s'exerçait que lentement; plusieurs semaines et parfois plusieurs mois étaient nécessaires. De plus, il est difficile de préparer un mélange à la fois actif et inoffensif (3) ; aussi les auteurs oscillaient-ils entre des mélanges hypo- ou hyperneutralisés (Renault et P. P. Lévy). Il est plus difficile encore de les conserver avec leurs qualités premières; aussi la vaccination était-elle irrégulière et donnait-elle lieu à des surprises. Aussi ces mélanges ne se répandirent-ils guère hors des pays d'origine; ailleurs, on continua d'avoir des doutes sur la stabilité in vivo des mélanges les plus stables in vitro. En Belgique, en Hollande et en Angleterre également, ce vaccin connut pourtant un certain succès que les travaux français semblent avoir interrompu d'autant plus facilement qu'on avait eu à déplorer un certain nombre d'accidents graves.

* * *

L'anatoxine. — C'est en 1922 que les recherches expérimentales de Ramon dans ce domaine furent couronnées de succès et permirent des espérances qui, depuis, se sont réalisées.

A partir des derniers mois de 1923, en effet, l'Institut Pasteur de Paris, avec Ramon, L. Martin, Darré, Loiseau, Laffaille; le Val-de-Grâce avec Zœller, Roubinovitch commencèrent d'employer une arme qui semblait puissante. Depuis ce moment, en France puis hors de France, la vaccination antidiphtérique s'est rapidement répandue (près d'un million d'injections en septembre 1928). On a toutes raisons, présentement, de penser que la prémunition contre la diphtérie mérite d'entrer dans les mœurs comme l'a fait dans bien des pays la vaccination jennérienne.

Principe de la méthode. — Lorsque in vitro on mélange une toxine diphtérique à une antitoxine, on observe pour une certaine proportion l'apparition d'un phénomène de floculation qui a été reconnue témoigner d'une complète saturation mutuelle des deux composants. L'étalonnage préalable de l'un permet donc de doser la puissance de l'autre.

Ramon remarqua, d'autre part, que l'adjonction à une toxine d'une petite quantité de formol — originellement destinée à prévenir les contaminations extérieures — laissait intact le pouvoir floculant qui témoignait donc toujours fidèlement de la saturation réciproque toxine-antitoxine. Cet antiseptique d'autre part, jouit du pouvoir de diminuer pour l'animal la nocivité de la toxine jusqu'à l'annihiler complètement. Il y a donc là une modification du poison diphtérique.

L'expérimentation montra enfin que les animaux injectés avec cette préparation étaient devenus réfractaires à l'intoxication diphtérique.

Par ailleurs, l'action suffisamment prolongée de la chaleur (38-40 degrés) fut reconnue accélérer notablement l'action modificatrice du formol.

Les propriétés de ce produit nouveau peuvent se définir comme suit :

« *Dérivé de la toxine diphtérique, possédant toute la valeur floculante de la toxine d'où il est issu, qui se montre d'une parfaite innocuité vis-à-vis de l'animal d'expériences et qui enfin est capable d'engendrer et l'immunité et la production d'antitoxine spécifique.* » (Ramon).

C'est à ce produit que son auteur a donné le nom d'*anatoxine*.

Des études plus récentes du même auteur ont montré la portée générale du procédé qui permet de préparer les anatoxines d'autres germes infectieux.

Il est d'autres procédés pour transformer la toxine diphtérique en anatoxine. Pratiquement, on utilise l'action conjuguée sur une toxine choisie pour son

(1) Nous sommes heureux de remercier ici M. le docteur L. Martin, médecin de l'hôpital Pasteur, de la documentation qu'il a bien voulu nous communiquer.

(2) Cf. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1928.

(3) Ce mélange, étant à base de sérum antidiphtérique, prédispose naturellement à des accidents sériques ultérieurs.

activité, de la chaleur longtemps prolongée (un mois à 38-40 degrés) et du formol. Pour un même chauffage, on ajoute à la toxine une quantité de formol commercial à 40 p. 100 qui varie avec le bouillon à traiter et avec le pH de la toxine.

Propriétés de l'anatoxine. — Comme nous l'avons vu, les propriétés cardinales de l'anatoxine sont son innocuité, la conservation de son pouvoir floculant, de sa valeur antigène et de son pouvoir immunisant. L'innocuité se vérifie par inoculation au cobaye, animal de choix qui doit résister à des doses massives de la préparation (5 centimètres cubes). L'innocuité existe aussi pour les autres animaux de laboratoire.

La valeur antigène est mesurée par la réaction de floculation qui ne doit pas différer sensiblement de celle qu'on obtient avec la toxine originelle. La floculation se produit seulement plus lentement qu'avec cette dernière. On n'admet à l'emploi médical qu'une anatoxine produisant la floculation en un temps qui ne doit pas atteindre le double du temps nécessaire à la floculation par la toxine.

L'expérimentation sur l'animal a montré, en effet, que le pouvoir floculant in vitro est un exact reflet de la valeur antigène et du pouvoir immunisant de l'anatoxine.

L'anatoxine résiste à la chaleur mieux que la toxine même; alors qu'un chauffage de onze heures à 65-70 degrés suffit à dépouiller celle-ci de la plus grande partie de sa toxicité et de son pouvoir immunisant, ce même traitement ne modifie pas l'anatoxine. Rien ne s'oppose donc à la tyndallisation. Ce n'est que vers 72-75 degrés qu'elle paraît s'altérer.

Le séjour prolongé à la glacière est de même sans influence.

L'anatoxine est irréversible; aucun procédé physique, chimique ou biologique a réussi, en effet, à lui rendre la toxicité du produit d'origine.

***

Malgré son intérêt, nous ne ferons que mentionner ici l'un des usages de l'anatoxine, qui dépasse les limite de cet exposé.

Grâce à son innocuité, l'anatoxine peut être employée à préparer des chevaux donneurs de sérum antidiphtérique. C'est là un notable progrès puisque la période de préparation peut être abaissée à trente-cinq jours (au lieu de trois mois).

L'animal paraît de plus ne souffrir en aucune façon des injections qu'il reçoit, alors que l'ancien procédé à la toxine, qui pouvait parfois tuer l'animal, atteignait gravement sa santé génerale et abrégeait son existence. Les études faites ont montré qu'en quantité et en qualité, les sérums nouveaux étaient au moins égaux aux anciens.

Le seul emploi qui nous occupe ici est la vaccination préventive de l'homme.

Indications. Contre-indications. — L'étude clinique et épidémiologique, poursuivie sur une échelle croissante, depuis 1922, a montré que l'anatoxine est habituellement inoffensive; encore faut-il l'employer dans certaines conditions.

On peut considérer que pour certains sujets, l'*indication est générale.*

1° Ce sont d'abord *les enfants à partir d'un an.* A ce moment l'état réfractaire habituel chez le nourrisson a disparu; l'immunité acquise est quasi-nulle, la réceptivité est à son maximum. Avant un an, la vaccination est habituellement moins efficace (1).

La connaissance que nous avons de l'anatoxine permet de penser que l'habitude de vacciner le jeune enfant aurait tout avantage à se généraliser ainsi qu'il en a été pour la vaccination jennérienne.

De un à trois ans, les réactions au vaccin sont habituellement nulles; à partir de trois ans, elles sont faibles et rares; *l'âge optimum de la vaccination est de un à huit ans.*

Pour *une autre catégorie de sujets l'indication est relative.* A partir de huit ans, l'immunité spontanée est de plus en plus fréquente et efficace. D'autre part, les réactions vont croissant de fréquence et d'acuité; on peut cependant avoir avantage à procéder à des vaccinations lorsque la vie en commun (école, collège, caserne), accroît le risque de contation temporaire ou habituel.

De même pour *certaines catégories professionnelles*, médecins, étudiants, infirmiers.

Dans tous ces cas on devra, en principe, réserver la vaccination aux sujets réceptifs. Ceux-ci peuvent être rapidement reconnus grâce à l'intradermoréaction à la toxine diphtérique connue sous le nom de *Réaction de Schick*; seront vaccinés les sujets à Schick positif, exclus les sujets à Schick négatif, réfractaires.

Indications tenant au milieu. — L'indication de la vaccination est naturellement d'autant plus impérieuse qu'on se trouve en temps d'épidémie ou en milieu habituellement infecté; elle pourra comporter la vaccination sans délai.

En milieu sain, au contraire, on a naturellement le choix du moment.

Dans les collectivités hospitalières (préventorium, sanatorium) il y a également indication relative proportionnée au risque d'épidémie et à l'état des malades. Il n'y a pas contre-indication absolue.

La réaction de Schick est particulièrement précieuse ici puisqu'elle permet de n'étendre la vaccination qu'à l'effectif strictement nécessaire.

Contre-indications. — Elles sont peu nombreuses.

En premier lieu les *sujets fébricitants ou porteurs d'une affection aiguë.* La vaccination ne devra être entreprise qu'un certain temps après la fin de la convalescence.

En second lieu les sujets *porteurs d'une tare organique* : tuberculose en évolution, albuminurie, cardiopathie. Ce sont là des contre-indications définitives.

---

(1) On sait en effet combien l'organisme du nourrisson est rebelle à toute immunisation.

Il existe enfin *une contre-indication temporaire : aucun sujet convalescent de diphtérie ne devra être vacciné moins de trois mois après sa convalescence.*

A noter que la grossesse n'est pas en elle-même une contre-indication; mais il n'est pas sûr qu'il y ait transmission de l'immunité au fœtus.

Technique de la vaccination. — On emploie l'anatoxine pour vaccination humaine de l'Institut Pasteur; c'est un liquide artificiellement teinté en vert pour en faciliter la reconnaissance, dont la valeur antigène intrinsèque est au moins égale à 8 unités antitoxiques au centimètre cube, valeur qui dépasse le minimum indispensable pour l'obtention d'une immunité certaine. L'anatoxine est présentée selon les besoins en doses individuelles (ampoules de 1 centimètre cube et demi) ou doses collectives (10 centimètres cubes).

L'injection se fait sous-cutanée dans toutes les régions permettant les injections; par commodité, au cas surtout de réaction locale, on les fait habituellement dans *le tissu cellulaire de la fosse sus ou sous-épineuse.* On doit chez le jeune enfant éviter la vaccination à la cuisse qui fréquemment souillée peut être le point de départ d'infections locales ennuyeuses.

Doses. — Elles sont les mêmes quel que soit l'âge. *Première injection : un demi-centimètre cube. Deuxième injection après trois semaines d'intervalle : 1 centimètre cube. Troisième injection après deux semaines d'intervalle : 1 centimètre cube et demi.*

Ce sont les délais optimum qui ne sauraient sans inconvénient être abrégés; il y a moins d'inconvénients à les allonger si l'on ne peut faire autrement.

La voie digestive chez l'homme tout au moins est absolument inefficace. Zoeller et Lesné ont observé, en revanche, que la vaccination peut être réalisée *par voie nasale*; voie plus rarement employée.

Les réactions. — On peut schématiquement les considérer comme nulles ou faibles avant huit ans; habituellement faibles mais non exceptionnelles entre huit et seize ans; fréquentes, au contraire, chez l'adulte, avec prédilection pour les porteurs de pseudo-réactions.

Après la première injection les réactions sont peu fréquentes; c'est après la troisième injection qu'elles sont le plus rares et après la deuxième qu'elles sont le plus fréquentes et le plus marquées.

Réactions locales. — Il y a souvent un peu de douleur locale; tantôt la réaction est légère ne se traduisant que par un peu de rougeur avec empâtement œdémateux *in situ* qui disparaît en deux à trois jours; tantôt c'est un placard érythémateux sur base indurée. Les sujets qui présentent une fausse réaction de Schick ont de façon habituelle des symptômes locaux plus marqués : on voit alors un placard œdémateux large comme la main, chaud et douloureux; le centre en est violacé et s'entoure d'une rougeur diffuse qui s'étend bien au delà des limites de l'œdème. Il subsiste un noyau d'induration recouvert d'une zone pigmentée; il est fréquent de constater des adénopathies, sans durée d'ailleurs.

Réactions générales. — On peut constater un peu de fatigue générale. Le plus souvent la température ne dépasse ni même n'atteint 38 degrés; les réactions à la deuxième injection étant habituellement plus prononcées. La température ne reste supérieure à la normale que quarante-huit heures environ avec des maxima vers la trentième et la soixantième heures de l'injection, le dernier déjà placé sur la période de défervescence.

Il est rare que la température atteigne ou dépasse 39 degrés. Il en est autrement chez les porteurs de pseudo-réactions; la réaction thermique est chez eux plus prolongée (quatre jours environ) et plus intense (39 degrés ou même 40 degrés sont habituellement atteints.) Il peut en être de même chez des convalescents de diphtérie. La réaction générale est très marquée, il peut même se produire localement un véritable phénomène d'Arthus.

Les accidents. — Ils sont exceptionnels ce qui est assez compréhensible étant données les précautions prises pour préparer l'anatoxine et l'innocuité expérimentale étant l'un des caractères spécialement recherchés.

Le terrain décèle cependant son influence; on la trouve très nette dans les accidents décrits chez un convalescent de grippe qui fit après vaccination une violente réaction locale avec pachydermite, myalgie, rougeur et température à 40 degrés; chez un sujet en puissance de rougeole qui eut de la céphalée, des vomissements et de la fièvre avec un catarrhe oculo-nasal particulièrement intense.

D'autres fois on a noté de la céphalée, des vomissements, de la diarrhée, un œdème généralisé; on a noté aussi des éruptions : urticaire, érythème scarlatiniforme. Tous ces accidents disparaissent en quelques jours sans laisser de traces.

On a enfin signalé quelques rares cas d'hématurie d'une durée de dix-huit à vingt-heures, souvent par fragilité rénale préexistante.

Plus impressionnants sont trois cas de paralysie complète des membres inférieurs avec forte fièvre et dans un cas crise convulsive préliminaire. Dans tous ces cas d'ailleurs la guérison a été spontanée rapide et complète. L'origine anatoxique de ces accidents est d'ailleurs sujette à caution.

Si inoffensive qu'elle soit, la vaccination ne dispense donc pas, surtout chez les adolescents ou les grands enfants d'un examen ou d'une enquête préalables. Il n'en reste pas moins que malgré son activité l'anatoxine est remarquablement inoffensive puisqu'aucun accident grave n'est connu sur près de 1.000.000 d'injections pratiquées en France (septembre 1928).

Résultats (1). — On a établi les statistiques après avoir recherché systématiquement l'état du Schick

(1) Cf. L. Martin, G. Loiseau et A. Laffaille. L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine chez l'homme. Applications à la prophylaxie de la diphtérie (déc. 1923-mai 1928), *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1928.

dans des collectivités (écoles, casernes, établissements hospitaliers) avant, pendant et après vaccination, depuis les quatre années que l'anatoxine a été mise dans la pratique.

Dans quelques cas on a de plus fait le dosage de l'antitoxine dans le sérum des sujets vaccinés.

Les résultats de l'enquête épidémiologique corroborent les résultats sérologiques.

L'examen en série, a montré, tant en milieu sain qu'en milieu contaminé que le taux des sujets immunisés *après trois injections* est au minimum de *97 p. 100* sauf exceptions que nous envisagerons ci-après. L'immunité paraît acquise en cinq à huit semaines. Le Schick recherché après la première injection montre en effet 36 p. 100 environ d'immunisés, et 88 à 90 p. 100 après la deuxième.

La durée de cette immunité semble être longue le plus souvent puisqu'on a pu la constater sérologiquement *quatre ans après la vaccination*; l'avenir seul pourra nous instruire. Mais il est nécessaire pour obtenir cet effet que les trois injections aient été reçues.

L'immunité varie dans son intensité; dans les mois qui suivent la vaccination elle diminue graduellement et atteint assez vite une valeur minimum fixe qui dépasse encore de beaucoup le minimum nécessaire à maintenir un Schick négatif, témoin de l'état réfractaire.

Il est de plus important de savoir que l'immunité ainsi acquise — comme celle de toutes les anatoxines du reste — peut se renforcer très rapidement et très puissamment sous deux influences : nouvelle injection d'anatoxine et surtout infection occulte par le bacille de Loeffler. Les conséquences pratiques de ce fait sont d'une importance évidente.

C'est là ce que Ramon et Zoeller ont appelé la « *réactivité acquise* » dont l'apparition est très rapide.

Causes de variation. — Nous n'envisagerons ici que *les causes d'amoindrissement* de la puissance protectrice du vaccin, d'ailleurs peu nombreuses et de puissance restreinte.

1° *Raccourcissement des périodes intercalaires aux injections.* — La durée que nous avons mentionnée plus haut est un minimum; la raccourcir diminue la puissance du vaccin : on a constaté que le fait de pratiquer les trois injections en vingt et un jours fait tomber *à 89 p. 100* le taux des Schick négatifs après la troisième injection. (L. Martin, Loiseau, Laffaille).

2° *Interférence de la sérothérapie préventive.* — Pratiquée concurremment avec la vaccination, elle fait tomber le taux des vaccinés à 85-92 p. 100. L'immunisation simultanément passive et active doit donc rester exceptionnelle et réservée à la décision médicale; l'anatoxine agit en effet assez vite pour influencer même des épidémies en cours. En tous cas l'antitoxine purifiée (1.000 unités) ne sera injectée que quelques minutes *après* le vaccin.

Il faut reconnaître, enfin, qu'en dépit de tous les efforts, et pour des raisons obscures, 1 à 3 p. 100 des sujets demeurent réceptifs. Mozer (de Berck) a montré qu'une quatrième injection d'anatoxine triomphait de cette résistance et a pu obtenir de la sorte 100 p. 100 d'immunisés (1).

3° Quelques collectivités n'ont donné que 91 p. 100 d'immunisés. Mais ce sont toujours des établissements hospitaliers et il est légitime d'attribuer cette défaillance relative à l'*incapacité réactionnelle d'organismes débilités par une affection aiguë ou chronique récemment guérie ou même encore en évolution.*

Vaccinés et diphtérie. — Comme nous l'avons vu, clinique et laboratoire sont d'accord. Très peu de temps après la vaccination et parfois pendant même celle-ci l'état réfractaire apparaît et le séjour en milieu infecté et de virulence prouvée par des cas nouveaux devient sans danger. Le vaccin a donc une grande valeur pour la protection collective.

Parfois cependant on observe la diphtérie chez les vaccinés. Certains auteurs ont parlé de phase négative. Aucune preuve n'en a été fournie et Zoeller et Martin en nient absolument l'existence.

Dans bien des cas la vaccination est en cours et l'infection a précédé l'établissement d'une immunité suffisante. Chez certains débilités on a vu, en effet, que celle-ci n'était complète qu'après plusieurs mois.

Plus rarement, il s'agit d'angines pultacées ou phlegmoneuses coïncidant avec la présence de bacilles de Loeffler dans la gorge; presque toujours ce n'est en réalité qu'une angine banale chez un porteur de germes. La vaccination supprime toutes les conséquences toxiques qui sont l'effet important de la présence du microbe et l'élément grave ; l'infection n'est pas supprimée mais devient inoffensive.

Il y a enfin quelques cas dûment constatés, d'ailleurs rares, d'angine pseudo-membraneuse typique à bacille spécifique chez des vaccinés. Jusqu'ici, du reste, ces cas ont été bénins. Il n'en reste pas moins qu'en dépit de toute vaccination la clinique reprend ici ses droits. Et avec elle la sérothérapie qu'on devra pratiquer sans attente ni hésitation. Au cas de vaccination non faite, ou faite chez un des rares sujets réfractaires, l'abstention du médecin serait ici homicide. Chez les vaccinés la sérothérapie a la partie belle, du reste.

Il n'y a naturellement pas de sensibilité à redouter du fait de l'anatoxine puisqu'elle ne contient pas de sérum animal.

Les vaccinations associées. — Ce sont des faits récents et du plus haut intérêt. Les recherches destinées à favoriser l'éclosion de l'immunité chez les sujets réfractaires ou à l'accélérer chez les autres ont amené Ramon et Zoeller, L. Martin, Loiseau et Laffaille à employer des substances étrangères administrées en même temps que l'anatoxine. Ce furent des substances inertes (tapioca); puis on constata que des produits d'origine microbienne, tels que certains vaccins (propidon) agissaient de façon comparable.

Dans la pratique humaine des essais furent tentés avec des *vaccins typhiques type T A B.*

---

(1) *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1928.

Ces recherches ont montré que, loin de le contrarier, l'adjonction de T A B ne faisait que *favoriser l'effet de l'anatoxine.*

Réactions locales et générales sont surtout nettes aux deux premières injections : douleur locale avec œdème parfois étendu et rougeur, gêne fonctionnelle ; céphalée, état nauséeux, fièvre. Mais tous ces phénomènes sont passagers (soixante-douze heures au maximum) et ne semblent pas dépasser ni même atteindre l'intensité de ceux que provoque le T A B seul.

On a parfois noté une sensibilité douloureuse durant plusieurs jours à l'emplacement chez les Schick positifs. Il n'en subsiste rien de définitif.

Ce qui est remarquable c'est *qu'après les trois injections* on a pu constater *100 p. 100 d'immunisés.* La conjonction de ces deux vaccinations aurait donc un effet renforçateur en ce qui concerne la diphtérie.

La technique est la même et les délais sont les mêmes qu'avec l'anatoxine seule. Il suffit *aux deux premières injections* d'anatoxine d'ajouter *dans la même seringue 1 centimètre cube de vaccin T A B pour l'adulte*; pour l'enfant une dose de T A B en rapport avec son âge.

Il semble qu'on puisse également et avec le même succès pratiquer une double vaccination antidiphtérique et antitétanique par anatoxines associées; il est donc permis de penser désormais que le problème de l'abaissement de la morbidité diphtérique, sur lequel la sérothérapie avait eu moins de prise, est résolu ou proche de l'être.

Dès maintenant on ne peut que se féliciter de ce que contre une maladie redoutable on dispose d'une arme à la fois inoffensive et puissante; se féliciter aussi de ce que la technique nouvelle ne soit que l'emploi particulier d'un principe dont les applications semblent pouvoir s'étendre à d'autres infections redoutables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1929)

Remarques sur la posologie de l'acétylcholine. — MM. Maurice VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON insistent sur l'absence d'accoutumance et la remarquable tolérance au médicament même pour des doses fortes et des injections longtemps répétées.

Ils insistent en plus sur la nécessité d'une posologie rigoureuse suivant les indications cliniques. Ils précisent les doses et la durée des injections dans les artérites, le syndrome de Raynaud, le ramollissement cérébral, les spasmes de l'artère rétinienne, l'hypertension artérielle, les sclérodermies, les sueurs des tuberculeux et les coliques de plomb.

Cysto-adénome de la tête du pancréas. — MM. Noël FIESSINGER et Roger CATTAN rapportent l'histoire d'un cysto-adénome de la tête du pancréas. Celle-ci se fit en cinq années et traversa des étapes cliniques bien distinctes.

A l'autopsie, on découvre un cysto-adénome de la tête du pancréas du volume d'une tête de nouveau-né formé de productions kystiques alvéolaires contenant un liquide clair, limitées par un épithélium cubique posé sur des fibres de collagène. Le foie est frappé de cirrhose insulaire et annulaire sans aucune caractéristique anatomique de cirrhose biliaire.

Le pied tabétique trophique pseudo-syringomyélique. — MM. ALAJOUANINE et BASCOURET présentent les observations de deux malades tabétiques frustes qui présentent un ensemble symptomatique d'ordre presque exclusivement trophique localisé au niveau des pieds. Dactylomégalie du gros orteil avec maux perforants plantaires multiples, chute spontanée des ongles, arthropathies phalangiennes, le tout accompagné de troubles vaso-moteurs intenses et de sudation spontanée. La sensibilité est troublée, surtout suivant le mode thermique.

Syndrome adiposo-génital familial. Action thérapeutique de la vaccination antityphique. — MM. J. TROISIER et M. MONNEROT-DUMAINE ont observé dans une famille six sujets du sexe féminin atteints de syndrome adiposo-génital. Ils insistent enfin sur l'influence remarquable de la vaccination antitypho-paratyphique qui provoqua chez une femme une réaction fébrile de trois semaines environ, suivie d'une réapparition régulière des hémorragies cataméniales et d'une régression du tiers du poids corporel (de 127 kilogrammes à 83kg500 en l'espace de dix mois).

Pancréatite hémorragique. Infarctus mésentérique et myocardite chez un éthylique. — M. MONDON (de Cherbourg).

Un cas de périnéphrite tuberculeuse de Loeper. — M. Paul CHEVALIER.

Grippes toxi-infectieuses avec accès pseudo-palustres ou accès fébrile simple, sans retentissement sur une tuberculose pulmonaire antérieurement guérie, ou suivie de complications pulmonaires (congestion simple, splénisation, broncho-pneumonie avec abcès). — MM. G. CAUSSADE, VULLIET, MOURLON et A. MEDIONI. Des dix observations recueillies par les auteurs, pendant la dernière épidémie de grippe, il résulte : 1° que la grippe peut évoluer sous la forme d'un unique accès ; 2° que sous une forme atténuée, l'accès fébrile peut ne s'accompagner d'aucune manifestation pulmonaire; 3° que les congestions pulmonaires banales et légères chez le vieillard ne sont pas graves en elles-mêmes, mais réellement par la toxi-infection; 4° que le système cardio-vasculaire et le rein sont respectés; 5° que les complications pulmonaires, quoique simulant parfois la pneumonie, s'en distinguent par l'évolution dont la terminaison s'effectue en un lysis très prolongé; 6° qu'il y a des lésions pulmonaires beaucoup plus graves caractérisées par des abcès pulmonaires dont la résolution exige un temps très long.

Les agents infectieux recherchés dans les crachats de deux complications pulmonaires graves ont été le plus souvent des associations microbiennes : pneumocoques, bacilles de Friedlander, staphylocoques, streptocoques et micro-cocci-catarrhalis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1929)

Bactériophages. — A propos de la discussion de la séance précédente, M. SAUVÉ insiste sur l'utilité de ne pas utiliser si possible de stocks de bactériophages et de vérifier leur stérilité.

Traitement des tumeurs osseuses par la résection. — A propos des dernières communications de M. Juvara, M. CUNÉO fait remarquer qu'il faut bien préciser si la tumeur est bénigne ou maligne avant de décider une résection. Or, la malignité d'une tumeur est souvent difficile à préciser; l'existence de quelques myéloplaxes n'est pas un indice de béni-

gnité; certains chondromes sont difficiles à situer dans l'échelle de gravité des tumeurs.

L'intérêt principal du procédé de Juvara vient du fait qu'il rétablit la continuité osseuse par greffe autogène, infiniment préférable à une greffe homo ou hétérogène. L'inconvénient du procédé est la suppression du jeu d'une articulation. M. Cunéo se demande d'ailleurs si la résection sagittale ne serait pas plus facile à exécuter que la section frontale de Juvara.

Luxation du genou suivant l'axe vertical du membre. — M. Mouchet rapporte cette observation de M. Guillemin (de Nancy). Il s'agit d'un cultivateur vigoureux qui, lors d'une chute, a eu la cuisse coincée dans une ornière tandis que sa herse déterminait la rotation du segment jambier en dehors. Trois mois après la réduction sous anesthésie générale le sujet marchait correctement.

M. Robineau insiste sur la rareté des luxations du genou dont il a observé un cas rare pendant la guerre où la jambe paraissait en rectitude. Une luxation de la hanche coexistait avec la luxation du genou par rotation en dedans. Après réduction de la luxation de la hanche et arthrodèse du genou il obtint un bon résultat.

Volvulus de l'intestin grêle par paquet d'ascaris. — M. Roux-Berger rapporte cette observation de M. Hartglass (de Dourdan). A l'ouverture de l'abdomen pour occlusion aiguë chez un garçon de quatorze ans on constate un volvulus d'une anse grêle tordue de 180 degrés sous le poids d'un paquet d'ascaris. La question difficile était de savoir comment éviter la récidive de ce volvulus. M. Hartglass a exécuté une pexie de l'anse grêle sur toute la longueur de l'incision abdominale. Guérison après évacuation des ascaris. M. Roux-Berger ne pense pas qu'on puisse assimiler une telle pexie avec celle qu'on exécuterait après détorsion d'un volvulus du côlon pelvien puisque cette dernière est inutile et n'empêche pas le volvulus de se reproduire.

M. Thierry a constaté des syndromes abdominaux causés par des ascaris.

Fibrome pré-péritonéal. — M. Roux-Berger fait un rapport sur cette observation rare de M. de La Marnierre (de Brest). L'extirpation fut pénible car le fibrome était situé entre séreuse et paroi abdominale.

Tumeur à myéloplaxe de la synoviale du genou. — M. Lecène rapporte une observation de MM. Négrier et Canton (marine). Cette tumeur à myéloplaxe réalisait un syndrome de corps étranger articulaire. Elle fut enlevée par arthrotomie et formait une voussure en galet adhérente à la synoviale.

Une telle lésion constitue un fait rare. Ces tumeurs sont tantôt pédiculées, tantôt diffuses. L'origine traumatique est ici nette. La présence presque constante de pigments sanguins près des grands plasmodes multinucléés caractéristiques est en faveur de cette origine traumatique.

Drainage systématique après gastro-pylorectomie. — M. Duval fait un rapport sur ce travail de M. Ortolomei (de Jassy, Roumanie). Ce dernier évite les fistules duodénales par un drainage systématique au drain de caoutchouc. Ces fistules, plus fréquentes dans les cas d'ulcère que dans les résections pour cancer, paraissent dues à la septicité des parois duodénales et aux ligatures vasculaires.

M. Duval pense qu'il est sérieux de pousser, comme M. Ortolomei, la résection jusque sur le deuxième duodénum, et se demande si le traumatisme pancréatique ne joue pas un rôle important dans les accidents qu'on peut observer. Lorsque l'induration duodénale est étendue mieux vaut faire une gastro-entérostomie qu'une résection.

M. Cunéo est également d'avis d'éviter de toucher au deuxième duodénum et au pancréas. La gastrectomie, suivant le procédé de Finsterer, lui a donné de bons résultats dans les ulcères duodénaux.

M. Métivet draine par une mèche.

M. Lenormant fait remarquer que la maladie ulcéreuse des Allemands paraît infiniment plus grave dans ce pays qu'en France. Les Allemands ont tendance à éviter les ulcères peptiques par des résections de plus en plus larges. Cette tendance extensive des résections indique qu'on n'est pas encore arrivé au but proposé.

M. Dujarier ne draine pas après pylorectomie.

M. Roux-Berger remarque que la gastrectomie n'est pas une opération sans mortalité, et insiste sur la nécessité des autopsies pour déterminer si le bout duodénal est bien la cause de cette mort.

M. de Martel a constaté dans ses cas de morts une désunion des sutures du bout duodénal, l'existence de petits abcès à ce niveau, et préconise une technique par retournement pour fermer ce segment duodénal.

M. Gosset met un petit drain.

M. Bréchot fait comme M. Gosset.

M. Duval conclut que dans les cas où il n'est pas satisfait, l'opérateur pourra placer un drain ou une mèche.

Résultats éloignés d'un cas de splénectomie pour purpura hémorragique. — M. Duval présente cette observation. Quatre ans après la splénectomie la malade est en parfait état, malgré un long temps de saignement persistant.

M. Brocq a obtenu un bon résultat, mais qu'il ne suit que depuis deux ans.

Enchevillement des tumeurs blanches du genou chez l'adulte. — M. Lance présente six observations, avec radiographies à l'appui, comme démonstration de cette nouvelle opération. Il s'agit d'un enchevillement transarticulaire sans ouverture de l'articulation. M. Lance a pratiqué cet enchevillement isolé et non comme complément d'une arthrodèse du genou. C'est là l'originalité de la méthode. Ses avantages sont en particulier : la disparition instantanée de la douleur, la diminution rapide des masses fongueuses, la reconstitution rapide des travées osseuses.

Il faut limiter ces interventions exclusivement à l'adulte, chez des sujets en fin de traitement et en particulier aux cas présentant des rechutes nombreuses qui interrompent l'activité du sujet. Cette méthode paraît en effet une ankylose progressive qui peut se faire malgré la reprise rapide des occupations du malade.

Luxation du genou en avant. — M. Robineau en présente un cas avec résultat parfait.

Ostéochondromatose du coude. — M. Mauclaire en présente des radiographies.

Un cas d'anévrisme cirsoïde avec allongement et épaississement du premier métacarpien. — Radiographie présentée par M. Mauclaire.

Luxation du carpe en dehors et en avant. — M. Mocquot présente les radiographies d'un cas où il a obtenu facilement la réduction.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1929)

Études sur la vaccination tissulaire dans la syphilis expérimentale. — MM. C. Levaditi et P. Lépine se sont proposé de créer, chez le lapin, un état réfractaire, sinon général, du moins local, en injectant des tréponèmes morts dans le scrotum et le testicule, tissus éminemment favorables

à la culture du virus syphilitique *in vivo*. Ils ont constaté que :

1. L'injection intrascrotale ou intratesticulaire de tréponèmes ayant perdu leur vitalité par le chauffage préalable à 55 degrés, ne réalise ni état réfractaire local, ni floculabilité positive du sérum sanguin;

2. L'inoculation intraveineuse de spirochètes tués par la chaleur provoque des changements dans la floculabilité sérique, se manifestant par une réaction de Meinicke franchement positive. Une telle réaction n'implique donc pas forcément l'existence d'un état d'infection, ni même d'une immunité, ou d'une prémunition concomitantes. Les anticorps spirochéticides ne sauraient être identifiés aux principes déterminant la floculabilité du sérum sanguin au cours de la syphilis.

L'état du virus de la fièvre récurrente (Spirochaeta Duttoni) dans l'encéphale de la souris. — MM. C. LEVADITI et T. ANDERSON ont montré que le virus de la fièvre récurrente persiste longtemps dans le cerveau de la souris, où il revêt une forme non spirillaire invisible. Ce virus administré par voie sous-cutanée (greffe), ou péritonéale, abandonne promptement le point d'inoculation pour envahir la circulation générale et certains organes (rate). C'est dans le sang même que ce virus se transforme en spirilles, accomplissant ainsi son cycle évolutif entier. Dans l'encéphale, aussi bien que dans l'exsudat péritonéal, le virus neurotrope paraît intimement rattaché aux éléments cellulaires, ainsi qu'il semble résulter des expériences de filtration.

Présence du bactériophage antipesteux à Paris. — MM. HAUDUROY et GALIPPE ont trouvé dans l'organisme de rats capturés dans les égouts, à Paris, un bactériophage actif contre le bacille pesteux.

Sur l'atténuation de la toxicité de l'adrénaline par la substance hypotensive du pancréas. — MM. VAQUEZ, Pierre GLEY et KISTHÉMOS montrent que la substance hypotensive du pancréas — distincte de l'insuline — diminue la toxicité de l'adrénaline injectée au lapin par dose intraveineuse, et paraît protéger l'animal contre l'œdème aigu du poumon adrénalinique.

Influence de l'ablation des thyroïdes et parathyroïdes sur l'excitabilité du nerf grand splanchnique chez le chien. — M. et Mme A. CHAUCHARD et E. CZARNECKI, chez le chien privé de thyroïde et de parathyroïde, constatent — au moment où l'animal présente des troubles généraux assez marqués — des modifications de l'excitabilité du système itératif vaso-constricteur qui se manifestent par un redressement de la courbe des voltages et une augmentation du temps de sommation. La chronaxie reste normale. Par conséquent les modifications portent non sur les filets nerveux au grand splanchnique mais sur l'élément *innervé* dont la constante de temps a augmenté de valeur.

Toxicité comparée de l'ouabaïne cristallisée et de la g-strophantine par la méthode de Statcher-Magnus chez le chien. — M. CAHEN (présenté par M. TIFFENEAU). La dose mesurée d'ouabaïne provoquant l'arrêt du cœur chez le chien par perfusion intraveineuse continue est pour l'ouabaïne cristallisée à $9H^2O$ de 0gr1738 par kilog d'animal. L'identité de l'ouabaïne cristallisée et de la g-strophantine de Thoms est confirmée par la détermination de leur toxicité qui est identique.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1929)

Présentation. — M. CARVALHO présente l'observation d'une femme de soixante-cinq ans qui toléra pendant vingt ans une racine fracturée dans la mâchoire.

M. DUFOUGÈRE présente deux lampes à rayons ultra-violets l'une modification de la lampe de Cromayer est une lampe à vapeur de mercure très mobile et facile à employer; l'autre, une lampe à arc portative qui peut être maniée et portée à la main. Les deux lampes sont munis d'embouts en quartz qui permettent de centrer le rayonnement. La première lampe est à petite longueur d'ondes, la deuxième à grande longueur d'ondes.

Trois cas de lithiase sous-maxillaire. — MM. COUSTAING, DECHEAUME et DUBAS présentent trois observations qui leur permettent de conclure que l'âge n'intervient pas dans l'étiologie de la lithiase salivaire, que l'immobilité de la langue est un symptôme précoce de la lithiase salivaire. Ils pensent que la lithiase doit être rattachée aux maladies de la nutrition. Dans la lithiase de la glande, lorsque l'extirpation est décidée il faut faire en même temps l'exérèse du canal de Warton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Le *Journal officiel* du 2 mai publie le règlement de l'Institut régional d'éducation physique de l'Université de Toulouse :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé à l'Université de Toulouse un « Institut d'éducation physique » relevant, au point de vue scientifique, de la Faculté de médecine et de pharmacie, conformément à l'article 3 du décret du 31 juillet 1920.

ART. 2. — Le but de cet Institut est de constituer :

a. Un centre de spécialisation pour les étudiants en médecine, et de préparation pour les candidats aux certificats d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique;

b. Un centre de recherches scientifiques et d'études appliquées aux méthodes pédagogiques et à leur adaptation aux différents milieux et professions.

ART. 3. — Le siège de l'Institut d'éducation physique est à la Faculté de médecine de Toulouse.

ART. 4. — L'Institut d'éducation physique est dirigé, sous l'autorité et le contrôle d'un conseil d'administration, par un professeur ou un agrégé de la Faculté de médecine qui a le titre de directeur de l'Institut. Le directeur de l'Institut est nommé pour trois ans par le recteur.

Il est choisi sur une liste de deux noms au moins présentée par le Conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie.

ART. 5. — Le Conseil d'administration se compose :

Du recteur de l'Académie, président.

Du doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie, vice-président, ou de l'assesseur.

De quatorze membres nommés par le recteur sur la présentation des corps auxquels ils appartiennent, et qui sont ainsi répartis :

Le directeur de l'Institut régional d'éducation physique, sept autres professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine, dont :

Un professeur ou agrégé d'anatomie.

Un professeur ou agrégé de physiologie.

Un professeur ou un agrégé d'hygiène feront obligatoirement partie du Conseil d'administration.

Un conseiller général de la Haute-Garonne.

Un conseiller municipal de Toulouse.

Un inspecteur d'Académie.

Un officier du service de l'éducation physique.

Deux représentants de sociétés sportives.

Le directeur de l'Institut et tous les membres du Conseil d'administration sont désignés pour trois ans. Leurs pouvoirs peuvent être renouvelés.

ART. 6. — Le Conseil d'administration surveille et contrôle le fonctionnement de l'Institut. Il arrête, après approbation du recteur, le règlement intérieur de l'Institut et les programmes détaillés des enseignements.

Il est chargé de la gestion financière de l'Institut; en parti-

culier, il établit les propositions relatives à la rétribution du directeur, des professeurs, conférenciers et démonstrateurs.

D'une manière générale, il délibère sur toutes les questions qui se rattachent à l'Institut.

ART. 7. — Le personnel comprend :

1° Un directeur désigné dans les conditions de l'article 4 ;

2° Des professeurs des cours théoriques et techniques, des conférenciers, des démonstrateurs choisis parmi le personnel enseignant de l'Université ou parmi des personnes dont la compétence aura été reconnue par le Conseil d'administration sur proposition du directeur.

Tous les membres du corps enseignant de l'Institut d'éducation physique visés à l'alinéa 2° ci-dessus devront être agréés par le Conseil d'administration sur proposition du directeur.

ART. 8. — Les cours et conférences théoriques et techniques et les exercices pratiques se répartissent en trois sections :

1° Enseignement réservé aux médecins et aux étudiants en médecine qui voudraient se perfectionner dans les questions d'éducation physique ;

2° Enseignement destiné aux candidats au certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (degrés élémentaire et supérieur) ;

3° Enseignement de perfectionnement destiné aux professeurs d'éducation physique et membres de l'enseignement public ou privé ainsi qu'aux étudiants de l'enseignement public ou privé autres que les étudiants en médecine.

ART. 9. — Les cours et conférences et exercices pratiques seront ouverts aux élèves de chaque section qui rempliront les conditions de scolarité exigées.

Ces conditions de scolarité et le programme des diplômes qui pourront être conférés par l'Institut régional d'éducation physique seront fixés par un règlement établi par la Faculté de médecine et de pharmacie et soumis, pour approbation, au Conseil de l'Université et au ministre.

Les droits d'études et d'examens sont fixés par le Conseil de la Faculté et le Conseil de l'Université, sur la proposition du Conseil d'administration et soumis à l'approbation du ministre.

ART. 10. — Les ressources de l'Institut consistent dans :

1° Le produit des droits d'études et d'examens;

2° Les subventions de l'Etat;

3° Les dons, subventions et produits divers qui seront versés à l'Université de Toulouse avec affectation à l'Institut d'éducation physique;

4° Les fonds propres à l'Université affectés à l'Institut.

Ces ressources constituent un fonds spécial dont la gestion appartient au Conseil d'administration sous le contrôle du Conseil de l'Université.

ART. 11. — L'agent comptable de l'Université est tenu de recevoir et de payer, sur mandats ordonnancés par le recteur, toutes les sommes dues ou revenant à l'Institut, à quelque titre que ce soit. Il se conforme, pour l'exécution de ce mandat, aux règlements en vigueur à l'Université.

ART. 12. — L'Institut d'éducation physique a un budget spécial incorporé au budget de l'Université. Ce budget, préparé par le Conseil d'administration, est voté par le Conseil de l'Université.

ART. 13. — Des arrêtés pris par le recteur, sur le rapport du Conseil d'administration, déterminent les dispositions nécessaires à l'exécution du présent règlement.



R. C., 127.006, Seine.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale.

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

Formes : ÉLIXIR GRANULÉ

Doses { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures } par jour { Enfants : 1/2 dose

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique. { pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :

PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :

BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue

Neutralisation des Toxines

Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. { Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit AUBRIOT 56, Boulevard Ornano — PARIS

R. C. Seine, 20.019

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNES DIABÉTIQUES [1]

IV. Il faut chercher à déterminer quelle part peut revenir dans ces troubles circulatoires au spasme surajouté : on pratiquera l'épreuve du bain chaud (Babinski-Heitz) en reprenant la courbe oscillométrique après avoir laissé les jambes dix minutes dans l'eau à 40 degrés ; l'épreuve est négative dans la règle.

V. Il faut faire un examen complet du malade :

— Rechercher les troubles objectifs de sensibilité cutanée : il existe parfois une diminution de la sensibilité aux trois modes ;

— Examiner les réflexes ;

— Ausculter le cœur et l'aorte.

— L'examen des urines est ici capital : recherche de l'albumine ; recherche du sucre : la glycosurie est manifeste ; ce malade qui est venu consulter pour des signes d'artérite est avant tout un diabétique.

Il faut dresser un bilan complet de ses lésions et orienter ses recherches dans deux directions :

a. Diabète ;

b. Polysclérose, insuffisance rénale.

a. Préciser l'intensité du trouble glyco-régulateur par : le dosage de la glycosurie ; la recherche des corps cétoniques dans les urines ; la glycémie à jeun ; la mesure de la réserve alcaline.

Faire un dosage de la cholestérine dans le sang ; l'hypercholestérinémie n'est pas rare en effet chez les diabétiques, surtout obèses et anciens obèses.

b. Faire un dosage d'urée et une constante d'Ambard.

Rechercher la possibilité d'antécédents spécifiques, faire un Wassermann dans le sang.

On peut demander une radiographie des membres inférieurs et l'on constatera souvent la présence de taches opaques plus ou moins longues sur le trajet des artères, calcifiées parfois au point de trancher sur l'opacité du squelette osseux.

A ce stade l'évolution est variable :

1. Tantôt, sous l'influence du régime et du traitement médical, aucune aggravation ne se produit, les accidents de gangrène n'apparaissent pas ; et même, dans les cas heureux, la circulation se rétablit, le pied se réchauffe, la sensibilité reparaît ; les tissus se recolorent.

2. Tantôt au contraire, malgré le traitement, les troubles s'accentuent : les phénomènes douloureux persistent au repos, s'exagèrent même en position couchée, troublant le sommeil du malade ; c'est « la douleur continue de décubitus » qui annonce l'imminence de la gangrène.

Phase de gangrène. — En un point localisé, le plus souvent sur le gros orteil, parfois sur le petit, au pourtour de l'ongle, apparaît une petite plaque d'abord livide, puis violette ; elle est froide, insensible ; elle s'étend progressivement, atteignant toute la face dorsale de l'orteil ; plusieurs orteils peuvent d'ailleurs être pris simultanément ; puis elle déborde sur l'avant-pied ; la peau prend un aspect parcheminé, devient noirâtre, sèche. Parfois le début s'est fait par une phlyctène péri-unguéale remplie d'un liquide roussâtre.

A cette période les douleurs sont très vives et contrastent de façon étonnante avec l'anesthésie objective observée dans cette zone spontanément douloureuse (phénomène d'anesthésie douloureuse des classiques).

L'évolution est encore variable :

a. La gangrène reste sèche ; le fait est très rare ; l'extension est alors lente, la progression s'arrête, un sillon d'élimination apparaît. C'est là une éventualité exceptionnelle.

b. La gangrène devient humide ; c'est la transformation redoutable qu'il faut toujours craindre, qui est à peu près fatale si l'évolution est abandonnée à elle-même, et qui fait la gravité particulière de la gangrène diabétique.

Le pied devient rouge, chaud, œdémateux. Des plaques violettes apparaissent sur son dos, puis des bulles qui s'ouvrent. Des traînées bleuâtres s'étendent le long de la jambe donnant naissance à de nouvelles bulles formant de nouvelles ulcérations.

L'état général est très touché, la fièvre s'allume, le facies s'altère.

Le processus gangréneux prend un caractère menaçant, rapidement envahissant.

Une amputation très précoce et très haute peut parfois sauver le malade, surtout si l'on a institué un traitement à l'insuline à doses suffisantes. Mais souvent la mort survient en quelques jours : 1. soit très fréquemment dans le coma diabétique, déclanché par cet accident nécrotique ; 2. soit par septicémie gangréneuse et phénomènes toxiques.

— Dans quelques cas cependant l'évolution ne revêt pas une allure aussi foudroyante : sous l'influence du traitement médical et de l'insuline on voit le sphacèle se localiser, se limiter secondairement ; ces formes paraissent justiciables d'interventions limitées et de résections partielles.

On a même pu décrire une forme abortive dans laquelle la gangrène, tout en devenant humide, se cantonne à un ou deux orteils. Sous l'influence du régime amenant la cessation de la glycosurie, et du traitement local, la plaie se cicatrise avec ou sans mutilation.

— Il faut signaler encore les formes bilatérales : on peut voir à l'un des pieds une simple menace de gangrène, tandis qu'à l'autre la nécrose poursuit son évolution ; ou bien la gangrène se produit d'abord à l'un des pieds, et quelques années plus tard frappe l'autre.

II. **Gangrènes humides d'emblée.** — A côté de ces gangrènes des membres, relevant avant tout d'un processus d'artérite oblitérante, se placent les gangrènes humides d'emblée, sans troubles vasculaires ; ce sont des gangrènes par infection, et c'est ici qu'apparaît le plus nettement le rôle de l'hyperglycémie, dévitalisant les tissus et exaltant la virulence des éléments microbiens :

Là où un sujet sain aurait fait un simple abcès, le diabétique fait un phlegmon diffus avec gangrène humide et infection générale par aérobies et anaérobies.

Le point de départ de cette gangrène est toujours une plaie, souvent très minime.

C'est parfois un furoncle, un anthrax ; c'est souvent un traumatisme insignifiant, une piqûre par écharde, parfois au niveau d'un orteil une excoriation par chaussure trop serrée, un corps maladroitement coupé.

— Le pourtour de cette petite plaie devient rouge, se tuméfie ; la tuméfaction s'étend ; des placards jaunes ternes apparaissent, puis des phlyctènes remplies de liquide louche ; très rapidement la peau prend une teinte grisâtre, l'œdème remonte sur le pied, la jambe ; une escarre noir-bleuâtre, molle, se détache ; des traînées lymphangitiques envahissent le membre.

— L'état général très rapidement est profondément touché, la température s'élève, largement oscillante, avec grands frissons ; le pouls est rapide, la langue sèche.

La gangrène prend une allure extensive rapide, gagnant en hauteur et en profondeur, et la mort survient, soit par septicémie, soit dans le coma.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 35, p. 666.

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT

LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme

SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.

LE PERDRIEL-PARIS 11 Rue Milton (9e)

C. R., 44.342, Seine.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME



Tout Déprimé, tout Surmené

Tout Cérébral, tout Intellectuel

Tout Convalescent, tout Neurasthénique

est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRÉSYL-JEYES

EXIGER BIEN LE " JEYES

Désinfectant Antiseptique

Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène

Échantillon, Tarif et Références Scientifiques

SOCIÉTÉ FRANÇAISE de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades

DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS

Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher

AUCUNE IRRITATION

PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).



Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES

Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

De Trouette-Perret

l'**Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline**
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C. 54.002 Seine.

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès-Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

BISERMOL VIGIER

Huile à 40 grammes d'Amalgame de bismuth pour 100 cc³, pour injections intra-musculaires

INDOLORE — ACTIVE — RÉSORPTION RAPIDE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Pour éviter les ACCIDENTS BUCCAUX chez les SYPHYLITIQUES *PRESCRIRE LE*

SAVON DENTIFRICE VIGIER

LE MEILLEUR ANTISEPTIQUE

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tixier, Flandin, Bréchot, Chiray, Nobécourt, Stévenin, Brulé, Rivet, Pissavy, qui acceptent; M.-P. Weil, Sézary, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Fredet, Bazy, Mocquot, Duval, Picot, qui acceptent; Mondor, Weill-Hallé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire de chimie minérale et organique de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 7 mai 1929.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie médicale et médecine expérimentale et de clinique médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le lundi 14 octobre 1929, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— RENNES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie interne et clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le jeudi 17 octobre 1929 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'élection du président de l'Association générale des médecins de France vient d'avoir lieu au siège des 94 sociétés départementales agrégées.

Le docteur Bellencontre, président sortant, a été réélu pour la troisième fois.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES AVEC L'ÉTRANGER (A. D. R. M.). — Au cours de sa dernière séance, le Conseil d'administration de l'A. D. R. M. s'est occupé de dresser le programme du séjour des membres de l'Inter-State post-graduate Assembly of North america qui séjourneront à Paris, du 29 juin au 2 juillet. Le président communique aux membres présents la brochure que vient de faire paraître l'A. D. R. M. avec le concours de la Presse médicale sur l'enseignement médical en France.

Un spécialiste en thalassothérapie est demandé pour la saison balnéaire de casino, Etat de Rio Grande du Sud, Brésil (s'adresser pour les renseignements au bureau de l'A. D. R. M.).

A la suite d'une entente avec le professeur Phocas, président de l'Association franco-hellénique, les professeurs J.-L. Faure, Delbet et Léon Bernard ont été, pendant les vacances de Pâques, faire des conférences à Athènes. M. Hartmann annonce que, à la suite d'une demande qui lui a été faite en tant que président de l'A. D. R. M. par le professeur Arcé (de Buenos-Aires), le professeur Leriche (de Strasbourg) a reçu une invitation à faire des conférences dans la République Argentine. Le bureau a été heureux de se mettre à la disposition du Comité du Congrès international des femmes médecins pour lui fournir tous renseignements utiles.

Election de nouveaux membres : MM. Champy, Delmas, Lemeland, Massiot (France); M. Copello (République Argentine); M. Hudnon Souza Fontes (Brésil); MM. Francisco M. Fernandez, Gonzalo E. Arostegui, José A. Presno (Cuba).

RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE. — M. le professeur Wagner v. Jauregg (de Vienne) fera le mercredi 5 juin 1929, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Charcot, à la Salpêtrière, une conférence sur la *malariathérapie de la paralysie générale.*

VIN GIRARD
Iodo-tannique phosphaté
LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

LE DINER DE PRINTEMPS DE L'UMFIA. — Samedi dernier les amis de l'Umfia se sont réunis sous la présidence d'honneur de S. E. Caballero de Bedoya, ministre du Paraguay à Paris et sous la présidence de M. le professeur Nobécourt.

Les dîners de l'Umfia se ressemblent tous par la franche cordialité qui règne entre tous les convives, par l'enthousiasme avec lequel sont accueillis les discours enflammés du grand animateur de l'Union médicale ibéro-italo-américaine, le docteur Dartigues.

Dartigues a présenté aux convives les personnalités qui assistaient au dîner après avoir excusé deux absents que tout le monde a regrettés car ils font tellement partie intégrante de l'Umfia que la fête est incomplète quand ils manquent; j'ai nommé Molinéry et Berry!

Dartigues présenta ensuite les représentants de l'Espagne, du Pérou, du Chili, de Cuba, de Honduras, du Mexique, du Paraguay, du Vénézuela, de l'Italie, du Portugal, du Brésil. Puis il fit applaudir le professeur Achard, récemment nommé membre de l'Institut, le professeur Jean-Louis Faure, le professeur Claude, le professeur Delmas (de Montpellier) qui fait accoucher à l'heure, le professeur Gley et le médecin général Cadiot. Le professeur Nobécourt et S. E. Caballero de Bedoya prirent à leur tour la parole pour féliciter l'animateur infatigable de l'Umfia, Dartigues, des heureux résultats de l'Union médicale latine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Huriez (de Tourcoing); le professeur Jonas Waern, professeur de Clinique chirurgicale infantile à Stockholm; François Benoît (de Liége), ancien président de la Société belge d'ophtalmologie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. (Professeur : M. Marcel LABBÉ.) — *Cours pratique sur les maladies de la nutrition.* — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin, médecin des hôpitaux; Nepveux et Azerad, chefs de laboratoire, commenceront le mardi 21 mai 1929, à 3 h., au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours et sera terminé en un mois. Le montant du droit à verser est de 250 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— LABORATOIRE SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE. (Fondation Paul Lemonnier.) — *Démonstrations d'anatomie pathologique.* — Une série de douze leçons sera faite par M. Macaigne, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis, à 14 h., à partir du mercredi 22 mai, au laboratoire Lemonnier (Ecole pratique). — Cours gratuits. Inscription chez le concierge de l'Ecole pratique.

INSTITUT DE CRIMINOLOGIE. — SECTION DE POLICE SCIENTIFIQUE. — Les cours auront lieu tous les jours, de 14 à 16 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à partir du mercredi 22 mai jusqu'au jeudi 13 juin inclus.

Ils comporteront des notions de médecine légale, de psychiatrie et un enseignement de police scientifique.

Médecine légale. — M. Balthazard, professeur de médecine légale, commencera le cours le mercredi 22 mai, à 15 h., et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Médecine légale psychiatrique (anthropologie criminelle). — M. Claude, professeur de clinique des maladies mentales, avec la collaboration de MM. Levi-Valensi, Heuyer et Cellier, commencera ce cours le jeudi 23 mai, à 15 h., et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Police scientifique. — M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire, commencera ces cours le mercredi 22 mai, à 14 h., et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Organisation policière et procédure criminelle. — M. Lafont, commissaire de police de la Ville de Paris, commencera ces cours le jeudi 23 mai, à 14 h., et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Pourront suivre ces cours les étudiants inscrits dans une autre section de l'Institut de criminologie et les étudiants qui se seront fait inscrire à la section de police scientifique (Secrétariat de la Faculté de médecine).

Un certificat de police scientifique est délivré après examen de l'aptitude du candidat, au moyen d'épreuves écrites et orales.

Les droits à percevoir en vue du certificat de police scientifique sont fixés ainsi qu'il suit : un droit de travaux pratiques : 60 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DU PROFESSEUR TEULIÈRES. — Comme les années précédentes, le professeur Teulières fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie avec la collaboration de MM. les professeurs Petges, Portmann et Réchou; de MM. les professeurs agrégés Beauvieux et Jeanneney; de M. le docteur J. Viaud, chef de clinique, et de MM. Valois et Lemoine pour les conférences et exercices pratiques de bio-microscopie oculaire.

Cet enseignement, essentiellement pratique au point de vue clinique, thérapeutique et opératoire, comprendra, en même temps, des conférences dans lesquelles seront exposées les grandes questions à l'ordre du jour.

Il aura lieu du lundi 17 juin au samedi 29 juin 1929.

Tous les jours, à 9 h. (mercredis et samedis exceptés), à la Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André : Consultation expliquée par le professeur Teulières.

Au cours de la consultation, les auditeurs seront exercés individuellement aux examens ophtalmoscopiques ou de réfraction et à la manipulation des appareils spéciaux (Thorner, Gullstrand, etc.).

Ils feront, sous la direction du chef de laboratoire, les examens biologiques ou microscopiques extemporanés usités en clinique.

Mercredis et samedis, à 9 h. : Séance opératoire.

Tous les soirs, à 17 h. : Conférences de chirurgie oculaire suivies d'exercices pratiques de médecine opératoire sur le cadavre, au cours desquels tous les auditeurs seront invités à pratiquer eux-mêmes les différentes opérations.

Pendant la durée du cours, il sera donné un enseignement théorique complet de biomicroscopie. Chaque leçon sera suivie d'examens pratiques de l'œil humain au biomicroscope, auxquels seront exercés tous les auditeurs. Un très grand nombre de malades sera convoqué afin que l'on puisse observer plusieurs cas de toutes les affections que l'on rencontre dans la pratique ophtalmologique.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. Terrasse, Pharmacien.

15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

CURES DE LACTO-SÉRUM

« GALAZÈNE »

Grande Cure : 3 FLACONS dans la matinée pendant DIX JOURS.

Cure de Régime : 1 FLACON à jeun pendant UN MOIS.

Le Lacto-Sérum « GALAZÈNE »

STIMULE LES PARENCHYMES

ACCROIT LES ÉLIMINATIONS

ASSAINIT L'ORGANISME

Pour la DIÈTE et les RÉGIMES

Lait-Allégé « DIETICUS »

UN FLACON pour une Journée de Diète.

« BRÉVANYL » Purgatif Lacté

5 CACHETS pour une Grande Purgation

1 CACHET à jeun comme Laxatif

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES, J. Terrasse, Pharmacien.

15, Quai de Bourbon, PARIS. — Téléphone : DANTON 80-60.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, - Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

Indications thérapeutiques dans les syndromes abdominaux aigus [1]

Par G. JEANNENEY,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

II. Diagnostic.

Dans ce diagnostic, outre les connaissances de pathologie indispensables, le médecin devra faire œuvre de jugement et surtout de bon sens; c'est-à-dire qu'il devra respecter ces trois grandes règles du diagnostic clinique : 1° ne pas partir avec une idée préconçue; 2° ne pas accepter de diagnostic tout fait; 3° ne pas s'évertuer à faire un diagnostic d'affection exceptionnelle. Ainsi, examinant chaque syndrome, le situant dans telle région précise de l'abdomen, on peut arriver à poser aussi exactement que faire se peut, un diagnostic.

Syndrome douloureux pur. — Ce syndrome ne se rencontre qu'exceptionnellement à l'état de pureté, dans les drames abdominaux nécessitant l'intervention du chirurgien. Il est donc, dans l'état actuel de nos connaissances du ressort surtout médical et conduira souvent à faire un diagnostic d'élimination.

Ainsi, *au niveau de l'hypochondre droit*, un syndrome douloureux pur évoquera d'abord l'idée de *colique hépatique;* celle-ci évolue d'ordinaire sans fièvre, sans contracture, sans occlusion; la douleur irradie vers l'épaule droite, elle est angoissante, détermine de l'agitation et parfois des signes généraux réflexes graves; son siège, l'histoire du malade, le léger ictère concomitant, la coloration des urines, permettent de ne pas la confondre avec un syndrome abdominal proprement dit.

Il en est de même des syndromes douloureux purs observés *au niveau des flancs* droit ou gauche. Il s'agit alors de *coliques néphrétiques* dont le maximum douloureux se localise à la région lombaire; dont les irradiations se font le long du trajet de l'uretère, vers la vessie et vers les organes génitaux externes, s'accompagnant souvent de rétention d'urine et d'un léger météorisme, mais ici encore sans défense, sans fièvre, sans occlusion proprement dite. *Chez l'enfant*, la pleurésie et *la pneumonie* donnent un *point de côté abdominal* qu'un examen médical attentif permet de rattacher à sa vraie cause.

Dans la région épigastrique se localisent souvent les *crises gastriques du tabes* dont la brusquerie du début et de la fin, l'intensité qui fait se plier le malade en deux, les vomissements abondants, l'intolérance gastrique font faire, avec les antécédents au signe d'Argyll Robertson positif, le diagnostic.

Dans cette région comme *dans la région ombilicale*, c'est à la *pancréatite aiguë* hémorragique qu'il faut penser; on connaît les caractères de cette affection, son apparition après un copieux repas chez un sujet à passé lithiasique; le choc intense qui terrasse le malade; les paroxysmes douloureux, que rien ne peut calmer; leur siège, dans la zone pancréatique, leur irradiation vers la base du thorax et le dos, enfin les vomissements très abondants au début, qui peuvent accompagner les douleurs.

Le diagnostic positif sera basé sur l'intensité de la douleur et du choc, sur l'absence de fièvre, et surtout l'absence de contracture, le ventre mou, contrastant nettement avec l'intensité des signes observés.

Dans l'*hypochondre gauche* la seule cause de syndrome douloureux peut être amenée par la *torsion de la rate*, rare dans nos pays, survenant d'ordinaire sur un organe malade et reconnaissable grâce à la présence d'une splénomégalie douloureuse.

Enfin, *dans les régions de l'hypogastre et des fosses iliaques*, la *torsion d'un kyste de l'ovaire* est susceptible d'entraîner un syndrome douloureux allant jusqu'à la syncope, que le toucher permet de localiser d'ordinaire à un cul-de-sac et que corrobore la présence d'une masse kystique; dans ce cas il n'existe qu'une légère réaction péritonéale. De même certaines ruptures de grossesse tubaire peuvent ne se caractériser que par un syndrome douloureux pur.

C'est pour les syndromes douloureux purs que les erreurs les plus graves peuvent être commises; on risque en effet de confondre une affection chirurgicale (pancréatite, torsion), aiguë pour laquelle l'intervention s'impose d'urgence et peut seule sauver le malade avec une affection d'ordre médical comme les coliques hépatiques, les coliques néphrétiques, les coliques de plomb, ou les crises gastriques du tabes. Cependant, le plus souvent dans les syndromes abdominaux douloureux, la sensation est patente que si on n'intervient pas le malade est perdu et en général le clinicien pose à temps l'indication opératoire.

Syndrome péritonéal. — Ce syndrome extrêmement fréquent se rencontre soit à l'état de réaction localisée, soit à l'état de péritonite généralisée grave. Il résulte soit d'une inflammation dont les plus fréquentes sont d'origine appendiculaire, génitale chez la femme, ou vésiculaire, soit d'une perforation (ulcus); enfin il peut apparaître à la suite d'une intervention chirurgicale.

Toujours le syndrome péritonéal relève de la chirurgie. Il faut donc éviter absolument de le confondre avec des syndromes entraînant du péritonisme et dont le diagnostic conduirait à l'abstention : telles les coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, les crises gastriques du tabes et les points de côté abdominaux des affections thoraciques aiguës; dans tous ces cas la contracture est absente ou beaucoup moins marquée que dans un syndrome péritonéal.

Au niveau de l'hypochondre droit, la péritonite relève soit d'une cholécystite aiguë, lithiasique ou éberthienne, soit d'une perforation de la vésicule biliaire. Dans l'un et l'autre cas on trouvera des antécédents biliaires avec ou sans ictère; la douleur a son maximum dans la région du carrefour, sous le foie, elle irradie vers la région lombaire et surtout

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 36, p. 673.

vers l'épaule droite; elle gêne et coupe la respiration; elle peut s'accompagner de choc, de sub-ictère, de fièvre; le pouls est rapide; enfin il existe au niveau de l'hypochondre, du flanc, de la région ombilicale, de la contracture qui tend à se généraliser.

Dans la région de l'épigastre et de l'ombilic, c'est la perforation, en péritoine libre d'un ulcus qui vient très souvent donner un syndrome péritonéal. Ici encore le malade a un passé : dyspepsie, gastralgie, crampes. Quelquefois des prodromes ont précédé l'apparition de la crise : c'est une sensibilité plus marquée de la région, des douleurs plus vives, et tout à coup le drame a éclaté, impressionnant, parfois terrifiant : douleurs atroces, en coup de pistolet, au niveau du creux de l'estomac, sidérant le malade qui vomit peu (il « vomit dans son ventre »); coupant sa respiration. Toute la région épigastrique est contracturée, mais au bout de quelques heures tout le ventre est « en bois ». La douleur tend alors à descendre vers la fosse iliaque droite, pouvant faire naître avec l'appendicite quelque confusion.

Chez l'enfant, la *péritonite à pneumocoque* peut déterminer un syndrome péritonéal à siège ombilical, moins intense cependant que celui de la perforation de l'ulcus qui, d'ailleurs, ne s'observe pas à cet âge.

Au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite c'est à l'*appendicite* qu'il faut penser, sous ses deux formes, appendicite perforante ou appendicite phlegmoneuse.

Dans l'appendicite perforante, tout à coup ou après quelques prodromes, le malade est pris de douleurs d'abord sourdes, pongitives, mais rapidement croissantes, pour atteindre en quelques heures leur acuité maxima. Ces douleurs qui dans les formes ordinaires d'appendicite cèdent à la diète et à la glace ont ici tendance à persister et même à augmenter malgré la glace. *Tout appendiculaire qui continue à souffrir malgré un traitement correct doit être immédiatement opéré.* Aussi bien, lorsqu'il s'agit de gangrène ou de perforation de l'appendice, le facies pincé, angoissé, l'agitation, les frissons, la température élevée, le pouls rapide et irrégulier, la défense sont des signes dont la gravité n'échappe pas à un esprit averti.

Dans l'appendicite avec abcès, les signes tendent au contraire à s'atténuer avec le traitement médical, mais à la contracture des premières heures fait suite l'apparition d'un plastron appendiculaire qui tranche avec la souplesse relative du reste de l'abdomen et qui bientôt bombe sous la paroi ou vers le Douglas.

Au niveau du bas ventre : hypogastre et fosses iliaques, c'est, chez la femme, aux organes génitaux qu'il faut penser. Certaines pelvi-péritonites post abortum évoluent rapidement vers la généralisation. Il en est de même des formes toxémiqus dans lesquelles en quelques heures on voit la contracture faire place au météorisme. Ici c'est la douleur diffuse, le facies grippé, le pouls incomptable qui doivent surtout retenir l'attention, car les nausées, les vomissements, le hoquet, font défaut.

Il en est de même dans la plupart des réactions pelvi-péritonéales, qu'il s'agisse de salpingites aiguës simples ou perforantes. Chez des malades présentant des antécédents génitaux, la poussée congestive des règles détermine souvent une réaction inflammatoire marquée avec contracture, paresse intestinale et vésicale, pouls rapide, facies grippé. L'examen local, en révélant la présence d'une collection bombant dans le Douglas ou au contraire fusant vers l'abdomen indiquera au chirurgien la marche à suivre.

Au niveau de la fosse iliaque gauche, on observe parfois un syndrome rappelant le syndrome appendiculaire et dû à l'évolution d'une sigmoïdite.

Quant aux *péritonites post-opératoires,* leur début souvent confondu avec des suites opératoires un peu agitées peut passer inaperçu; cependant la tachycardie, la polypnée, le facies, les vomissements, le hoquet retiendront l'attention et commanderont l'intervention de drainage.

Syndrome d'occlusion intestinale. — Ce syndrome très fréquent résulte soit d'une obstruction par obstacle intracanaliculaire soit d'un étranglement avec altération des parois de l'intestin. Il pose toujours une indication opératoire d'urgence et son signe capital est l'arrêt persistant des matières et des gaz.

Il faudra donc *éliminer d'abord* tous les syndromes abdominaux dans lesquels l'arrêt des matières et des gaz est un des épiphénomènes qui n'est d ailleurs ni absolu ni constant, en particulier les coliques hépatiques ou néphrétiques et tous les drames abdominaux dans lesquels il y a arrêt paralytique des matières et des gaz. Ainsi dans les péritonites aiguës, dans les torsions, les thromboses des vaisseaux mésentériques, toutes affections très graves, dans lesquelles le syndrome d'occlusion n'est qu'un signe relativement accessoire.

Il faudra enfin *chercher* la cause de l'occlusion pour chaque région.

Cette notion posée, on se trouvera, *en pratique*, en présence de sujets d'âge différent chez lesquels l'occlusion est en général due à des causes nettement distinctes :

1° *Il s'agit d'un enfant ou d'un nourrisson* : penser à l'invagination intestinale;

2° *Il s'agit d'un adulte jeune sans passé ;* penser à un étranglement interne. Il s'agit d'un adulte jeune *ayant un passé* abdominal inflammatoire ou opératoire : penser à l'occlusion sur bride;

3° *Il s'agit d'un sujet âgé* : penser au volvulus ou au cancer.

Ces généralités posées, le diagnostic d'occlusion établi, il reste relativement facile d'en fixer *pour chaque région* le diagnostic étiologique.

Au niveau de la région épigastrique le syndrome d'occlusion le plus souvent observé relève de la dilatation aiguë de l'estomac ou de l'occlusion duodénale aiguë. Il s'agit ou bien de sujets qui viennent de subir une intervention (abdominale ou autre) ou bien de sujets sains à la suite d'un copieux repas. L'affection se traduit par des douleurs épigastriques, des vomissements très abondants, verdâtres; de bonne heure le facies se grippe, la langue est sèche,

la soif vive. Le pouls est rapide, un météorisme considérable peut déterminer des phénomènes de compression des organes thoraciques (poumon et cœur). Le cathétérisme de l'estomac évacue une énorme quantité de liquide brunâtre. La position genupectorale soulage souvent ces malades en faisant cesser l'étranglement du duodénum au niveau du compas aortico-mésentérique.

Moins fréquent est le *volvulus de l'estomac* qui se traduit par des signes à peu près comparables, mais dans lequel le météorisme est plus nettement limité à l'épigastre et le cathétérisme impossible. L'altération de l'état général est alors rapide et le pronostic fatal si on n'intervient pas.

Au niveau de l'hypochondre gauche, à côté des syndromes gastriques (dilatation aiguë et volvulus) c'est à la hernie diaphragmatique qu'il faut penser. Il s'agit souvent alors d'anciens blessés du diaphragme dont l'étranglement débute par de violentes douleurs, des vomissements, de la dysphagie, et de la dyspnée. Le diagnostic est d'ailleurs souvent des plus difficiles.

Au niveau de la région ombilicale, l'occlusion intéresse le plus souvent le grêle, soit par brides soit par obstruction par calcul biliaire. Dans ces conditions on note des vomissements bilieux et porracés précoces, parfois, d'assez bonne heure, fécaloïdes. Le péristaltisme est des plus nets. Enfin le signe dit de Von Wahl est caractéristique : le ventre pointe « en obusier », les flancs au contraire sont aplatis.

Dans ces formes, les signes généraux sont d'autant plus intenses et précoces que l'occlusion est plus haute, et la stercorémie ne tarde pas à entraîner la mort du malade.

Au niveau du flanc droit, chez l'enfant : penser à l'*invagination aiguë* caractérisée par une crise douloureuse aiguë, suivie d'accalmie avec réveils paroxystiques, émission de selles glairo-sanguinolentes; la palpation révèle la présence d'un boudin abdominal au niveau du flanc droit alors que le reste de l'abdomen est relativement souple.

Chez l'adulte, il s'agit souvent de *sténose du côlon droit* de la partie terminale de l'iléon, par adhérences ou brides post-opératoires ou post-inflammatoires et se traduisant cliniquement par des douleurs, des crises coliques, l'existence d'une voussure limitée, élastique, tympanique (signe de Von Wahl), au niveau de laquelle des bruits hydro-aériques sont perçus. Secondairement seulement, la région se ballonne. Dans cette région, penser également au *volvulus du cæcum*.

Au niveau des fosses iliaques, il faut toujours examiner les orifices inguinaux et cruraux, au niveau desquels peut s'étrangler une petite hernie inaperçue du malade.

Enfin *au niveau de la fosse iliaque gauche* et de l'hypogastre l'occlusion est le plus souvent due à un *rétrécissement néoplasique*, soit de l'anse sigmoïde soit du rectum. Dans ces conditions on se trouve en présence d'une occlusion ayant évolué lentement, par crises subaiguës précédées souvent d'alternatives de constipation et de diarrhée, parfois sanguinolente. L'occlusion installée, les vomissements sont tardifs et le ballonnement porte sur les flancs qui sont élargis « en cadre », sonores. Le toucher rectal devra toujours être pratiqué.

On observe enfin dans cette région chez des adultes âgés atteints de colite chronique, ayant présenté de petites crises de subocclusion spontanément disparues, des occlusions graves dues au *volvulus*. En dehors de l'arrêt des matières et des gaz et des douleurs sourdes, on note la présence d'une voussure d'abord limitée au bassin, puis gagnant l'abdomen qu'elle distend obliquement en bas et à droite. On note à ce niveau du glou-glou, des bruits hydroaériques, mais aucun mouvement péristaltique.

Syndrome hémorragique. — L'hémorragie interne, intra-abdominale se présente soit après un traumatisme de l'abdomen ouvert ou fermé, soit spontanément. Ce syndrome d'hémorragie interne s'accompagne de phénomènes douloureux au niveau du point qui saigne avec irradiation haute, vers l'épaule par exemple, et de signes nets d'anémie aiguë. Le diagnostic d'hémorragie interne est souvent facile en présence d'un malade pâle, à pouls petit et rapide, couvert de sueurs froides.

Suivant les régions, on observe divers types d'hémorragie :

Au niveau de la région épigastrique, les grandes hémorragies des ulcères de l'estomac sont annoncées par un réveil douloureux de l'affection causale, parfois une légère poussée thermique, et se traduisent par de très abondantes hématémèses de sang vermeil et une défense au niveau de la région épigastrique haute du malade.

Au niveau de l'hypochondre droit, les hémorragies résultent d'une rupture du foie, à la suite d'un traumatisme ouvert ou fermé, d'ordinaire violent, ayant intéressé la région.

Au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche, la rate est le plus souvent intéressée; il s'agit de rate malade (splénomégalie du paludisme, du kala-azar, de la leucémie) qui se rompt pour ainsi dire spontanément, à l'occasion d'un traumatisme parfois insignifiant, donnant naissance soit à un hématome périsplénique soit à une véritable inondation péritonéale.

Au niveau de la région ombilicale, c'est surtout la pancréatite aiguë hémorragique qui donne naissance à un syndrome très spécial de choc douloureux et toxique, qui s'accompagne de vomissements et d'un épanchement de sang pancréatique, mais en général dans ce syndrome l'hémorragie passe au second plan, c'est la toxémie et le choc qui dominent.

Les contusions de l'abdomen peuvent déterminer dans cette région des désinsertions ou des déchirures mésentériques qui amènent de graves hémorragies internes. Mais dans ce cas comme dans les ruptures du foie, de la rate et des reins, il y a à l'origine des accidents un traumatisme qui indique d'intervenir.

Enfin, au *niveau des fosses iliaques* ou de l'hypogastre, les hémorragies les plus fréquemment observées résultent de *ruptures de grossesse extra-utérine*; les signes ressemblent souvent à s'y méprendre à

ceux d'un avortement banal, mais il existe un point douloureux juxta-utérin et l'anémie n'est pas en rapport avec l'hémorragie visible et, en général, assez peu marquée. A titre exceptionnel, on observera des ruptures de varices du ligament large, des ruptures des kystes folliculaires de l'ovaire, mais la grosse hypothèse qui doit venir à l'esprit en présence des douleurs syncopales dans le bas ventre et des signes d'hémorragie interne, est celle de la grossesse extra-utérine.

GRANDS DIAGNOSTICS

PAR RÉGION	PAR SYNDROMES			
	DOULEUR.	PÉRITONITE.	OCCLUSION.	HÉMORRAGIE.
Hypochondre droit..	Vésicule.	Vésicule.	Vésicule.	Foie. Duodénum.
Epigastre..........	Estomac. Duodénum.	Estomac.	Pancréas. Volvulus estomac. Duodénum.	Estomac. Rate. Pancréas.
Hypochondre gauche.	Estomac. Rate.	Estomac.	Estomac.	Rate.
Flanc droit.........	Appendice. Rein.	Appendice.	Appendice.	
Ombilic......... ...	Pancréas.	Appendice.	Pancréas. Grêle.	Pancréas.
Fosse iliaque gauche.	Sigmoïde. Appareil génital ♀.	Sigmoïde. Appareil génital ♀.	Sigmoïde. Appareil génital ♀.	Appareil génital ♀.
Hypogastre.........	Id. Vessie.	Id.	Id.	Id.

Traitement.

La thérapeutique des syndromes abdominaux aigus est dominée par le diagnostic; nous ne disons pas le diagnostic exact de la maladie causale, mais par le *diagnostic du syndrome.*

Le plus souvent, en effet, c'est la laparotomie qui permet de préciser la cause du syndrome. La plus grosse faute dans cette chirurgie, c'est de ne pas poser l'indication opératoire : deux règles doivent donc nous guider lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces trois syndromes : ventre de bois, arrêt des matières et des gaz, hémorragie. Ce sont :

1° Dans le doute : intervenir;

2° Dans le doute : une exploration inutile n'est pas nuisible.

1. *Dans le doute, intervenir* : La plupart des syndromes aigus de l'abdomen commandent l'intervention. Lorsqu'on a la chance d'examiner un malade dans les premières heures, s'il y a de grandes probabilités en faveur d'une péritonite ou d'une hémorragie, voire d'une occlusion, il ne faut pas s'abstenir mais intervenir. En général, ces trois diagnostics sont faciles à poser.

2. *Dans le doute, l'intervention exploratrice bien qu'inutile ne risque pas d'être nuisible*, encore que le diagnostic de colique néphrétique, hépatique, intestinale ou utérine soit relativement facile à faire, l'intervention dans ces cas ne fait jamais courir au malade un grand risque; plus grave serait l'erreur qui consisterait à intervenir dans un syndrome abdominal dû à une pneumonie chez l'enfant, mais cette erreur est rarement faite si l'on examine son malade avec soin.

Dans l'ensemble donc, les indications opératoires sont relativement faciles à poser et dans les cas où après un examen consciencieux un doute persiste, il faut ne pas craindre d'intervenir. Des contre-indications de bon sens seront cependant rappelées : on n'interviendra pas chez les moribonds, chez les choqués graves ou lorsqu'une installation défectueuse ne permet pas d'être sûr de son asepsie.

Règles générales du traitement. — Comme Dieulafoy le disait pour l'appendice, il n'y a pas de traitement médical des syndromes abdominaux aigus que nous venons d'envisager. On ne devra donc pas perdre de temps au traitement médical, en particulier à la morphine, et l'on doit se souvenir que dans l'immense majorité des cas, la laparotomie exploratrice est moins grave que l'expectative.

A. TECHNIQUE. — L'opération sera *précoce*, *rapide*, *simple* et *complète*. Comme anesthésie, on aura à choisir entre la rachi-anesthésie, souvent choquante mais qui donne un silence abdominal absolu, et l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther qui, bien manié rend toujours de très grands services.

2° *Opération rapide.* — Avec une rapide préparation du malade, visant la lutte contre l'hypothermie, l'hypotension, les défaillances cardiaques, on interviendra rapidement. Murphy disait : « on doit entrer rapidement dans le ventre et en sortir plus rapidement encore ». De ce fait ressort l'importance d'un bon diagnostic qui permet d'aller droit à la lésion et de ne pas faire de manipulation inutile. De là ressort encore l'importance d'une *technique méthodique* permettant d'explorer rapidement et correctement le ventre.

2° *Opération simple.* — On se contentera de l'opération minima, juste suffisante pour sauver la vie du malade, la moins choquante possible; cependant, sous prétexte de ne pas être excessive, l'opération ne doit pas être incomplète.

3° *Opération complète.* — L'opération doit supprimer la cause du syndrome, elle doit donc vérifier ou compléter le diagnostic clinique ; quelle que soit la difficulté, elle ne sera pas abandonnée en cours de route, on ne laissera pas un appendice gangrené ou une trompe qui saigne. C'est pourquoi, la *laparotomie médiane* reste, dans l'ensemble, la meilleure voie d'accès dans ces syndromes abdominaux aigus.

L'opération sera donc le plus souvent *radicale*, exceptionnellement palliative ; nous verrons d'ailleurs dans un instant les diverses applications de ces règles.

4° *Drainage.* — Chaque fois qu'on aura trouvé un épanchement suspect dans le péritoine, chaque fois qu'une cause d'infection persiste, il faut drainer, soit au niveau du point malade par des mèches ou des drains, soit dans le Douglas, soit à l'hypogastre. Les drainages au Mickulicz rendent ici de grands services.

5° *Fermeture de l'abdomen.* — La fermeture de l'abdomen, quoique rapide, sera faite avec le plus grand soin.

6° *Soins post-opératoires.* — Le malade sera le plus souvent placé en position de Fowler et laissé à la diète absolue, Cependant la nécessité de l'hydrater étant impérieuse, on aura recours aux *injections sous-cutanées* ou intraveineuses *de sérum* ou au goutte à goutte rectal de Murphy. De même des *toni-cardiaques* seront souvent nécessaires, et dans ce but l'huile camphrée et l'adrénaline sont à conseiller.

Dès que le pouls aura tendance à augmenter, dès qu'il y aura des régurgitations ou des vomissements fréquents, évacuer et *laver l'estomac.* Enfin, surveiller le fonctionnement intestinal (belladone, injections d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine, lavements huilés ou glycérine).

B. Indications. — Aussi bien, les *indications opératoires* et les résultats varieront pour chaque syndrome.

I. Syndrome douloureux. — Dans la *pancréatite aiguë hémorragique*, le chirurgien fera la laparotomie médiane qui lui permettra de vérifier son diagnostic par la constatation de l'épanchement séro-hématique intra-péritonéal et par la présence de tâches de cyto-stéato-nécrose. Le ventre ouvert, il faut *aller au pancréas* (le plus souvent par décollement gastro-colique) et *drainer* la glande en enlevant doucement à la compresse les tissus détruits que l'on abordera en dilacérant au besoin du bout du doigt le tissu glandulaire. On terminera cette opération qui aura été menée rapidement, par un tamponnement-drainage au Mickulicz, et dans les heures qui suivent on cherchera, d'une part, à diminuer les sécrétions pancréatiques en donnant à l'atropine et en alcalinisant le contenu gastrique au bicarbonate de soude ; d'autre part, on luttera contre le choc en donnant des toni-cardiaques et du sérum.

Les résultats de ces interventions varient suivant la variété de pancréatite. Ils donnent une moyenne de 50 p. 100 de guérisons (Lenormant et Lecène) chez des malades qui, abandonnés à leur sort, sont voués dans 90 p. 100 des cas à la mort.

II. Syndrome péritonéal. — Dans le syndrome péritonéal, l'urgence de l'intervention est indiscutable : il faut opérer avant la péritonite, c'est-à-dire autant que possible avant que le ventre tout entier ne soit « de bois ». Toutes ces opérations chercheront à supprimer la cause de la péritonite, toutes obéiront aux règles de Murphy : laparotomie large, drainage au déclive, position de Fowler, goutte à goutte intra-rectal post-opératoire.

A. Dans les *péritonites d'origine traumatique* comme dans les contusions graves et les plaies de l'abdomen, l'expectative est à rejeter. L'opération sera hémostatique, elle visera à obturer les brèches des viscères creux, de la manière la plus simple et la plus rapide possible.

Les *résultats* de ces interventions sont d'autant meilleurs qu'elles ont été faites plus précocement :

De la première à la sixième heures : 60 p. 100 de guérisons ;

De la sixième à la douzième heure : 30 p, 100 ;

De la douzième à la vingt-quatrième heure : 14 p. 100.

Ces chiffres montrent assez l'importance du diagnostic précoce et de l'intervention précoce dans les péritonites par perforation.

B. *Péritonites post-opératoires* : Ces péritonites sont très graves, elles le sont d'autant plus que leur diagnostic n'est fait que tardivement et que l'on perd du temps à appliquer de la glace, à faire des lavages d'estomac, du Murphy, des toni-cardiaques. Ici, il faut sous rachianesthésie (qui suffit parfois à lever l'occlusion paralytique post-opératoire) rouvrir la cavité abdominale, drainer au Mickulicz la région opératoire suspecte et si l'occlusion paralytique persiste, faire une entérostomie sur la partie terminale du grêle.

C. *Péritonites primitives* : Ici, la conduite peut varier suivant le moment où l'on voit le malade et, par conséquent, l'extension des lésions et la gravité de l'état général.

1° *Au début* (*avant quarante-huit heures*) : traiter la lésion locale par l'*ablation* s'il s'agit d'une lésion inflammatoire, en particulier de l'appendicite.

Cette règle peut être mitigée pour les cholécystites et cependant il y a tout à gagner et rien à perdre à enlever la vésicule dans les premières quarante-huit heures lorsqu'on est sûr du diagnostic.

Dans les péritonites par perforation d'ulcère, l'intervention oblitère la perforation ou si l'état général le permet, enlève la lésion et fait une dérivation complémentaire. Le choix de ces diverses méthodes sera décidé d'après l'état général du malade.

Quant aux pelvi-péritonites, lorsqu'il n'existe pas de défense marquée on peut se contenter d'un traitement médical, mais dès qu'il existe des signes généraux graves et de la défense de tout l'étage sous-ombilical, il est plus prudent d'intervenir et d'enlever la lésion.

Le plus souvent, ces interventions, d'emblée radicales, pourront se faire sans drainage et les résul-

tats ne sont guère plus graves que les résultats des mêmes interventions faites à froid.

2° *Après quarante-huit heures*, les choses changent : il existe une péritonite localisée, parfois enkystée par un barrage d'adhérences; il faut alors s'il s'agit d'une péritonite d'origine inflammatoire, se contenter d'une expectative armée sous la glace et avec la diète absolue, et n'intervenir que si la douleur ne diminue pas ou si la contracture tend à se généraliser.

Par contre on interviendra toujours dans les perforations et dans les abcès. Dans ce dernier cas on se contentera d'un drainage simple, en évitant la séreuse saine et en s'abstenant de manœuvres de recherche qui risqueraient de diffuser l'infection; c'est pourquoi on abordera les abcès appendiculaires par une incision de Roux et les collections pelviennes par une simple colpotomie.

3° *Péritonite généralisée ou diffuse* : dans les péritonites généralisées d'emblée, il faut par une laparotomie traiter la cause en l'enlevant le plus souvent.

Dans les péritonites purulentes aiguës ou suraiguës, deux indications sont posées :

a. Traiter la cause : aller au foyer d'origine, aspirer le pus, drainer, chercher à enlever s'il n'est pas trop masqué par des adhérences l'appendice gangrené, la vésicule perforée;

b. Traiter l'occlusion paralytique en recourrant au besoin à l'entérostomie.

Avant de refermer le ventre, s'abstenir des manœuvres dites de toilette du péritoine et qui n'ont pour effet que d'irriter la séreuse par des attouchements brutaux ou que de diffuser l'infection par des lavages.

Si l'on se contente, après la quarante-huitième heure d'opérations de drainage, les résultats ne sont pas trop décourageants; cependant la gravité de ces interventions montre tout l'intérêt qu'il y a à intervenir de bonne heure, de très bonne heure.

III. Syndrome d'occlusion. — Dans le syndrome d'occlusion, l'intervention aura deux buts :

Rétablir le cours des matières soit en levant l'obstacle soit en le tournant par un anus artificiel, ou par un court-circuit (entéro-anastomose).

Il faut ensuite ou du même coup chercher à supprimer l'obstacle. Cette indication est parfois la plus impérieuse, dans l'étranglement par exemple où l'on court le risque de la gangrène intestinale. Quelquefois au contraire, comme dans le cancer, il est dangereux de vouloir la réaliser au cours de l'intervention. Il y aura donc suivant les cas des techniques bien différentes à suivre. En principe on fera une rachi-anesthésie, puis, pendant qu'elle agira, on lavera l'estomac du malade : en général sous l'influence de la rachi- quelques gaz sont émis, le ventre moins tendu sera plus facilement explorable par la *laparotomie médiane*.

Il ne faut pas se leurrer sur la gravité et les difficultés de cette dernière; on peut les atténuer dans une certaine mesure en conduisant *méthodiquement* son intervention : Aller d'abord au cæcum : ou il est aplati, ou il est distendu. *Si le cæcum est aplati* c'est que l'obstacle siège sur le grêle; il s'agit alors d'une occlusion par bride, par adhérences ou par coudure ou encore par obstruction due à un calcul biliaire, tous obstacles qui demandent une *intervention* libératrice *étiologique. Si le cæcum est distendu,* voir l'S iliaque : s'il est gros l'obstacle est au rectum : il s'agit soit d'un cancer et l'on fera alors un anus de dérivation, soit d'un volvulus que l'on détordra; si l'S iliaque est aplati c'est que l'obstacle siège sur le côlon.

L'obstacle repéré, on agira de manière différente suivant sa nature :

Bride, anneau : sectionner;

Coudure : libérer;

Volvulus : détordre (se souvenir des règles : rectum en avant : détordre en vissant; rectum en arrière, détordre en dévissant).

Invagination : désinvaginer et fixer;

Obstruction par calcul : entérotomie, ablation du calcul et si état grave, entérostomie;

Obstruction par cancer : anus en amont sur le côlon gauche ou court-circuit (iléo-sigmoïdo-stomie) si l'obstacle est cæcal.

Etranglement avec sphacèle : extérioriser ou réséquer l'anse sphacelée en laissant les deux bouts abouchés à la peau.

Les résultats de ces opérations varient d'après la cause, ils sont souvent assez médiocres et seule la précocité de l'intervention peut arriver à les améliorer.

En somme une fois de plus nous voyons que dans cette chirurgie d'urgence qui pose souvent de très angoissants problèmes, la précocité du diagnostic est le facteur essentiel du succès. Sans doute il existe parfois de très grandes difficultés à poser ce diagnostic, si grandes que le médecin hésite à poser l'indication opératoire. Il ne faut pas hésiter ici à exposer clairement à l'entourage du malade la gravité possible de la situation; en parlant avec autorité et franchise on fera admettre la nécessité de placer le malade dans un milieu chirurgical et souvent la nécessité d'une intervention exploratrice; si bien que l'on peut dire que dans cette chirurgie les résultats tiennent autant à la valeur clinique du médecin, à son éducation professionnelle et à sa conscience qu'à l'habileté, la rapidité et les qualités techniques du chirurgien qu'il aura choisi.

Quels que soient les déboires que réserve la chirurgie d'urgence de l'abdomen, c'est encore elle qui donnera le plus de ces satisfactions d'ordre supérieur qui sont les plus belles joies de note art.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 22 avril 1929)

Sur quelques propriétés comparées des sérums antirabiques d'animaux vaccinés et celle des sérums antirabiques naturels. — Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 MAI 1929)

Traitement de l'érythrémie. — MM. Vaquez et Mouquin rapportent l'observation de trois malades atteints d'érythrémie (ou maladie de Vaquez) et qui ont été remarquablement améliorés (avec retour du sang à la formule normale) par le chlorhydrate de phénylhydrazine. L'un de ces malades, traité auparavant par la radiothérapie, n'en avait éprouvé aucune amélioration.

Le médicament est donné par la bouche, tous les jours. On commence par une dose de 0g10 et on augmente peu à peu jusqu'à la dose active qui, suivant les cas, a été de 0g15 à 0g25. Quand cette dose a été atteinte et répétée quelques jours, le nombre des globules rouges décroît progressivement, tandis que celui des leucocytes augmente rapidement et considérablement.

Lorsque le sang est redevenu normal (une quinzaine de jours après l'administration de la dose active), le traitement ne doit pas être cessé complètement, mais il faut le suivre de façon discontinue : on obtient ainsi une guérison qui, chez un des malades observés, persiste depuis un an.

En dehors d'un subictère plus ou moins marqué, le malade ne présente aucun symptôme fâcheux pendant le traitement.

Les auteurs insistent cependant sur la prudence avec laquelle doit être conduit ce traitement qui leur paraît constituer, à l'heure actuelle, la meilleure arme contre l'érythrémie.

Les centres de malariathérapie. — Les conclusions formulées par M. Claude dans une communication précédente sont adoptées.

Traitement des diverticules du côlon. — M. Victor Pauchet. Les diverticules de la sigmoïde sont fréquents; ils se découvrent à la radio, surtout chez les sujets obèses, de quarante-cinq à soixante ans. Le plus souvent ils n'occasionnent aucun trouble et ne nécessitent aucun traitement. S'ils provoquent des poussées douloureuses, si au palper il existe une sensibilité exquise localisée, s'il y a infection, il faut les opérer sans attendre des accidents graves (abcès, péritonite, fistule vésicale, tumeur); il faut alors supprimer les diverticules comme on supprime l'appendice. L'inflammation chronique prédispose au cancer d'intestin. Il y a donc lieu d'indiquer l'opération chaque fois qu'il existe des troubles. Au cours de l'extirpation des cancers du côlon, le chirurgien reconnaît souvent des diverticules.

Quel traitement chirurgical choisir?

En principe, rechercher les diverticules et les extirper un à un. Opération facile. Drainer avec une lame de caoutchouc. Si l'intestin est cartonné, s'il y a du pus dans les mésos, faire une colectomie segmentaire. S'il se produit une fistule stercorale, celle-ci se ferme le plus souvent spontanément. Si on fait une colectomie, la faire en deux temps. Si la résection est nécessaire, recourir aux opérations en plusieurs temps, pour ne pas faire courir de risques aux malades. Même s'il s'agit d'une maladie bénigne, il vaut mieux faire perdre quelques mois au malade que de risquer la mort. La fistule guérit toujours, soit spontanément, soit par une intervention itérative.

La souris de maison comme facteur étiologique des maladies à pneumocoques et colibacilles. — M. Palier apporte des faits expérimentaux et cliniques qui lui permettent d'affirmer que la souris de maison est l'agent principal, si elle n'est pas le seul, dans la transmission des maladies à pneumocoques et à colibacilles, comme l'anophèle est l'agent de la transmission du paludisme.

Résultats de l'inoculation du bacille B. C. G. à des animaux soumis à un régime carencé. — MM. G. Mouriquand et P. Bertoye. L'injection du B. C. G. à des organismes sains ne permet pas d'obtenir le développement de lésions tuberculeuses évolutives. Les auteurs se sont demandés si ce même bacille inoculé à un organisme en état de résistance amoindrie n'était pas capable de retrouver un pouvoir pathogène.

A cet effet, après avoir provoqué chez le cobaye « un terrain d'avitaminose C. chronique », ils lui ont inoculé par voie péritonéale du bacille B. C. G. et ont observé les faits suivants : les animaux ont présenté des réactions générales et locales plus intenses et plus prolongées lorsqu'ils étaient soumis à un régime carencé. Mais dans la suite le B. C. G. ne s'est pas montré tuberculigène pour le cobaye même avec un régime déficient qui, dans leurs expériences précédentes, s'était montré capable d'amoindrir la résistance de l'organisme vis-à-vis d'une tuberculose virulente.

Dysthymies sexuelles ingénues. — M. Laignel-Lavastine parle de dysthymie sexuelle plutôt que de perversion, pour mettre en évidence l'anomalie de l'émoi sexuel indépendamment de ses suites expressives, personnelles ou sociales. Il en donne trois exemples cliniques :

Un jeune homme, acromégaloïde, avec dysharmonie motrice et double hérédité périodique, a des rêves sadiques dont on retrouve la cause dans le choc émotif survenu vers neuf ans avant la puberté.

Le second cas concerne une jeune mariée qui n'éprouve le plaisir conjugal qu'à la condition de penser que son mari la frappe ou la pique.

Le troisième cas concerne un grand adolescent de seize ans, fils de tabétique, qui ressent l'émoi voluptueux à la vue de femmes dont les pieds paraissent trop serrés dans leurs bottines, c'est presque la pédophilie de Restif de la Bretonne.

La facilité de l'émoi général dans ce cas est lié à une vagotonie très marquée. Inquiétude, trouble et vagotonie trouvent leur explication dans l'hérédo-syphilis.

Ces exemples suffisent à montrer qu'on peut être sadique, masochiste, fétichiste et cependant parfaitement ingénu, ces dysthymies sexuelles sont très fréquentes.

M. Laignel-Lavastine insiste sur leur intérêt physiologique, médico-légal et thérapeutique. Beaucoup de ces dysthymiques sexuels n'ont jamais au cours de leur vie, affaire avec la justice. La découverte d'une dysthymie sexuelle remontant à l'enfance, ne suffit donc pas à innocenter le criminel sexuel. Outre la cause occasionnelle, la cause la plus fréquente de ces manifestations est l'hérédo-syphilis, il faut donc toujours la rechercher. Ici, comme bien souvent d'ailleurs, le traitement antisyphilitique est la meilleure prophylaxie de la criminalité.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la troisième section (hygiène).

Classement des candidats : en première ligne, M. Sacquepée; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Debré, Dujarric de la Rivière, Lesné, Tanon, Weil-Hallé.

Votants 83, majorité 42 : M. Lesné obtient 51 voix, M. Sacquépée, 26, M. Tanon, 3, Bulletins blancs, 3.

M. Lesné ayant obtenu la majorité absolue est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 MAI 1929)

Fractures spontanées chez un syphilitique non tabétique. Remarques sur la pathogénie des fractures tabétiques. — MM. Sézary et Jonesco rapportent l'observation d'un syphilitique qui eut, de 1920 à 1924, trois fractures spontanées réparées par un cal normal. En l'absence de tout signe de tabes, ils rapportent ces fractures à la syphilis. Après un traitement spécifique intensif et prolongé, la réaction de Wassermann fut réduite, et il ne se reproduisit plus

de fracture. Les auteurs émettent l'hypothèse que nombre de fractures chez les tabétiques ne sont que des fractures syphilitiques favorisées ou non par des troubles vaso-moteurs.

Un cas de pied tabétique pseudo-syringomyélique. — MM. LORTAT-JACOB et Yves BUREAU présentent un homme de quarante-six ans porteur d'une hypertrophie du gros orteil du pied droit avec arthropathie sous-jacente, mal perforant plantaire, hypersudation intense et troubles de la sensibilité thermique. Cet homme présente des signes de tabes avérés. Le pied pseudo-syringomyélique n'est donc pas l'apanage exclusif de tabes fruste, mais peut se voir dans le tabes avéré.

Granulie pulmonaire syphilitique. — MM. GATÉ, DECHAUME et H. GARDÈRE rapportent un cas se résumant ainsi : cyanose intense et persistante précédée d'hémoptysie accompagnée de fièvre élevée, aboutissant à la mort. A l'autopsie, poumons farcis de granulations grises; on croit à une granulation tuberculeuse. L'histologie montre que ces granulations sont des gomérules miliaires; qu'il n'y a ni formation tuberculeuse, ni bacille de Koch. Pour toutes ces raisons, les auteurs croient à un cas de granulie syphilitique.

Syndrome neuro-anémique. Echec du traitement par la méthode de Whipple. — M. J. DEREUX (de Lille) relate l'observation d'un malade atteint d'une sclérose combinée avec anémie. Il insiste sur les deux points suivants : 1° l'existence très rare d'une atrophie optique; 2° la dissociation de l'influence du traitement par la méthode de Whipple sur les deux syndromes : l'un, l'anémique, ayant guéri; l'autre, le neurologique, ayant persisté en s'aggravant.

Un cas de méningite cancéreuse. — MM. A. LEMIERRE et Etienne BOLTANSKI rapportent l'histoire d'une femme de soixante-quatre ans qui présenta un état démentiel très accusé consistant en désorientation dans l'espace et dans le temps, troubles de la mémoire, indifférence, tendance à l'ironie, coïncidant avec des troubles de l'équilibre. On observait de plus un certain degré de raideur permanente prédominant aux membres inférieurs et un tremblement intentionnel des membres supérieurs. Il n'existait ni paralysies, ni troubles des réflexes, ni symptômes oculaires. La ponction lombaire montra dans le liquide céphalo-rachidien de nombreuses cellules carcinomateuses. La malade avait subi, cinq ans auparavant, l'amputation du sein gauche pour cancer mammaire.

La mort survint dans le coma. A l'autopsie l'encéphale se montra macroscopiquement normal. Seul l'examen histologique révéla l'existence d'une infiltration diffuse de la pie-mère par des cellules carcinomateuses, qui envahissaient de plus les gaines lymphatiques périvasculaire de la substance cérébrale.

L'autopsie montra de plus un épaississement scléreux de la plèvre diaphragmatique gauche pénétrant dans le parenchyme pulmonaire et au sein duquel le microscope fit voir de nombreux nids de cellules cancéreuses.

Les auteurs insistent sur le tableau clinique présenté par leur malade, tableau très différent de celui des tumeurs cérébrales; et aussi sur la nécessité qu'il y a à toujours examiner le culot de centre fugation du liquide céphalo-rachidien sur lame, après fixation et coloration, la simple numération des éléments à la cellule de Nageotte pouvant fournir des renseignements incomplets.

Insuffisance cardiaque goutteuse d'origine métabolique. — M. Ed. DOUMER (de Lille) apporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, ancien goutteux, qui fit brus-

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à o gramme 25 et à o gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.

Iridol
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE À ÉVOLUTION LENTE ET LÉSION LIMITÉE
ASSOCIATION D'IODE ORGANIQUE DE MENTHOL, DE CAMPHRE ET D'ÉLÉMENTS RADIO-ACTIFS.
LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd DE STRASBOURG PARIS
DOSE UNE AMPOULE DE 1cc OU 4 À 6 CAPSULES PAR JOUR PENDANT UN MOIS. FAIRE PLUSIEURS SÉRIES APRÈS DES PÉRIODES DE REPOS.

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme
VANADARSINE GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.
DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.
VANADARSINE GUILLAUMIN
VANADARSINE injectable EN AMPOULES
Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUGMENTE L'APPÉTIT
Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

SULFOÏDOL ROBIN
Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules
ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

quement une crise de défaillance cardiaque. Quelques semaines plus tard, il fit une crise de goutte. Sous la seule influence du traitement de la goutte la défaillance cardiaque s'amenda spontanément. Le cœur retrouva son intégrité fonctionnelle et des dimensions sensiblement normales.

L'auteur estime que l'insuffisance cardiaque doit être interprétée comme une manifestation de l'état de goutte lui-même.

Cette observation est un exemple d'insuffisance cardiaque d'origine métabolique.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT D'URGENCE DE LA COLIQUE HÉPATIQUE (1).

Par le docteur SAVIGNY.

Posant pendant un temps très court le problème de son diagnostic et de son traitement, la colique hépatique impose aussi sa solution immédiate. Il importe tout d'abord d'éviter : 1° l'erreur de diagnostic avec la colique néphrétique, l'ulcus duodénal, l'appendicite, une cholécystite, une salpingite, etc., d'où la nécessité d'une confrontation soigneuse de la symptomatologie; 2° les prescriptions morphinées, intoxicantes, prolongeant la crise et pouvant provoquer le collapsus cardiaque; elles ne doivent être qu'exceptionnelles.

La douleur sera calmée, presque toujours aussi bien qu'avec la morphine par une ou plusieurs injections de cibalgine, moins toxique, et qui relâchant mieux encore la vésicule contracturée, favorise la migration du calcul. On peut également agir par la voie rectale au moyen de l'hémypnal, quatre ou cinq suppositoires par vingt-quatre heures. Dans tous les cas, on fera bien de soutenir le cœur par L ou LX gouttes de coramine, ou par l'injection d'une ou deux ampoules de cette préparation; cette précaution s'impose s'il y a tendance à la syncope.

Cette médication d'urgence permet de faire face avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps aux deux indications primordiales de la crise hépatique : la douleur qu'il faut atténuer, le cœur qu'il faut tonifier.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (9-14 juin 1929). — Par lettre en date du 12 avril 1929, le ministre de la Guerre (7e direction) fait connaître qu'à l'occasion des Journées médicales de Paris qui auront lieu du 9 au 14 juin 1929, le Serviee de santé organisera au Palais des Expositions (porte de Versailles) une démonstration de matériel sanitaire de campagne.

Cette démonstration aura un caractère pratique, pouvant utilement servir à l'instruction des officiers de réserve du Service de santé.

En conséquence, les médecins, comme du reste les pharmaciens, dentistes et officiers d'administration de réserve du Service de santé, participant aux Journées médicales, pourront être convoqués en période d'exercices, sans solde, pour prendre part à ces démonstrations techniques.

La participation de ces officiers à ces Journées leur sera comptée pour une période d'exercices, sans solde, de six jours, à diminuer de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 des lois du 1er avril 1923 et 31 mars 1928, sans toutefois qu'elle entre en ligne de compte pour la période obligatoire imposée en 1929, aux officiers de réserve appartenant aux classes 1920 à 1924.

Les officiers de réserve du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, désireux de prendre part à ces exercices, devront adresser avant le 25 mai 1929 leur demande à la direction du Service de santé, Hôtel des Invalides, qui leur adressera une convocation.

PROGRAMME DES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY. (Ce programme pourra être complété ultérieurement par des présentations de malades effectuées par des professeurs et agrégés de la Faculté ou par des médecins participant aux réunions médicales. Les demandes de présentation devront être adressées, le plus tôt possible, à M. le professeur Perrin, secrétaire du Comité.) — PREMIÈRE JOURNÉE. — *Dimanche 26 mai 1929.* — 9 h. 30. Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique rue Lionnois. Conférence de M. le professeur agrégé Barthélemy : « Y a-t-il encore un traitement médical de l'appendicite? »

10 h. 30. Conférence de M. le professeur agrégé Simonin : « Ultra-virus tuberculeux et hérédité tuberculeuse. »

14 h. 30. Présentation, par M. le docteur Lutembacher, de ses films cardiologiques. (Cœurs normaux et pathologiques.)

15 h. 30. Conférence de M. le docteur Pierra : « Les cures hydro-minérales en gynécologie. »

DEUXIÈME JOURNÉE. — *Dimanche 23 juin 1929.* — 9 h. 30. Visite de la nouvelle Maternité départementale, sous la direction de M. le professeur Fruhinsholz et de ses collaborateurs. (L'entrée se fera par la rue en construction qui prend naissance rue de Strasbourg, à côté de l'ancienne église Saint-Pierre.)

10 h. 45. Conférence de M. le professeur agrégé Cornil : « Conduite à tenir en présence d'un sujet dans le coma. »

14 h. 30. Conférence de M. le professeur agrégé Watrin : « Les agents physiques dans le traitement des dermatoses. »

15 h. 30. Conférence de M. le professeur Couvelaire, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris : « De l'avortement thérapeutique. »

N. B. — Les trois conférences du 23 juin auront lieu, sauf avis contraire, dans la salle de conférences de la Maternité.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 8 mai. — Jury : MM. Bernard, président; Loeper, Abrami et Harvier. — M. CHOFFÉ. Du rôle des maladies infectieuses dans l'étiologie de la tuberculose de la deuxième enfance. — M. KALETCHEFF. Etude de la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. — M. WAYNTAL. Propriétés thérapeutiques de l'acide acétyl-ortho-crésotique.

Samedi 11 mai. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Nobécourt et Villaret. — M. STOCLET. Traitement des abcès du poumon. — M. BERARDIER. Etude du chimisme gastrique dans les affections de la vésicule biliaire. — M. BLAIZOT. Névraxite périphérique épidémique. — M. MANDAROUX. Etude de la réaction de Vernes à la résorcine (diagnostic de la tuberculose. — Mlle SLIT. Endocardite au cours des infections typhiques. — M. PAJOT. Etude sur le traitement du zona.

LE JEUDI 6 JUIN 1929

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une FOURNITURE D'ARTICLES DE PANSEMENTS nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1er juillet 1929.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au jeudi 24 mai 1928.

(1) *Concours méd.* du 3 février 1929.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R. C. PARIS 131-565

ANDROCRINOL
contient l'hormone orchitique
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames PARIS XVII

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

l'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).
R. C., 133.144, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Tixier, Flandin, Bréchot, Chiray, Nobécourt, Stévenin, Brulé, Rivet, Pissavy, M.-P. Weil, Sézary.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Fredet, Bazy, Mocquot, Duval, Picot, Mondor, Weill-Hallé.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa. — Désarticulation sous-astragalienne. »

MM. Lacomme, 15; Ravina, 9; Lantuéjoul, 16.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Le Conseil de l'Université vient de conférer le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Paris à MM. Edward Jenks, doyen de la Faculté de droit de Londres; Roux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne; Mosciki, président de la République polonaise; Einstein, professeur à l'Université de Berlin; Frantz Cumont, conservateur du musée du Cinquantenaire de Bruxelles.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. (Réserve.) — Sont inscrits au tableau de concours pour le grade d'officier de la Légion d'honneur en 1929 :

MM. Demard (L.-M.), 14e R. ; Marie (C.-R.), 2e R. ; Auvray (L.-M.), Paris; Petges (G.-M.-G.-A.), 18e R.; Reynes (H.-G.), 15e R.; de Gorsse (B.-E.-E.), 17e R.; Lallement (M.-A.), 15e R., Debève (J.-J.-P.-F.), 1re R.; Pettit (A.), Paris; Graziani (H.-P.-J.), Paris; Giry (M.-C.-A.-D.), 6e R.; Rouzaud (J.-J.), 17e R.; Constans (A.-H.-M.), 17e R.; Plantier (J.-J.-A.), 18e R.; Marquis (E.-O.-M.), 10e R.; Cayrol (A.-P.-J.), Paris; Granger (M.-P.), 19e R.; Huleux (R.-A.-G.), 8e R.; Ahond (A.), 13e R.; Charroppin (A.), 7e R.; Lamy (P.-A.), Paris; Mercier (R.-G.), 9e R.; Doumenjou (L.), centre de mobilisation colonial d'inf. n° 179; Asselin (G.-A.), Indochine.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Pfleger, député, est nommé membre de la Commission permanente des stations hydro-minérales et climatiques, en remplacement du docteur Bouloumié, décédé.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Il est créé une médaille dite médaille d'honneur de l'éducation physique. Cette médaille comporte trois classes : médaille de bronze, d'argent et d'or.

L'attribution de cette médaille sera confiée au sous-secrétaire d'Etat de l'éducation physique. (*J. O.*, 11 mai 1929.)

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE EN 1928. — Le ministère du Travail vient de publier la statistique, pour l'année 1928, du mouvement de la population de la France, d'après les registres de l'état civil. L'excédent des naissances sur les décès a été, l'an dernier, de 70.205, dont 7.333 pour le premier trimestre, 22.001 pour le deuxième, 28.028 pour le troisième et 12.443 pour le quatrième. L'amélioration par rapport à l'année précédente, où l'on avait enregistré un excédent de naissances de 65.042 est faible; elle provient à la fois d'une légère augmentation des naissances et d'une petite diminution des décès.

Le tableau ci-dessous permet de comparer les résultats de 1928 à ceux des années antérieures jusqu'en 1920, et à ceux de 1913, dernière année normale d'avant-guerre. La population de chaque année est évaluée au 30 juin, en tenant compte

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

des excédents constatés des naissances sur les décès et de l'excédent d'immigration.

Années.	Population (milliers d'habitants).	NOMBRE des mariages.	des naissances d'enfants vivants.	des décès.
1928..	41.020	339.014	745.315	675.010
1927..	40.920	337.864	741.708	676.666
1926..	40.850	345.415	767.475	712.751
1925..	40.610	352.830	770.060	707.816
1924..	40.310	355.401	753.519	678.942
1923..	39.880	355.066	761.258	663.696
1922..	39.420	384.585	759.702	687.651
1921..	39.240	455.543	811.776	693.125
1920..	39.000	622.724	833.518	671.057
1913..	41.685	312.036	790.355	731.441

Comme d'habitude, ce sont les départements du Nord et du Nord-Est qui fournissent la plus grande natalité.

La plus petite natalité et les excédents de décès s'observent dans la Vallée de la Garonne : Gers, Haute-Garonne, Lot et Garonne, et dans le Centre : Nièvre, Cher et Allier.

L'étude de la mortalité infantile donne les indications suivantes :

Par rapport au nombre des enfants déclarés vivants dans la même année, la proportion des décès de moins d'un an s'est relevée à 91 p. 1.000 au lieu de 83 p. 1.000 en 1927 et 97 p. 1.000 en 1926. Si la mortalité infantile a été plus forte qu'en 1927, 1924-1925 et 1922, elle a été toutefois plus faible qu'en 1920-1921, 1923, 1926, et qu'en 1913 où elle atteignait 114 p. 1.000.

« L'AIDE AUX CARDIAQUES » (Fondation Dike). — Le 8 mai, à 11 h., s'est tenue à la Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, la première assemblée générale de l' « Aide aux cardiaques » (Fondation Dike).

Cette assemblée a procédé à l'approbation des statuts et à la nomination du Conseil d'administration.

M. le professeur Vaquez a exposé à nouveau le but de l'œuvre et signalé tout l'intérêt qu'il y aurait à obtenir les concours les plus nombreux, tant de la part des donateurs et des cotisants que des chefs d'industrie qui pourraient réserver des emplois aux cardiaques.

A l'issue de la réunion, le Conseil d'administration a désigné son bureau, dont M. le professeur Vaquez a été nommé président.

Nous rappelons que « l'Aide aux cardiaques » est placée sous la présidence d'honneur de MM. Tardieu, ministre de l'Intérieur; Mourier, directeur général de l'Assistance publique; Roger, doyen de la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaston Alexandre (de Paris), Magnier, médecin chef des hôpitaux de Beauvais; le professeur Lepetit (de Clermont-Ferrand), décédé accidentellement.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ. (Service du professeur VAQUEZ.) — *Maladies du cœur* (cours d'enseignement et de perfectionnement). — Ce cours commencera le lundi 27 mai 1929, à 10 h.

Il comportera deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

Première partie : *Radiologie et électrocardiographie.* — Les docteurs Bordet et Géraudel, chefs de laboratoire, feront le matin une série de vingt leçons, suivies d'exercices pratiques.

Programme. — Radiologie du cœur, par le docteur Bordet.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Dix séances seront consacrées à l'examen des malades et à la prise d'orthodiagrammes.

Electrocardiographie, par le docteur Géraudel.

Chaque séance comportera, après la leçon théorique, des exercices pratiques consacrés à la manipulation de l'électrocardiographe, à l'analyse des électrocardiogrammes et à la rédaction des diagnostics électrocardiographiques.

Deuxième partie : *Clinique.* — Les docteurs Donzelot, agrégé, médecin des hôpitaux; Mouquin, médecin des hôpitaux; R. Giroux et Plichet, chefs de clinique, feront, l'après-midi, une série de vingt leçons.

L'inscription a lieu au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. (guichet n° 4).

Le droit d'inscription est de 250 fr. pour une série de vingt leçons, soit de sémiologie pratique, soit de radiologie et électrocardiographie, ou de 500 fr. pour les deux séries. — Le nombre des assistants est limité. — Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du cours.

NOTES DE PRATIQUE

CARDIOPATHIES ET ÉTATS NERVEUX

« Chez un cardiaque avéré qui a des syncopes, des palpitations violentes, une polypnée intense, des phénomènes angineux spontanés sans les caractères véritables de la coronarite, suspectez la névropathie » (Huchard).

En dehors des prescriptions d'hygiène (régime hypoazoté et hypochloruré, suppression des excitants, hydrothérapie tiède), la médication de choix est alors la Théosalvose barbiturique, dont on prescrira un cachet dosé à 0g25 matin et soir. En général, elle triomphe vite de l'angiospasme.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DÉPLACEMENT ET ACCÉLÉRATION DU RAPIDE (1re et 2e CLASSES) DE JOUR, PARIS-MARSEILLE. — Le rapide n° 11 (1re et 2e classes) est, à partir du 15 mai, retardé de 3 heures au départ de Paris et accéléré afin de réduire d'environ une heure la durée du trajet entre Paris et Marseille.

Ce train, ainsi que le train de retour (rapide n° 12) comportera, en plus des voitures de 1re et de 2e classes ordinaires, des wagons-salons Pulman de 1re et de 2e classes.

Départ de Paris, 12 h.; de Dijon, 16 h. 20. Arrivée à Lyon-Perrache, 18 h. 49; à Avignon, 22 h. 01; à Marseille, 23 h. 42.

Wagon-restaurant.

— DÉPLACEMENT DU RAPIDE N° 13 PARIS-LYON. — A partir du 15 mai, le rapide n° 13 (Lits-salon ordinaires, 1re et 2e classes. Wagon-restaurant) Paris-Lyon est retardé de 2 h. 35 au départ de Paris. Ce train constitue une excellente relation de soirée entre Paris, la Bourgogne et Lyon.

Départ de Paris, 15 h. Arrivée à Dijon, 19 h. 25; à Chalon-sur-Saône, 20 h. 36; à Mâcon, 21 h. 16; à Lyon-Brotteaux, 22 h. 09; à Lyon-Perrache, 22 h. 25.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

A. — *AIGUË*

par les injections intraveineuses de

GONACRINE

Chloro-Méthylate (neutre) de la Diaminoacridine

en solution à 2 %

B. — *CHRONIQUE ET DE SES COMPLICATIONS*

par les injections intramusculaires de

NÉO-DMEGON

Vaccin antigonococcique fluoruré

Littérature franco sur demande

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e) — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e)

R. C. Paris 5386

SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE



SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

CASTRATION CHIRURGICALE, SALPINGO-OVARITE · AMÉNORRHÉE

LES FORMES HÉPATIQUES
DE
L'ENDOCARDITE MALIGNE

Par le docteur J. MILHIT,
Médecin de la Maison Dubois,

et M. MAURICE DÉROT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons observé en 1928 dans le service Féréol de la Maison Dubois sept cas d'endocardite maligne.

Sur nos sept cas deux ont présenté une symptomatologie très anormale, dominée par des signes hépatiques et nous croyons intéressant d'en rapporter les observations.

OBSERVATION I. — Endocardite maligne révélée par un abcès du foie (recueillie en collaboration avec le docteur Bith).

Mme V..., soixante ans, entre à la Maison Dubois le 18 août 1928.

Elle est malade depuis deux mois. Au mois de juin elle a commencé à éprouver de la dyspnée d'effort.

Au début d'août est apparu un point de côté hépatique et c'est ce symptôme qui motive l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 18 août, jour de son entrée, la malade présente les symptômes suivants.

Température 37°9.

Douleur violente à l'hypocondre droit irradiant vers l'épaule, pas de points phréniques.

L'abdomen respire normalement.

La palpation ne montre pas de contracture. On sent un foie énorme qui atteint la crête iliaque droite et dépasse l'ombilic vers la gauche.

Le foie est douloureux de consistance normale, sa surface paraît régulière.

La rate est palpable.

Pas d'ascite, pas de circulation collatérale.

Appareil pulmonaire : râles de bronchite dans les deux poumons.

La base droite est mate, le murmure vésiculaire y est aboli.

Le thorax est asymétrique, la base droite étant fortement dilatée.

Cœur : rapide, 100 pulsations par minute.

Quelques extrasystoles.

Pas de bruits orificiels.

Pas d'œdèmes.

Urines rares, mais sans albumine.

Rien à l'examen du système nerveux.

Antécédents. — La malade a longtemps séjourné en Orient mais nie tout antécédent de paludisme ou d'amibiase.

Évolution. — Le soir même de son entrée à 10 heures la malade fait une crise de dyspnée paroxystique qui est traitée par la saignée et l'ouabaïne intraveineuse.

Du 17 au 22 août la malade reçoit un traitement tonicardiaque : c gouttes de solution de digitale ou 1/1000 en cinq jours.

Le foie diminue de volume; sa limite inférieure remonte de quatre travers de doigt environ.

L'état général demeure grave.

Le 24 août, un traitement d'épreuve par l'émétine est institué, il est abandonné au bout de huit jours n'ayant donné aucun résultat.

Les jours suivants malgré l'absence de tout signe de syphilis on essaie un traitement par le cyanure de mercure qui ne produit aucun effet.

Cependant l'état de la malade demeure grave.

La douleur hépatique est toujours vive.

Le foie demeure gros.

Les crises de dyspnée nocturne se répètent.

Un examen radiologique fait le 4 septembre montre un énorme foie refoulant le poumon et dont l'ombre atteint en haut la quatrième côte, pas d'épanchement pleural.

Le 7 septembre apparaît de la cyanose du visage et du thorax, la dyspnée est intense.

La malade meurt le 9 septembre.

Durant toute l'évolution la température est demeurée au dessous de 38 degrés.

L'hémoculture n'a pu être pratiquée.

Autopsie. — Nous ne pouvons pratiquer qu'une incision de 30 centimètres qui est seule autorisée par la famille.

Foie : Enorme abcès occupant tout le lobe droit du foie et contenant environ 300 grammes de pus verdâtre et bien lié.

Le reste du parenchyme hépatique est légèrement scléreux; aspect de foie muscade dur.

Pas trace de membrane hydatique.

Rate scléreuse.

Reins congestionnés, pas d'infarctus.

Poumons. — Gauche : légère congestion de la base.

Droit : atelectasie et sclérose des deux lobes inférieurs.

Cœur : Volumineux.

Cavités gauches : Sclérose du bord libre de la grande valve mitrale.

Cavités droites : Ventricule droit normal.

Tricuspide normale.

L'oreillette droite est obstruée par une énorme végétation blanche insérée sur la paroi inter-auriculaire.

Examens de laboratoires. — *Pus :* Très nombreux bacilles gram positifs dus probablement à une pullulation cadavérique.

Foie : Paroi de l'abcès est formée par du tissu scléreux, infiltré de leucocytes. Le tissu hépatique est très altéré.

Quelques figures de diplocoques sont observées dans la paroi.

Cœur : La végétation est examinée à son point d'implantation sur la paroi cardiaque.

On y décèle quelques diplocoques gram positifs.

En résumé il s'agit d'un énorme abcès du foie coexistant avec une sclérose mitrale et avec une endocardite pariétale de l'oreillette droite due à un diplocoque gram positif.

OBS. II. — *Endocardite maligne révélée par un ictère grave.* — M. R..., vingt-six ans, commerçant.

Entre dans le service le 3 octobre 1928.

C'est un jeune homme robuste alité seulement depuis trois semaines.

L'affection actuelle a débuté insidieusement par de la fatigue, de l'anorexie, une légère obnubilation, une légère dyspnée.

Le diagnostic de fièvre typhoïde a été discuté à ce moment là.

Les antécédents du malade ne révèlent rien. C'est un jeune homme qui a accompli sans inconvénients son service militaire. C'est un joueur de football qui a eu toutefois à plusieurs reprises des syncopes sur le terrain.

Depuis trois mois il est légèrement essoufflé à l'effort mais n'a même pas songé à interrompre ses occupations.

Le *3 octobre 1928*, l'examen général montre un malade cyanique avec léger subictère des conjonctives.

Température à 38°8.

Œdème rosé des deux jambes.

Cœur rapide.

A l'auscultation : souffle systolique intense perçu aussi bien à la base du cœur qu'à la pointe. Léger souffle diastolique perçu derrière le sternum au niveau du troisième espace intercostal.

Le foie est gros et douloureux.

La rate palpable.

Albuminurie considérable.

Les réflexes sont normaux.

Aucun signe de spécificité.

Le *4 octobre*, l'ictère s'est précisé, colorant uniformément les téguments dans leur ensemble.

L'hémoculture est pratiquée.

Le sang est ensemencé :

1. En boîte de Boer;
2. En bouillon citraté;
3. En eau physiologique additionnée d'extrait globulaire sans huile de vaseline.

Quatre tubes de ce dernier milieu sont préparés, dont deux sont mis à l'étuve à 37, et deux sont maintenus à la température du laboratoire.

Aucun germe ne pousse.

Le *5 octobre*. L'état s'est aggravé.

Il apparaît sur le corps des ecchymoses spontanées.

Le *6 octobre*. Malade dyspnéique et délirant.

Hémorragies sous-cutanées couvrent d'ecchymoses les deux jambes et la majeure partie du tronc.

Le *7 octobre*. Malade meurt peu après une saignée.

Autopsie le *9 octobre*.

Foie : Aspect de foie muscade, déjà en voie de putréfaction, l'autopsie n'ayant pu avoir lieu que quarante-huit heures après la mort.

Rate : En voie de putréfaction.

Poumons : Congestion des bases.

Cœur : Gros ventricule gauche. A l'ouverture :

Orifice mitral : Normal.

Orifice aortique : Les trois valvules sont remplacées par un bourrelet rigide et irrégulier formé de végétations, les unes sont en voie de calcification, les autres friables et paraissant plus récentes.

Les cavités droites sont normales.

L'aorte et l'artère pulmonaire ne présentent pas de lésions macroscopiques.

Histologie. — *Foie* : Interprétation impossible par suite du début de putréfaction.

Cœur : Une végétation aortique est examinée, pas de microbes visibles par la méthode de gram.

En résumé il s'agit d'une endocardite maligne revélée par un ictère grave.

Conclusions. — Observation I. — Ce cas nous paraît intéressant par sa rareté, nous n'avons pas retrouvé en effet d'observations analogues.

On a certes signalé des abcès de la rate, du rein mais nous n'avons pas connaissance de cas où un gros abcès du foie collecté ait dominé à tel point le tableau clinique d'une endocardite maligne qu'on ait pu être amené à discuter les diagnostics que nous avons énumérés.

Au point de vue évolutif cette endocardite devrait être classée parmi les endocardites aiguës malignes primitives pariétales.

Obs. II. — Ce cas est également assez paradoxal à notre avis.

L'affection a évolué très rapidement en un mois chez un sujet qui paraissait antérieurement parfaitement sain.

Le tableau clinique était celui d'un ictère grave succédant à une phase prodromique caractérisée par des troubles généraux avec sensation de fatigue et d'asthénie.

Toutefois dans ce cas la coexistence d'un double souffle aortique nous avait fait soulever l'hypothèse d'une endocardite maligne.

Au point de vue anatomique nous avons trouvé des lésions si intenses qu'on ne peut les concevoir comme réalisées par une affection aiguë ayant duré un mois.

Nous pensons que le sujet présentait une aortite ancienne dont nous n'avons pas retrouvé la cause.

Sur cette aortite s'est greffée une endocardite maligne à laquelle paraît imputable le syndrome d'ictère grave et de défaillance cardiaque auquel le malade a succombé.

Dans ces deux cas l'endocardite maligne aiguë a réalisé un tableau clinique très atypique. Nous avons cru intéressant de relater ces observations. Elles ne feront que confirmer la notion du polymorphisme de l'affection qui a côté des formes nerveuses, spléniques, rénales, méningitiques et autres, est capable de donner lieu à des formes hépatiques comme nous venons de le montrer.

DILATATION VARIQUEUSE SUS-LIGAMENTAIRE
DE LA VEINE OVARIENNE

Par MM. SOUBEIRAN et FERVAL (de Montpellier).

Le varicocèle pelvien ou varicocèle tubo-ovarien a fait l'objet de communications nombreuses. Signalé pour la première fois par Richet en 1857 dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* chez une femme dont il avait fait l'autopsie, il est actuellement entré dans le domaine de la pathologie. Cependant on ne le voit figurer dans les traités modernes de pathologie chirurgicale qu'au titre des lésions secondaires aux affections de l'utérus et des annexes, alors qu'il existe un varicocèle pelvien essentiel, idiopathique, ayant des caractères qui lui sont propres, et lui octroyant une place spéciale tout à fait en dehors des maladies de l'appareil génital.

Les lésions signalées dans le varicocèle siègent dans les nombreux plexus veineux du ligament large et consistent en une dilatation passive et permanente de ces vaisseaux s'accompagnent de processus de sclérose. Elles sont associées à des lésions de l'ovaire, qui peuvent être primitives ou secondaires.

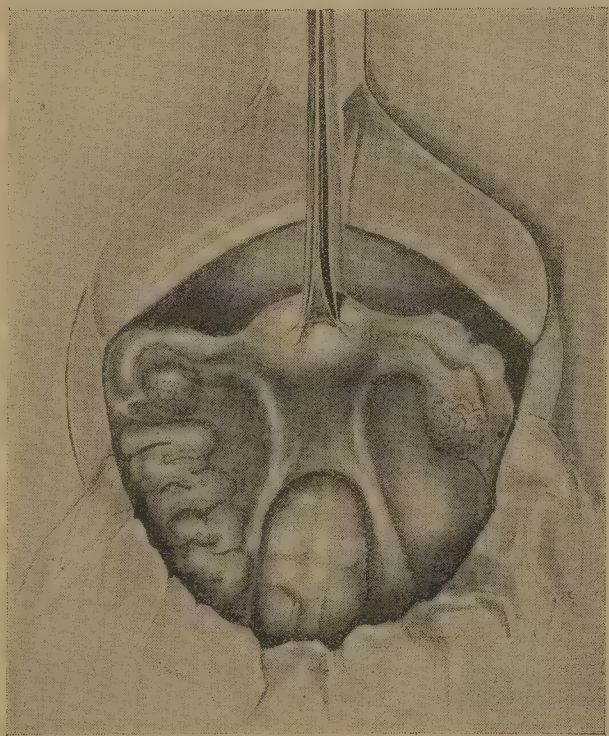
Nous avons eu l'occasion d'observer un cas particulièrement rare de varicocèle pelvien : la lésion siégeait uniquement sur la veine ovarienne dans sa partie terminale, véritable varice sus-ligamentaire de cette veine, dont voici l'observation résumée :

Mlle L... (Denise), âgée de vingt-trois ans, se plaint de douleurs pelviennes intolérables rebelles à tout traitement médical.

Réglée à douze ans, sans douleurs, régulièrement tous les mois, elle perd pendant quatre à cinq jours jusqu'à l'âge de vingt et un ans.

A partir de ce moment, elle commence à ressentir une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, douleur sourde, avec un point particulièrement douloureux dans la fosse iliaque

gauche, s'irradiant dans la région fessière du même côté. La douleur présente un caractère particulier : elle prend naissance *dans la station debout*, s'exaspère à la marche et se calme très rapidement dans la position couchée. Cette disparition de la douleur avec le changement de position a tellement frappé la malade qu'elle en souligne l'importance. Chaque poussée douloureuse l'incitait à s'allonger, se trouvait-elle dans la rue. Les règles sont restées normales. Depuis six mois elles apparaissent tous les vingt jours et sont marquées de phénomènes douloureux intenses dans les cinq à six jours qui les précèdent. Sensation de bien-être après le flux menstruel.



Dilatation variqueuse sus-ligamentaire de la veine ovarienne.

Après différentes alternatives, où la malade voit son état rester stationnaire, les douleurs pré-menstruelles intolérables réapparaissent et s'installent dix jours puis quinze jours avant et finissent par condamner au repos absolu la pauvre malade qui souffre continuellement.

A l'examen, rien de particulier. Pas de rétroversion, pas de lésions annexielles appréciables.

L'intervention pratiquée le 4 juin 1926 permet de constater que :

1° Le cæcum est mobile;

2° L'appendice est normal;

3° Les ovaires sont scléro-kystiques, gros comme une petite mandarine, et les veines du ligament large très peu augmentées de volume;

4° La lésion principale siège à gauche. On voit une énorme veine, du volume du pouce, flexueuse et dilatée, reposant sur le ligament large, unique, remonter le long du bassin vers le rein. Sa flexuosité, qui décrit trois à quatre courbes, rappelle celle de la saphène interne dans les grosses varices du membre inférieur.

On fait :

1° La ligature très haute de cette veine, au-dessus du bassin, derrière le méso-côlon, près de l'insertion du péritoine;

2° La sympathectomie de l'iliaque primitive de chaque côté;

3° L'hystérectomie sub-totale.

L'opérée fait un mois après l'intervention, une phlébite du membre inférieur gauche qui a très bien guéri.

Revue en juin 1927 et en 1929, la malade avait engraissé et ne souffrait plus.

Nous avons tenu à rapporter cette observation intéressante à cause de la nature de la lésion. Alors que cette malade présentait des symptômes pouvant faire penser à un varicocèle pelvien en raison de la symptomatologie spéciale des douleurs accusées, nous avons vu les lésions siéger uniquement sur la portion de la veine ovarienne gauche située au-dessus du ligament large, dans sa partie que nous pourrions appeler sus-ligamentaire. Cette déformation peut s'expliquer (*congénitalement*) par l'absence de valvule empêchant le reflux du sang de la veine rénale. Le poids de la colonne sanguine a progressivement amené la dilatation de la veine ovarienne, qui même dans la position de Trendelenbourg sur la table d'opération gardait sa dilatation passive acquise, et malgré le jeune âge du sujet avait entraîné la sclérose du vaisseau (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1929)

Sur les réflexes vertébraux. — M. J. JARKOWSKI indique deux procédés pour rechercher ces réflexes : dans l'un, le malade est couché sur le côté, en chien de fusil; la percussion de la colonne vertébrale provoque une contraction des muscles de la face postérieure de la cuisse; dans l'autre, le malade est placé en position génu-pectorale : outre la réaction précédente, on observe alors un redressement du tronc.

Les réflexes vertébraux semblent exceptionnels à l'état normal, du moins si la force de la percussion est moyenne, comme dans l'exploration courante des réflexes tendino-périostés.

Ils ne sont pas rares à l'état pathologique, en particulier dans la paraplégie spasmodique en extension. Il semble qu'ici les réflexes vertébraux pourraient parfois être utilisés pour localiser la lésion, comme l'auteur le montre sur deux malades : chez l'une, ces réflexes se laissent provoquer par percussion du rachis jusqu'à la hauteur de la IIIe vertèbre dorsale; chez l'autre, ils s'arrêtent au niveau de la VIIIe ou de la IXe dorsale.

En ce qui concerne la signification pathologique de ces phénomènes, l'auteur croit que, si l'on est tout naturellement porté à les mettre sous la dépendance d'une lésion du faisceau pyramidal, on n'a pas le droit d'exclure *a priori* l'hypothèse d'une hyperesthésie du rachis; on sait, en effet, que les affections osseuses et articulaires sont susceptibles de provoquer une surréflectivité tendino-périostée en dehors de toute affection du système nerveux central.

A la solution de cette question en est subordonnée une autre : comment utiliser ces réflexes pour le diagnostic de localisation? S'il s'agit d'une hyperesthésie du rachis, les données fournies par les réflexes vertébraux doivent être rapportées aux vertèbres mêmes; par contre, si l'exagération de ces réflexes dépend d'une atteinte du système pyramidal, la limite de l'arrêt des réflexes vertébraux indique une lésion

(1) Voir la bibliographie de la thèse de FERVAL. Montpellier, 1928, n° 67; on y ajoutera le mémoire de COURTY. Le varicocèle pelvien. *Arch. franco-belges de chir.*, 1925, n° 8.

du segment médullaire dont la racine sort du rachis au niveau de cette limite.

La solution de tous ces problèmes ne sera possible que grâce à un nombre suffisant d'observations anatomo-cliniques.

Note préliminaire sur des essais d'application thérapeutique de l'osmium, en particulier dans la sclérose en plaques. — M. J. Jarkowski.

Œdème dur traumatique de la main. Intervention des réflexes sympathiques, vaso-moteurs et trophiques. — MM. Tinel et Moncany présentent un malade qui a été atteint d'un œdème traumatique énorme à la suite d'une morsure très douloureuse à la main.

Aucune infection, aucune thrombose veineuse, aucune compression naturelle ou artificielle ne peuvent être incriminées.

Par contre, l'intervention des réflexes sympathiques apparaît indiscutable.

Cet œdème dur, blanc et chaud, se caractérise par une intégrité complète des battements artériels, aussi bien pour l'humérale et pour la radiale que pour les artérioles digitales. L'amplitude des battements est même plus grande que du côté sain.

Au contraire, il existe manifestement une angiopasme systématisée sur les veines et sur les veinules : absence de cyanose, effacement complet de toutes les veines superficielles du membre supérieur.

Il semble donc que l'obstacle circulatoire, qui provoque la transsudation œdémateuse, siège au niveau des veinules et des capillaires veinulaires. C'est un angiopasme veineux systématisé, réalisé par un réflexe algique.

Et, pour apporter une véritable signature de l'origine sympathique de cet œdème, le malade a présenté pendant toute la période aiguë et douloureuse une suppression complète des sueurs du membre supérieur, de l'aisselle et de l'hémiface droite.

Les auteurs opposent cet œdème blanc, par spasme veiniculaire, à l'œdème bleu que provoque le spasme artériel.

Les symptômes se sont améliorés surtout par l'action de la chaleur et de la mobilisation active, poursuivie par le malade avec une grande énergie. Il persiste une certaine raideur articulaire du poignet, qui est très tenace.

M. Barré croit qu'il existe souvent, en particulier, un petit névrome sympathique, et que le chirurgien peut quelquefois l'extirper.

M. André-Thomas souligne le caractère paradoxal et dissocié de la réaction sympathique : inhibition de la sécrétion sudorale et excitation des vaso-constricteurs.

A propos de huit cas de tumeurs frontales. — MM. Cl. Vincent, Th. de Martel et M. David. Depuis le rapport présenté au Congrès de neurologie, en juillet 1928, les auteurs ont porté, à huit reprises, le diagnostic de tumeur frontale. Ce diagnostic fut chaque fois vérifié lors de l'intervention. Il s'agissait de trois méningiomes, de trois gliomes, d'un hémangiothéliome, d'un kyste hydatique. Inversement, jamais une tumeur d'une autre région ne fut prise pour une tumeur frontale.

Le plus souvent, le diagnostic de tumeur frontale fut posé à l'aide des seuls signes cliniques : trois fois les auteurs eurent recours à la ventriculographie pour la détermination du côté. La stase papillaire manquait dans trois cas.

Le syndrome mental classique des tumeurs frontales doit être considéré comme tardif; il n'accompagne, le plus souvent, que les tumeurs frontales volumineuses. Les phénomènes cérébelleux n'ont été retrouvés dans aucun cas.

Sur ces huit malades, cinq sont actuellement guéris; les trois autres, qui furent adressés trop tardivement, sont morts; l'un, au moment où on le transportait à la salle d'opération; l'autre, dès l'incision du cuir chevelu; le troisième, au moment de soulever le volet osseux.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'opérer le plus précocement possible les malades atteints de tumeur du cerveau et de ne pas laisser passer la période de tolérance, après laquelle l'évolution se précipite souvent avec une extrême rapidité et où les chances de succès de l'intervention diminuent considérablement.

M. Barré, dans une statistique de huit tumeurs frontales, n'a pas relevé non plus de syndrome cérébelleux.

M. de Massary relate deux observations qui mettent en valeur, comme celles de M. Cl. Vincent, le caractère brutal et inopiné des accidents terminaux.

Un nouveau cas de tumeur de la poche cranio-pharyngée, poche de Rathke. — MM. Clovis Vincent et Marcel David présentent l'observation anatomo-clinique d'un nouveau cas de tumeur de la poche de Rathke.

Ils insistent particulièrement sur trois points :

1° L'âge de la malade, qui avait quarante-huit ans; les tumeurs de la poche cranio-pharyngée s'observent pourtant surtout dans les deux premières décades de l'existence;

2° L'intensité des troubles mentaux, qui dominaient la scène;

3° L'évolution très particulière des troubles visuels : d'abord, hémianopsie homonyme gauche partielle, suivie d'une évolution capricieuse des scotomes, avec non-superposition du scotome droit et du scotome gauche; puis hémianopsie bitemporale, avec décoloration papillaire tardive, sans stase.

Le diagnostic clinique porté fut : tumeur suprasellaire Cette malade fut opérée, avec de Martel, en octobre 1928 : on ne parvint pas, cette fois, sur la tumeur.

La malade supporta parfaitement l'opération, et on se proposait de réintervenir, quand elle contracta un érysipèle, dont elle mourut en mars 1929.

Paralysie ascendante aiguë. — MM. L. Babonneix et A. Duruy rapportent un cas de paralysie ascendante aiguë, à l'autopsie duquel ils ont trouvé, en plus d'une hyperémie viscérale généralisée, de grosses lésions du système nerveux : hémorragie lombaire extradure-mérienne, congestion de divers points du névraxe, ramollissement aigu de la substance blanche, contrastant avec l'intégrité de la substance grise de la moelle. Il s'agit sans doute, dans ce cas, d'infection à virus neurotrope, voisin, mais différent de celui de la paralysie infantile, et dont les effets pourront être précisés moins par l'anatomie pathologique que par l'expérimentation.

Hoquet avec hémisyndrome cérébelleux et bulbaire de nature névraxitique. — MM. Rimbaud et Chardonneau rapportent l'observation d'un hoquet fébrile qui a persisté pendant plusieurs mois, et sur lequel viennent se greffer successivement un hémisyndrome cérébelleux droit et un hémisyndrome bulbaire qui déterminent une syncope mortelle.

Le tableau clinique de la maladie et les réactions rachidiennes paraissent indiquer qu'il s'agissait d'une névraxite, dont la localisation prédominante affecte le pédoncule cérébelleux inférieur et la région bulbaire supérieure rétro-olivaire.

Ce cas est nettement en faveur de l'origine encéphalitique de certains hoquets.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 27 avril 1929)

Au sujet des neuro-infections mortelles autostérilisables. L'encéphalite herpétique du renard. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et R. Schoen. Le renard peut contracter l'encéphalite après inoculation intracérébrale d'une souche de virus herpétique ayant subi de nombreux passages sur le lapin

et le singe. La maladie évolue en dix jours, reproduisant la plupart des symptômes de l'encéphalite léthargique humaine et même ceux de l'encéphalopathie post-vaccinale. Les altérations qui intéressent les neurones et les vaisseaux dans toute l'étendue de l'écorce cérébrale, des noyaux centraux, de l'hippocampe, des pédoncules et de la protubérance, diminuent à mesure que l'on se rapproche de la moelle épinière.

Deux faits à retenir : 1° l'absence de lésions herpétiques spécifiques de la cellule nerveuse. L'encéphalite peut donc être provoquée chez certaines espèces animales par un ultravirus du groupe herpéto-encéphalitique, sans qu'elle s'accompagne d'altération herpétique proprement dite des neurones. L'absence de telles altérations ne saurait donc présumer en aucune manière de la nature non herpétique d'un processus encéphalopathique quelconque (exemple : l'encéphalite humaine type v. Economo); 2° la stérilité complète du névraxe. Le cas du renard rentre dans le cadre des neuro-infections mortelles autostérilisables, dont il constitue un parfait exemple. L'animal est mort avec tous les symptômes et toutes les lésions de l'encéphalite dite léthargique, voire même de l'encéphalite post-vaccinale, et cependant, ni son système nerveux, ni certains de ses organes ne contenaient, au moment de la mort, le virus herpétique. Si l'on transpose ces données en pathologie humaine, on est frappé de l'analogie entre cette observation et ce que l'on constate souvent dans l'encéphalite léthargique et constamment dans l'encéphalopathie post-vaccinale : altérations névraxiques intenses et absence de virulence du système nerveux. La nature herpéto-encéphalitique des virus qui provoquent ces maladies névraxiques humaines apparaît ainsi de plus en plus probable.

Variation de l'équilibre acido-basique du sang, en relation avec un rythme paradoxal de fatigue. — MM. M. DELAVILLE et P. TCHERNIAKOFSKY. Sur des malades accusant au réveil une sensation de fatigue qui s'atténue dans la journée et disparaît tout à fait vers 17 h., ces auteurs ont suivi les variations de l'équilibre acide-base du sang. Ils ont vu que ces malades sont au réveil en état net d'alcalose, état qui régresse et disparaît en même temps que la sensation de fatigue, l'alcalose correspondant à une mauvaise oxygénation des tissus qui doit être responsable de l'état de ces malades.

Infection expérimentale du cobaye, type Fontès-Valtis obtenue avec le liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint d'une forme particulière de méningo-encéphalite tuberculeuse. — M. LOYGUE rapporte une observation d'une forme anormale de méningo-encéphalite tuberculeuse caractérisée par des lésions non folliculaires, dans laquelle l'inoculation au cobaye réalisa une infection expérimentale atypique, rappelant celle du type Fontès-Valtis.

Présentation d'ouvrage. — M. Henri VIGNES présente à la Société de biologie un ouvrage intitulé : *Physiologie gynécologique et médecine des femmes* (1).

L'action des extraits placentaires sur le pH sanguin. — M. IMPARATO dans des notes antérieures, a montré que l'injection intraveineuse de folliculine et d'extrait pré-hypophysaire provoque de l'alcalose alors que les extraits de corps jaune et de posthypophyse déterminent de l'acidose. Dans la présente note il constate que les résultats donnés par des injections d'extrait placentaire sont inconstants; mais, dans la plupart des cas, il y a plutôt alcalose.

(SÉANCE DU 4 MAI 1929)

MM. POINCLOUX et COPELOVICI-COPÉ présentent les résultats du traitement de dix-huit **épididymites gonococciques par la vaccination régionale par la porte d'entrée**, selon la méthode de l'un d'entre eux. La malade guérit en sept à dix jours, la marche étant possible dès le quatrième. L'urétrite guérit en même temps que l'orchite.

La vaccination régionale par la porte d'entrée améliore profondément le pronostic du rhumatisme blennorragique. — MM. POINCLOUX et COPELOVICI-COPÉ. Le processus inflammatoire est arrêté en une dizaine de jours dans les cas récents. L'action est aussi favorable dans les cas anciens.

Anaphylaxie et gestation. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD. La préparation des femelles pleines se fait aussi facilement que celle des cobayes ordinaires. Les quantités de sérum que l'on doit employer sont les mêmes chez les unes et chez les autres. Le délai, qui s'écoule avant que la sensibilisation soit acquise, ne paraît pas modifié par l'état de la gestation. On peut déchaîner sans peine le choc anaphylactique chez les femelles pleines qui ont été préparées avant ou pendant la gestation, mais on doit les éprouver par de fortes injections déchaînantes qu'il paraît nécessaire de faire par voie péritonéale.

Sur la nature du produit toxique intervenant dans l'occlusion intestinale. — MM. A. BLANCHETIÈRE et Léon BINET, étudiant le liquide d'occlusion expérimentale chez le chien, montrent la présence dans ce liquide d'une peptamine, dépourvue d'histamine et d'amino-acides cycliques. Cette substance a été extraite à la dose de 28 milligrammes en partant de 1.200 centimètres cubes de liquide intestinal recueilli au-dessus de l'occlusion.

Effets de l'acétylcholine sur la sécrétion pancréatique. — MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et R. EVEN ont étudié l'effet de l'acétylcholine en injections sous-cutanées et intraveineuses sur la sécrétion pancréatique du chien.

Cette substance détermine la sécrétion d'un suc directement actif sur l'ovalbumine et contenant par conséquent de la trypsine active d'emblée.

Essayant de déterminer des pancréatites hémorragiques par ligature du canal de Wirsung suivie d'une injection d'acétylcholine, suivant la technique employée par L. Binet et P. Brocq pour déterminer des pancréatites expérimentales avec la pilocarpine, ils ont obtenu une fois sur quatre une pancréatite nette avec hémorragies et taches de stéatonécrose.

Identification du vibrion septique par la réaction de Bordet-Gengou. — MM. J. DAVESNE et C. SANCHEZ ont utilisé la réaction de déviation du complément pour l'identification du vibrion septique. Ils ont employé comme antigènes des émulsions microbiennes chauffées, et, comme sérum sensibilisant, un sérum de lapin préparé par injections intraveineuses de corps microbiens. Vingt-cinq souches ont été étudiées. Elles ont toutes donné des réactions positives avec le sérum dilué à 1 p. 200. Les réactions ont été négatives avec des émulsions de *B. Perfringens*, de *B. Sporogenes* de *B. Histolytique* et de *B. Œdematiens*.

La réaction de déviation du complément donne donc des résultats supérieurs à ceux fournis par l'agglutination pour l'identification du vibrion septique. Elle permet d'identifier cette espèce microbienne. Il n'y a aucune concordance entre le taux des sensibilisatrices et celui des agglutinines obtenues par l'immunisation.

Essais sur l'immunité antitoxique. De l'influence des saignées sur la production de l'antitoxine chez le cheval, au cours de l'hyperimmunisation. — M. G. RAMON. Les petites saignées répétées, au cours de la période d'immunisation et d'hyperimmunisation du cheval vis-à-vis de l'intoxication diphtérique, n'ont pas d'action favorisante sur la production de l'antitoxine; par la quantité de sang chargé d'antitoxine qu'elles soustraient à l'organisme, elles dimi-

(1) Paris 1929, Masson.

nuent bien plutôt cette production. Lorsque des saignées abondantes sont pratiquées suffisamment longtemps après la dernière injection d'antigène, il n'y a pas par la suite récupération de l'antitoxine enlevée lors de ces saignées. Donc ce n'est pas de son propre fonds exclusivement que l'organisme peut tirer tous les matériaux qui lui sont nécessaires pour la préparation de l'antitoxine, il doit également faire appel pour cette préparation à d'autres éléments d'origine extrinsèque. Ces éléments ne peuvent lui être fournis que par l'antigène spécifique dont la réinjection est absolument indispensable pour qu'il y ait une production nouvelle d'antitoxine.

Essais sur l'immunité antitoxique. Sur la baisse progressive du pouvoir antitoxique chez l'animal hyperimmunisé soumis à des saignées répétées. — MM. G. Ramon et P. Valot. Sous l'influence des saignées répétées, et en l'absence d'injection de l'antigène spécifique, le pouvoir antitoxique de l'animal hyperimmunisé baisse graduellement. Cette baisse est en rapport direct avec le nombre et l'importance des saignées. La reprise des injections d'antigène permet de compenser la perte d'antitoxine résultant des saignées.

Sur l'action hypotensive de divers extraits d'organes préparés à la manière de quelques insulines. — M. G. Boivin a appliqué à toute une série d'organes la méthode de préparation classique d'extraits hydro-alcoolique récemment reprise par MM. P. Gley et N. Kisthinios pour isoler des insulines impures des substances hypotensives par voie intra-veineuse chez le lapin.

Seuls, les extraits de sous-maxillaire et de thyroïde sont un peu moins actifs que l'extrait pancréatique.

Les extraits de poumon sont 30 fois plus actifs que les extraits pancréatiques; viennent ensuite, par ordre de puissance hypotensive, les extraits d'ovaires, de rate, de vessie, de foie, de parotide et de rein.

Si les essais devaient se confirmer, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de substituer aux extraits pancréatiques, les extraits de poumon, d'ovaire, de rate, de vessie, etc..., beaucoup plus actifs.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 1er mars 1929)

Traitement des tumeurs de la vessie. — M. Luys pense que le traitement actif du cancer de la vessie est jusqu'ici décevant; par contre, le traitement des tumeurs bénignes de cet organe donne d'excellents résultats et doit être institué hâtivement : 1° par voie endovésicale et princialement par l'électrocoagulation appliquée à sec avec le cystoscope à vision directe toutes les fois où cette méthode est applicable; 2° par voie hypogastrique lorsqu'on a affaire à des tumeurs vésicales volumineuses. On pourra alors utiliser l'exérèse ordinaire ou mieux l'application de l'anse froide.

Un cas de fibrome de la langue. — M. Peugniez fait un rapport sur une observation de M. Le Roy des Barres (de Hanoï); tumeur de la langue chez une femme de cinquante et un ans, opération facile; histologiquement, cette tumeur était un fibrome. Le rapporteur fait l'historique des tumeurs de la langue.

Sur la tuberculose isolée des ganglions mésentériques et sur son pronostic. — M. Delivet fait un rapport sur une observation de M. Dervaux (de Saint-Omer), concernant un cas de tuberculose primitive des ganglions mésentériques ayant simulé l'appendicite. L'auteur fit une laparotomie latérale droite, trouva un appendice sain et de nombreux ganglions dans le méso-appendice et dans la partie terminale du mésentère, ganglions adhérant aux vaisseaux; il crut prudent de borner son intervention à cette simple laparotomie exploratrice et eut la satisfaction de voir disparaître les troubles fonctionnels et l'état général s'améliorer.

Etat actuel de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. Guisez communique les observations de malades atteints de cancer de l'œsophage et qui, soignés par le radium en pleine dysphagie, ont pu reprendre une alimentation normale et leurs occupations. Il y a là un traitement palliatif puissant, indolore et efficace, mais dont les indications doivent être posées exactement et la technique scrupuleusement suivie si l'on ne veut pas s'exposer à de regrettables échecs. Les conclusions auxquelles arrive M. Guisez concordent avec celles de plusieurs spécialistes étrangers qui se sont occupés de la question (Botey, van Wildenberg, Diaz, etc...).

Infection de la trompe propagée à la paroi de l'appendice avec intégrité de la muqueuse appendiculaire. — M. Léo communique l'observation d'une femme de trente-neuf ans, ayant une salpingite droite du volume d'un petit poing; à l'opération, il trouva la pointe de l'appendice épaisse, en battant de cloche, englobé dans le tissu infecté de la paroi salpingienne. L'intérêt de ce cas réside dans l'examen histologique de l'appendice montrant une muqueuse absolument saine, contrairement à l'opinion classique qui veut que la muqueuse partage l'atteinte infectieuse des deux autres couches, la musculaire et la séreuse.

Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni. — M. Léo communique cette observation concernant un garçon de dix ans et demi opéré après cinq jours de douleur et d'œdème péri-funiculaire. A l'opération, hydatide tordue, excision, guérison.

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — M. Haller relate l'observation d'une malade qui a subi un traitement radiothérapique pour un fibrome inexistant. A l'opération, on trouva un utérus infantile et une double annexite, des granulations sur le péritoine pariétal et les anses intestinales. Vu ces lésions, on pouvait penser à la tuberculose. L'examen histologique fut fait par deux histologistes différents, et donna les deux réponses suivantes : 1° épithélioma dont on ne peut préciser le point de départ; 2° simple salpingite inflammatoire. L'évolution ultérieure donna raison à la première interprétation; la malade fit de l'occlusion intestinale et l'opération itérative montra une généralisation néoplasique dans toute la cavité péritonéale.

Ascite cloisonnée sus-hépatique. Difficulté du diagnostic étiologique. — M. Mornard relate un cas curieux d'ascite à localisation exclusivement sus-hépatique, au cours de l'évolution d'un foie cardiaque; cette localisation connue seulement dans l'amibiase hépatique, fit, avec l'échec des traitements ordinaires et le succès du traitement émétinien, penser à cette affection. L'opération n'évacua que de l'ascite et montra l'absence de tout foyer dans le foie. La collection sus-hépatique ne se reproduisit pas, mais le tableau clinique du foie cardiaque avec ascite banale, œdème, etc... s'installa jusqu'à la mort qui survint au bout de six semaines. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, il semble donc que l'ascite cloisonnée sous-diaphragmatique puisse se constituer en dehors de toute infection du foie.

Fibrome utérin à développement inférieur enclavé dans le vagin. — M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une malade présentant un fibrome à développement bas obstruant le vagin, apparaissant à la vulve et donnant lieu depuis huit mois à des métrorragies. Une opération faite antérieurement sur la vessie rendit la laparotomie laborieuse. Guérison.

Tumeur dermoïde congénitale de l'appareil thyro-hyoïdien. — M. Petit de la Villéon. Présentation de malade.

Enorme fibrome utérin. — M. PETIT DE LA VILLÉON présente un énorme fibrome utérin pesant 1kg750. Le diagnostic, avant l'opération, avait été tumeur solide de l'ovaire.

Six nouveaux cas atteints de perforation aiguë d'ulcus gastrique et duodénaux en 1928. — M. MONCANY (de Corbeil) communique ces observations, cinq ulcères duodénaux avec guérison et un ulcère gastrique avec mort. L'auteur conclut que : 1° dans l'ulcère perforé du duodénum quand on pratique de parti pris la gastro-entéro-anastomose, cette dérivation joue le rôle principal ; 2° dans l'ulcère de l'estomac perforé, la gastro-entéro-anastomose n'a que des indications exceptionnelles : la fermeture parfaite de la perforation est l'acte important, sa difficulté et son impossibilité rendent souvent nécessaires la gastrectomie. Dans aucun cas, l'auteur n'a pratiqué le drainage sous-pubien.

Instrumentation pour ostéosynthèse. — M. JUVARA (de Bucarest) présente son modèle moyen de fixateur monté sur un tibia atteint de fracture transversale.

REVUE DES THÈSES

L'Association iodo-soufrée en milieux aqueux dans le traitement du rhumatisme chronique (1), par M. le docteur P. LE FLOCH.

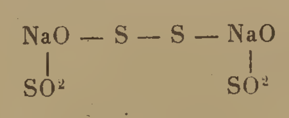
L'arsenal thérapeutique destiné à combattre le rhumatisme chronique est vaste ; et nous ne possédons pas encore de médicaments sûrs pour combattre cette tenace affection.

Sous la direction des docteurs André Léri et Dedet, et avec la collaboration chimique de M. Brisson, le docteur Le Floch a étudié la puissance thérapeutique de l'association iodo-soufrée en milieu aqueux.

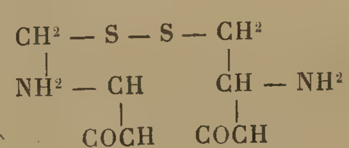
« Les recherches entreprises depuis trois ans ont eu pour but d'obtenir un produit injectable plus riche en soufre que les différents produits soufrés employés jusqu'à ce jour. Au point de vue chimique, le problème consistait à trouver une solution soufrée, dans un excipient aqueux, non douloureux à l'injection, facile à manier, de bonne conservation et contenant une quantité de soufre thérapeutiquement efficace. Des essais furent tentés. Toute préparation nouvelle recevait le contrôle pratique par des essais thérapeutiques faits dans notre service. Un soufre floculé très fin en solution aqueuse fut d'abord préparé. Malgré les anesthésiques qui lui furent adjoints, cette solution très efficace fut abandonnée parce que très douloureuse. Nous essayâmes, en second lieu, une solution d'iodure de soufre préparée suivant un artifice spécial, mais on ne parvint pas à avoir une solution stable et indolore. Parmi les sels riches en soufre, M. Brisson choisit alors l'hyposulfite de soude comme base de ses nouvelles recherches. Il voulut s'efforcer d'isoler dans la molécule de l'hyposulfite, le soufre lui-même.

Parmi les réactifs capables de réaliser cette réaction, l'iode lui parut être le produit de choix, tant par son action sur l'hyposulfite que par son efficacité propre, bien établie, contre le rhumatisme. La solution aqueuse ainsi obtenue fut injectée à nos malades et nous donna d'excellents résultats ; mais l'usage fit constater que, dans cette solution, le soufre se précipitait au bout de quelque temps. Nous avions une solution injectable, mais non stable. L'idée vint alors de mettre dans une ampoule la préparation iodée et dans une autre la préparation soufrée, de mélanger au moment de l'injection le liquide des deux ampoules dans la seringue même et d'injecter le liquide incolore ainsi obtenu, contenant la combinaison iodo-soufrée. Cette formule de mélange et de réaction extemporanée nous a donné satisfaction. Les injections de ce produit aqueux contiennent par 4 centimètres cubes (2 centimètres cubes de chaque ampoule) une proportion de soufre dissimulé de 1cg3 (on voit combien nous sommes loin des 6/10 ou des 5/100 de milligramme des solutions colloïdales). Par cette injection de 1cg3 de soufre dissimulé on arrive à introduire 13 milligrammes de soufre dans l'organisme. Notre but était atteint : on pouvait injecter par une technique facile une proportion de soufre incomparablement supérieure à celle que l'on injectait jusqu'à ce jour. De plus, dans notre solution, l'iode agissait pour son propre compte et complétait l'action du soufre.

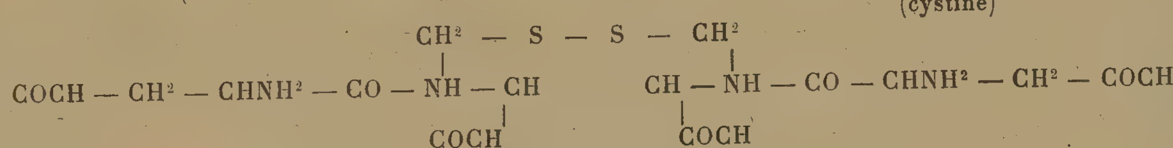
Il semble que l'on puisse attribuer en partie l'efficacité de la préparation à l'état sous lequel se présente la molécule de soufre dans la formule du tétrathionate de soude, corps obtenu par la réaction qui se produit. L'activité thérapeutique d'un médicament à formule chimique bien établie est, on le sait, subordonnée à la place que prennent les éléments dans la constitution stéréochimique de ce corps. Or, le soufre, dans la formule du tétrathionate de soude, a une position stéréochimique analogue à celle qu'a le soufre dans la formule de la cystine et du glutathion, corps soufrés qui existent normalement dans l'organisme et qui sont les axes chimiques de la nutrition sulfurée (de Rey-Pailhane, Hopkins, Flurin, Blanchetière, Binet, Loeper). On peut penser que c'est notamment à cette identité de position du soufre dans le tétrathionate que la solution doit son efficacité quand on examine les formules des trois corps qui, tous trois, contiennent leur soufre sous forme de disulfure :



(Tétrathionate de soude)



(cystine)



(glutathion)

On peut ajouter que, sous cette forme non oxydée, le soufre atteint une particulière valeur thérapeutique et possède ce rôle actif, constructeur, si bien mis en évidence par Flurin (de Cauterets), rôle dû aux propriétés catalytiques du soufre. Sous la forme disulfure, la puissance catalytique du soufre est exaltée, puisque, comme l'ont montré Moureu et Dufraisse, le pouvoir catalytique d'un corps est localisé dans la partie oxydable de la molécule de ce corps. »

Les conclusions de cette thèse, constatant les excellents résultats obtenus par l'association iodo-soufrée de Brisson, attribuent cette efficacité aux causes suivantes :

a. Cette solution a une teneur en soufre très élevée et le soufre se trouve dans la solution injectée sous forme de disulfure ; cette forme est essentiellement réversible et dissociable et le soufre est libéré dès son contact avec les tissus. C'est

(1) *Th. de Paris*, 1928. — Paris, M. Vigne.

sous cette forme disulfurée que se présentent les corps soufrés dans l'organisme (cystine, glutathion, etc.).

b. L'iode libère le soufre de la molécule de l'hyposulfite et de plus ajoute sa propre action à celle du soufre.

c. C'est une solution aqueuse, indolore à l'injection, ne provoquant aucune réaction générale, aucun choc colloïdoclasique.

Fondée sur des données chimiques précises, étayée d'hypothèses biologiques raisonnables, contrôlée par des résultats cliniques, la solution de Brisson est un nouvel élément de valeur dans la thérapeutique si décevante du rhumatisme chronique.

LIVRES NOUVEAUX

Le Renouvellement de l'organisme (1),
par le docteur L. Dartigues.

Sous ce titre, le docteur Dartigues, qui a consacré tant de travaux et de publications aux greffes sexuelles et thyroïdiennes, nous présente un véritable Traité d'*endocrinothérapie chirurgicale* où il expose son expérience personnelle sur l'application de la greffe endocrinienne uni ou pluriglandulaire de l'animal à l'être humain.

C'est le premier traité d'endocrinothérapie chirurgicale générale. Ce livre manquait et était impatiemment attendu. Il sera des plus utiles à consulter, car il montrera au grand public médical ce qu'est devenue cette branche nouvelle de la chirurgie et ce qu'elle est dans son ensemble. C'est un exposé des techniques opératoires actuellement mises au point, pour les cas typiques et pour les cas atypiques, c'est-à-dire dans les anomalies, pour lesquels Dartigues a inventé des procédés personnels extrêmement originaux. Egalement sous le rapport opératoire, on y trouvera les techniques créées par Dartigues pour la chirurgie endocrinienne chez la femme. Cette chirurgie qui s'applique surtout à ce que Dartigues a, le premier, appelé la revitalisation de l'organisme humain dans la lutte contre la sénescence et la présénilité, et à l'infragénitalité (impuissance, stérilité, anomalies sexuelles), a une étendue d'application de plus en plus grande. C'est ainsi que l'auteur a consacré des chapitres : à l'endocrinothérapie chirurgicale de la sénescence, l'endocrinothérapie de l'impuissance, l'endocrinothérapie des affections neuropathiques et psychopathiques, l'endocrinothérapie de l'inversion sexuelle, l'endocrinothérapie chirurgicale et la syphilis, l'endocrinothérapie chirurgicale dans l'obésité, le diabète, l'hypertrophie de la prostate, le cancer, etc. En style très clair, s'appuyant sur des observations nombreuses, très soigneusement et scientifiquement prises, Dartigues présente, dans ce Traité, l'ensemble clinique des indications et résultats de la greffe. En un aperçu de très haute élévation, il montre toute l'importance de la question des greffes endocriniennes, non seulement au point de vue pratique et thérapeutique, mais au point de vue biologique et philosophique. Il montre que la prophétie du grand chimiste Berthelot sur le maniement de la substance vivante est près de se réaliser. Ceux qui liront ce livre, auront non seulement le véritable aperçu de cette vaste question qui n'avait pas encore été abordée avec ce caractère scientifique, mais pourront, vu le nombre et le luxe des planches en couleurs dessinées par l'auteur lui-même et reprises artistiquement par Frantz, connaître réellement l'opération et apporter à leur tour des contributions nouvelles utiles dans ce domaine nouveau de la science ouvert sur les plus grands horizons et sur les problèmes les plus hauts de la vie. Le *Renouvellement de l'organisme*, par le souffle qui l'anime, par sa puissante conception, sa clarté, sa méthode et sa précision, et aussi par la manière matérielle dont il est présenté, fait honneur à la science française. L. G.

(1) In-8 de 482 pages avec 61 planches dont 26 en couleurs. — Prix : 60 fr. — Paris, Doin.



Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule).– *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
o.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNES DIABÉTIQUES [1]

Formes cliniques. — Ces gangrènes humides d'emblée peuvent également s'observer au niveau des muqueuses et des viscères, et l'on a pu signaler ou décrire selon le siège :

— Des gangrènes disséminées : plaques de gangrènes viscérales secondaires à un phlegmon gangréneux cutané;

— Des gangrènes de la bouche, noma;

— Des gangrènes du pancréas;

— Des gangrènes de la verge, secondaires à un phimosis;

— La gangrène pulmonaire des diabétiques rentre dans le cadre de ces gangrènes viscérales humides. Nous ne ferons que signaler, à côté de la rapidité de son évolution, le peu de fétidité de ses crachats.

III. **Gangrène par névrite.** — Il faut encore décrire, à côté des gangrènes par artérite et par infection, les gangrènes diabétiques par névrite.

Elles revêtent la forme du mal perforant.

C'est au pied et surtout à la plante qu'elles s'observent le plus souvent : sous le talon, sous l'extrémité antérieure du premier et du cinquième métatarsien, sur la face interne du gros orteil, rarement au dos du pied.

— C'est une ulcération cratériforme, à fond atone, à évolution lente, insidieuse et chronique, sans douleurs, s'étendant progressivement en profondeur vers l'os et l'articulation sous-jacente, subissant des phases d'amélioration conditionnées par le simple repos et d'aggravation, et pouvant se compliquer d'infection secondaire.

— Ce mal perforant chez les diabétiques s'accompagne de symptômes de la série névritique :

Abolition des réflexes tendineux;

Anesthésie cutanée par plaques;

Troubles de la sensibilité au pourtour de l'ulcération.

Parfois, certes, ce mal perforant est dû à un tabes associé au diabète, à des lésions radiculaires chez un ancien syphilitique; parfois il évolue chez un diabétique alcoolique; mais il y a des cas où l'on ne trouve pour expliquer la névrite que l'état d'hyperglycémie, et l'on est conduit à admettre l'existence d'une véritable gangrène par névrite diabétique.

IV. On a enfin décrit quelques types particuliers de **Gangrènes multiples disséminées**.

1. **Gangrènes cutanées**, caractérisées par l'apparition de petites taches noirâtres disséminées sur toute la surface de la peau, au niveau du tronc comme au niveau des extrémités, donnant un aspect « tigré ». Une petite escarre cutanée se détache, elle laisse une ulcération qui se cicatrise lentement, et une pigmentation longtemps persistante.

A côté de cette forme curable, on a décrit (Kaposi) une « gangrène diabétique bulleuse serpigineuse », mortelle.

2. **Gangrènes des muqueuses.** — Si elles peuvent exister au niveau de la langue, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, sous forme de petites ulcérations, ce que l'on peut observer, ce sont les gangrènes génitales des diabétiques : apparition de petites plaques blanchâtres sur la muqueuse du glande, escarres, ulcérations qui peuvent se cicatriser plus ou moins rapidement, ou s'infecter et être le point de départ d'accidents graves. Fournier déjà avait insisté sur la fréquence des récidives des gangrènes génitales chez les diabétiques.

Les gangrènes diabétiques nous paraissent donc cliniquement être dominées par deux grandes formes :

— Gangrène par artérite, à évolution d'abord sèche, avec tendance à la transformation rapide en gangrène humide.

— Gangrène humide d'emblée par infection, véritable gangrène diabétique. Les autres sont des formes bien secondaires.

Leur pronostic est toujours grave. Nous avons vu la rapidité de leur évolution au point de vue local; elles sont trop souvent, lorsqu'elles sont déclanchées, au-dessus des ressources de notre thérapeutique; et si elles peuvent entraîner des accidents septicémiques mortels, elles déterminent souvent encore une poussée d'acidose et un coma terminal. D'une façon générale cependant, le pronostic est dominé par la précocité du traitement insulinique associé au régime et de l'intervention chirurgicale.

Diagnostic. — Il peut être envisagé sous des aspects très différents :

I. A la phase d'artérite :

a. Il faut d'abord rapporter les troubles présentés à la lésion vasculaire, éliminant :

— Une névralgie sciatique.

— Une claudication intermittente médullaire avec signes des lésions spinales sans troubles vasculaires.

— Des gelures simples,

— L'acrocyanose,

— La maladie de Raynaud,

— L'érythromélalgie. de Weir-Mitchell

— Il faut éliminer le spasme simple par l'épreuve du bain chaud,

b. Le diagnostic d'artérite posé, il reste à en établir l'étiologie. Le diagnostic ne se pose pas avec les artérites aiguës et quatre affections méritent d'être retenues :

— Artérite sénile,

— Endartérite syphilitique qui survient chez des individus jeunes,

— Thrombo-angéite oblitérante (maladie de Buerger),

— Artérite diabétique. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 35, p. 666, et n° 37, p. 698.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 13 mai. — Jury : MM. Ménétrier, président; Hartmann, Couvelaire et Ombrédanne. — Mme Bohn. Mortalité infantile et placement du nourrisson séparé de sa mère. — M. Rodriguez. Les hernies occultes. — M. Ballon. Etude du traitement de l'invagination de la première enfance.

Mardi 14 mai. — Jury : MM. Duval, président; Lecène, Claude et Debré. — Mlle Vogt. Tumeurs cérébrales chez l'enfant. — M. Simon. Asile national des convalescents de Saint-Maurice. — M. Besançon. L'inondation péritonéale en dehors de la grossesse extra-utérine.

Jeudi 16 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Desgrez, président; Nicolas et Dechambre. — M. Sornicle. Sur le fromage de Saint-Benoits.

Samedi 18 mai. — Jury : MM. Achard, président; Brindeau, Richet et Vaudescal. — M. Lacapère. Etude sur le mode d'action des eaux minérales. — M. Nathan. Etude de l'adénomyome de la femme.

Fonds Fabr. **VERRERIES** pour laboratoires, 24, *rue Pascal*, dit *Anc. Etabl. G. Berlemont.* Adj. le 24 mai, à 15 h. 30 préc. Et. Videcoq, not., 16, r. de Liége. M. à px : p. être b. : 50.000f. Cons. 15.000f. S'ad. Omnès, synd., 48, r. Monsieur-le Prince et au not.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DU

DIABÈTE

PAR

LES

CAPSULES GLUTINISÉES

DE

PANCRÉPATINE

LALEUF

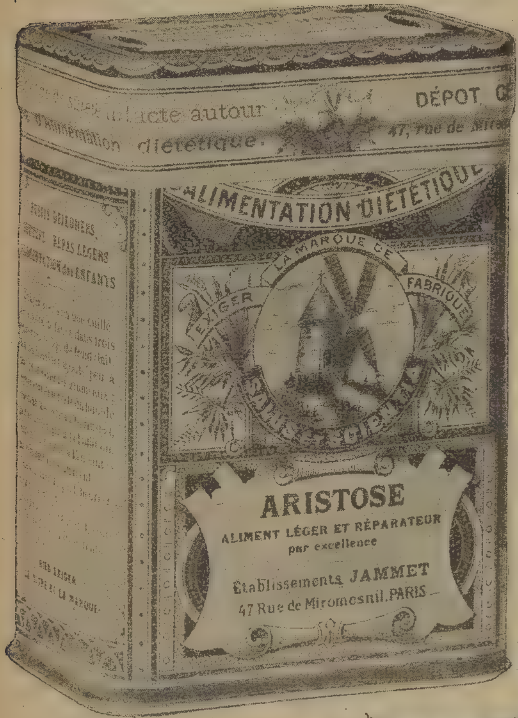
LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49 Avenue de la Motte-Piquet Paris

Nouvelle adresse : 20, rue du Laos, PARIS-XVe

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. — Pancrépatine Laleuf
Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf
Mycolactine Sauvin. — Iodatoxine Laleuf
Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE A base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépot général Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

STANNOXYL

FURONCULOSE
et toutes maladies à staphylocoques, anthrax, orgelets, abcès du sein, acné.
Produit à base d'étain et d'oxyde d'étain préparé d'après les travaux scientifiques de A. Frouin.

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE

37, rue de Bourgogne, 37, Paris

DRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 mai. — MM. Oberlin, 19; Leibovici, 16; Thalheimer, 17.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 mai. — MM. Ravina, 19; Lacomme, 15; Lantuéjoul, 17.

Epreuve clinique. — Séance du 11 mai. — MM. Ravina, 29; Lantuéjoul, 25.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Ravina.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 12 mai. — *Electrologie.* — MM. Beau, 2; Busy, 8; Delapchier, 3; Desgrez, 11; Foubert, 3; Pelizza, 9; Porcher, 4; Quivy, 6; Ordioni, 5; Serraud, 13.

Radiodiagnostic. — MM. Beau, 6; Busy, 7; Delapchier, 4; Desgrez, 10; Foubert, 4; Pelizza, 2; Porcher, 6; Quivy, 3; Ordioni, 5; Serraud, 6.

Radiothérapie. — MM. Beau, 7; Busy, 8; Delapchier, 3; Desgrez, 8; Foubert, 3; Pelizza, 2; Porcher, 7; Quivy et Ordioni, 6; Serraud, 7.

HÔPITAL SADIKI DE TUNIS. — Trois places d'internes sont vacantes :

Avantages. — Indemnités actuelles :

1re année	7.500 fr.
2e année	8.000 fr.
3e et 4e années	9.000 fr.

Ces indemnités font l'objet d'une proposition de relèvement aux tarifs ci-dessous :

1re année	9.000 fr.
2e année	10.000 fr.
3e année	11.000 fr.
4e année	12.000 fr.

Une prime fixe de 2.000 fr. sera allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Indemnité pour l'interne affecté au service des contagieux, 5 fr. par jour.

La traversée en 2e classe est remboursée après un an de fonctions. Après deux ans la traversée de retour est payée dans les mêmes conditions.

Les internes sont nommés pour deux ans avec la possibilité d'obtenir deux prolongations d'un an.

Les internes de médecine peuvent obtenir leur mutation dans les services de chirurgie ou dans les spécialités, lorsque des vacances se produisent.

Préférence est donnée aux anciens internes des hôpitaux de Tunisie pour l'attribution des postes de médecins de colonisation.

Conditions à remplir. — Les candidats doivent être de nationalité française ou tunisienne, avoir satisfait à la loi sur le recrutement et justifier de vingt inscriptions de doctorat ou avoir obtenu au concours le titre d'interne suppléant dans les hôpitaux d'une ville de faculté.

Les demandes doivent être adressées à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis, en y joignant : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance; les pièces établissant leur situation au point de vue militaire; les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — La chaire de physique de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier est déclarée vacante. (*J. O.*, 11 mai 1929.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Pichon, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans, à dater du 15 mars 1929, professeur suppléant de la chaire de chimie à l'Ecole de plein exercice de Nantes.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Boursiac et Lacroix (de Paris), Le Van Chinh (Cochinchine), Soulié (d'Alger), Torné (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bonave (de Paris), Corbineau (de Tours), Estève (de Gruissan), Schatz (de Sarreguemines), Herber (de Sète).

SYNDICAT DES DERMATOLOGISTES, SYPHILIGRAPHES ET VÉNÉRÉOLOGISTES FRANÇAIS. — A la date du 18 avril 1929 a eu lieu la première assemblée générale du Syndicat des dermatologistes, syphiligraphes et vénéréologistes français.

L'assemblée générale a constitué son bureau de la façon suivante : MM. Hudelo, président ; Milian, Petges, Pautrier, Carle, vice-présidents ; Fernet, secrétaire général ; Payenneville, secrétaire général adjoint ; Rabut, trésorier.

Le Conseil d'administration comprend 12 membres parisiens, 12 membres provinciaux : MM. Ravaut, Touraine, Marcel Pinard, Emery, Jeanselme, Sabouraud, Gastou, Fouquet, Civatte, Flandin, Bory, Legrain, Nicolas, Joulia, Spillmann, Danel, Margarat, Hufschmidt, Bodin, Chatellier, Vigne, Malherbe, Montpellier et Mallein.

Le Syndicat comprend 120 membres fondateurs.

Les médecins spécialistes qui désireraient faire partie du Syndicat sont priés d'adresser leur demande à M. Fernet, secrétaire général, 11, rue de Sontay, Paris (XVIᵉ).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louge, chirurgien honoraire des hôpitaux de Marseille, père du docteur Henry Louge à qui nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie ; Gamel, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Marseille, père des docteurs Raymond Gamel et Edouard Gamel, chirurgien des hôpitaux ; Trabut, professeur à la Faculté de médecine d'Alger, correspondant de l'Institut ; C. Ducroquet (de Paris), membre de la Société de chirurgie.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le professeur agrégé de la Faculté de médecine F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Aubin, Maduro et Rémy-Néris, assistants du service, commencera le lundi 3 juin 1929, à 14 h., et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Vᵉ).

CONFÉRENCES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE DU DIMANCHE MATIN. — SIX LEÇONS SUR LES NÉPHRITES. — M. le professeur F. Rathery fera une série de six conférences sur les néphrites à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), à 10 h. 30, le dimanche aux dates suivantes :

26 mai : Valeur diagnostique et pronostique de l'albuminurie.

2 juin : Hypertension dans les maladies du rein.

9 juin : Les œdèmes brightiques.

16 juin : Réserve alcaline et acidose dans les néphrites.

23 juin : Néphrose lipoïdique.

30 juin : Le rôle du chlorure de sodium en pathologie rénale

Le cours est libre.

INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE. — L'Institut organise une série de conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie.

Les conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Joffroy (hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, métro Glacière. Tél. Gobelins 57-46).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au secrétariat de l'Institut (hôpital Henri-Rousselle), 1, rue Cabanis, le matin, de 10 à 12 h.

Mai. — Vendredi 24 : docteur Weismann-Netter. Essai de synthèse clinique et pathogénique des névroses à manifestations paroxystiques, périodiques ou apériodiques.

Mardi 28 : M. J.-André Thomas. Quelques notions biologiques actuelle sur la vieillesse.

Vendredi 31 : docteur Raymond Mallet. Obsession et délire.

Juin. — Vendredi 7 : docteur Vurpas. Psychoses et spiritisme.

Mardi 11 : docteur Georges Petit. Syndromes psycho-organiques à éclipses au cours des formes frustes de névraxite épidémique.

Vendredi 14 : docteur E. Toulouse. Essai d'organisation rationnelle du travail scientifique à l'Institut de recherches de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.

Édouard THIOLLIER

L'Administration de la *Gazette des hôpitaux* est frappée par un deuil cruel.

M. Edouard Thiollier, qui dirigeait nos services de publicité depuis près de quarante ans, vient de succomber aux suites d'une longue et très douloureuse maladie, supportée avec un courage et une résignation admirables.

Tous ceux qui l'ont connu savent avec quel dévouement E. Thiollier se consacrait à sa tâche. Son expérience, sa courtoisie, sa haute dignité professionnelle lui avaient valu l'estime profonde et aussi l'amitié sincère de nos clients.

Pour nous, qui avons été les témoins de la vie de notre ami, vie consacrée au travail et à l'éducation de ses enfants, nous mesurons l'étendue de la perte faite par les siens. Aussi est-ce de tout cœur que nous nous unissons à la douleur de Mᵐᵉ Thiollier, de ses enfants, et en particulier de son fils aîné Antonin Thiollier, qui prend aujourd'hui la succession paternelle.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 22 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président ; Coquot et Robin. — M. MONVOISIN. Pathologie de la hernie inguinale étranglée chez le cheval.

Jeudi 23 mai. — Jury : MM. Bernard, président ; Gougerot, Roussy et Sézary. — M. LEROY. Considérations sur la cuti-réaction différentielle à la tuberculine. — M. CONTE. L'action des traitements sur les troubles fonctionnels du tabes. — M. LAINÉ. Le Centre régional de lutte contre le cancer (Nantes 1924-1929).

Samedi 25 mai. — Jury : MM. Achard, président ; Duval, Lereboullet et Tanon. — M. BUREAU. La carence sériologique au cours de certaines syphilis secondaires. — M. CAUMARTIN. L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. — M. TENDRON. L'insulinothérapie chez les athrepsiques. — M. DAUNIC. Etude du traitement des états parkinsoniens par le datura.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

CIBA

les plus assimilables
des médicaments phosphorés
sont :

LA PHYTINE

et ses dérivés :

LE PHYTINATE DE QUININE
LA FERROPHYTINE
LE FORTOSSAN

dont la vogue ne cesse de croître en raison de leurs résultats toujours satisfaisants.

Ces groupements organiques éminemment aptes aux synthèses DE L'ÊTRE VIVANT justifient de plus en plus que ce n'est que par leur découverte qu'a été résolu le problème de la médication phosphorée rationnelle

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS :	GRANULÉ :	COMPRIMÉS :	POUDRE :
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Phytinate de quinine	Fortossan

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

257

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
C = Colibacilles
CS = Colibacilles-staphylocoques
CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST,
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

REVUE GÉNÉRALE

COMMENT INTERPRÉTER UNE ANALYSE DE CRACHATS

Par le docteur Henri DURAND,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Lorsque vous adresserez à un laboratoire pour analyse, les crachats d'un de vos malades, vous recevrez quelques jours après une formule dans laquelle on vous indiquera les caractères histo-chimiques, cystologiques et bactériologiques des produits d'expectoration. Quelquefois, les renseignements donnés sont suffisamment précis pour emporter votre conviction; pour ne citer qu'un exemple commun et journalier, la présence du bacille de Koch suffit pour affirmer votre diagnostic de tuberculose; les autres renseignements fournis n'ont plus qu'un intérêt accessoire. D'autres fois, au contraire, c'est la flore qui devient sans intérêt; au cours d'une bronchopathie, d'une néoplasie, c'est l'étude des éléments cellulaires qui affirme le diagnostic, la flore est sans importance. Enfin, dans nombre de faits complexes : bronchite et emphysème à la phase d'asystolie avec insuffisance rénale, alors que l'interprétation clinique peut être épineuse, l'analyse vous permettra de vous rendre compte avec assez d'exactitude de ce qui se passe dans les poumons et les bronches.

Et vous reconnaîtrez que tout cela n'est pas sans intérêt. J'ai quelquefois entendu dire « le laboratoire ça ne sert à rien ». Heureux ceux qui peuvent s'en passer. Moi, humble, j'en fais et, depuis bientôt dix ans que j'étudie les maladies des poumons avec mon maître le professeur Sergent, il ne s'écoule guère de jour que nous ne fassions quelque examen microscopique ou une inoculation. J'en fais et j'en fais faire, je m'en félicite souvent, je ne le regrette jamais, même quand il ne m'apprend rien de positif, la négativité de l'examen étant déjà un résultat. D'autres, au contraire, semblent en attendre la lumière comme du Messie. Autre erreur : le diagnostic, c'est vous qui le ferez en confrontant ensemble : clinique, radiologie et laboratoire. Le laboratoire n'est pas tout, c'est une partie de l'édifice diagnostique, mais ce n'est pas non plus une chose négligeable. Il vous aidera, complétera les résultats de vos investigations et convenablement interprété, leur ajoutera certaines précisions, quelquefois même, apportera la preuve décisive, formelle.

Mais, pour en tirer le maximum de renseignements il faut tout lire, puis interpréter les faits, déduire leur signification, donner à ces faits leur place et leur valeur à côté des faits radiologiques et cliniques en tenir compte au besoin pour modifier votre diagnostic, ou au contraire, pouvoir les tenir pour négligeables. *In medio stat virtus* : Gardez le milieu entre le criticisme décevant et l'enthousiasme irréfléchi.

I

Pour avoir des renseignements utilisables dans l'étude des crachats, il faut d'abord user de quelques précautions et se prémunir contre certaines causes d'erreur.

Il faut d'abord recueillir le crachat. Assurez-vous que le produit présenté provient réellement des voies respiratoires et que ce n'est pas seulement de la salive. J'ai vu des malades à la toux grasse révélatrice, venir poser dans la boîte de Pétri, quelques gouttes de salive et s'étonner quand on leur demandait un vrai crachat.

D'autres affirment ne point cracher. Evidemment, ils ne crachent pas au dehors : ils crachent dans leur œsophage, soit par dédain de cette parcelle minuscule qui leur paraît négligeable, soit sans même s'en apercevoir, comme les enfants, soit quelquefois exprès, dans un but de dissimulation. Sachez donc aller à la recherche de ce crachat récalcitrant, avec la sonde gastrique, ou plus simplement par l'examen des selles (pour le diagnostic de tuberculose tout au moins).

Et puis, vous donnez l'ordre de porter les crachats au laboratoire. Faites porter des crachats fraîchement émis et recueillis convenablement dans un vase, sinon stérile, du moins propre. Votre examen y gagnera en précisions. Songez aux fermentations, aux autolyses cellullaires, au pullulement microbien qui se passent dans ces crachoirs abandonnés à la chaleur de la chambre et dans lesquels, à côté des crachats s'accumulent papiers, peaux d'oranges, bouts d'allumettes et de cigarettes.

Enfin, pour peu que vous ayez vous-même quelques notions de laboratoire, vous saurez combien il est utile pour celui qui pratiquera l'examen, d'avoir une ligne de conduite, de savoir votre pensée, pour diriger ses recherches plus particulièrement dans ce sens, sans négliger le reste. Dites que vous soupçonnez un cancer du poumon, un début de tuberculose, que les signes anormaux de cette bronchopneumonie vous font penser au Friedlander, de cette phtisie à une mycose. Comment le technicien songerait-il à faire telle recherche peu courante si vous ne lui en signalez pas la nécessité? Certains laboratoires de ville joignent aux récipients destinés aux prélèvements, un questionnaire qui contient tout ce qui peut être utile pour éclairer le technicien. A défaut de ce questionnaire, consacrez quelques instants et quelques lignes à préciser l'objet de vos préoccupations. Vous serez récompensé..... souvent.

II

Et maintenant, l'examen a été fait par le laboratoire. La réponse arrive. Comment interpréter les résultats de l'examen, comment tirer parti de tous les détails qu'il comporte et en tirer les conclusions?

Pour cela, quelques connaissances sont indispensables.

En effet, qu'est-ce qu'un crachat? C'est un produit pathologique évacué hors des voies respiratoires malades, et constitué par une série d'éléments qui sont : 1° des cellules, 2° des éléments histochimiques, sécrétions et transsudats, 3° des micro-organismes qui ont pris naissance à l'un des étages de l'appareil respiratoire, leur nature, leur composition seront

donc le reflet des lésions ou des troubles qu'elles traduiront à vos yeux, inflammatoires, hémorragiques, néoformation ou stase vasculaire, dont elle révèlera le siège dans les bronches ou les alvéoles; leurs modifications journalières traduiront l'évolution de la maladie, la guérison, les complications.

Sans doute, les choses ne sont pas toujours schématiques. Il est des examens dont la banalité ne vous apportera guère de lumière, d'autres sont complexes quand il s'agit d'affections vieillies et intriquées. Aussi, la lecture des résultats ne va-t-elle guère sans une certaine éducation, une expérience prolongée dont la lecture de ces lignes ne pourra donner qu'une teinture et une idée générale.

De ces considérations il résulte, il importe :

1° De rappeler en quelques mots la structure cytologique des muqueuses respiratoires.

2° D'étudier les éléments constitutifs des crachats en général, tout ce qu'on y peut trouver, en quels états et avec quels caractères, cellules, micro-organismes divers, produits de sécrétions glandulaires, transsudats inflammatoires et mécaniques.

3° D'étudier enfin les diverses affections pulmonaires en se rendant compte de ce qui se passe dans l'intimité des tissus devant l'agression pathologique pour pouvoir enfin, en allant de la cause à l'effet, comprendre la composition du crachat et interpréter la formule d'examen.

Structure cytologique de l'appareil respiratoire. — Sans nous attarder à de longues descriptions, rappelons rapidement les éléments constituants des muqueuses.

Tout en haut, c'est le carrefour pharyngien. Son épithélium de revêtement est pavimenteux, stratifié constitué par des cellules de grandes dimensions analogue aux grandes cellules de l'épithélium buccal et formées d'un protoplasma très légèrement basophile de forme polygonale, muni d'un noyau central, pas très volumineux. Réparti sur plusieurs couches, dont la superficielle seule nous intéresse, cet épithélium est traversé par les conduits excréteurs des glandes mucipares.

La trachée et les bronches sont revêtues par un épithélium cylindrique cilié reposant sur une double ou triple assise de cellules polygonales dites de remplacement. Beaucoup de ces cellules ont le type caliciforme et sécrètent du mucus. Entre elles s'ouvrent les conduits des glandes mixtes sécrétant principalement du mucus. D'après Renaut, elles sont surtout séreuses dans les bronches de distribution. Enfin, on arrive au lobule pulmonaire dont l'élément constitutif est l'alvéole, sorte de petit panier tissé de fibres élastiques, traversées par des capillaires que recouvre une membrane mince surmontée d'une unique couche de cellules ovales à noyau volumineux entre lesquelles se glissent quelques macrophages.

Et cette sommaire description nous en dit assez pour nous faire prévoir les variétés cellulaires, les exsudats et transsudats qui prendront part à la constitution des crachats.

III

Les éléments constitutifs des crachats. — Eléments cytologiques. — Ce sont les cellules intactes quelquefois, altérées le plus souvent qui tapissent la muqueuse à ses divers étages.

Cellules buccales et pharyngées. — Elles sont très fréquentes dans les crachats, soit qu'elles proviennent de la desquamation inflammatoire de cette partie, soit qu'elles soient entraînées simplement par le passage du mucus bronchique. Elles sont habituellement bourrées de microbes, ce qui suffirait à les individualiser.

Cellules bronchiques et trachéales. — Intactes : elles ont les caractères des cellules cylindriques ou des cellules de remplacement. Les premières sont assez rares dans les crachats, les secondes se voient dans les bronchites aiguës.

Elles sont plus souvent altérées : elles ont subi la dégénérescence muqueuse qui en fait une petite plaque irrégulière, amorphe, encore reconnaissable, ou à un stade plus avancé, des filaments qui prennent part, la constitution du mucus hyalin.

Cellules pulmonaires. — Ce sont les cellules alvéolaires, petites cellules ovales, à gros noyau, intactes ou en état de dégénérescence muqueuse. Elles indiquent toujours un processus alvéolaire. Mais on voit aussi les cellules dites : poussière, chargées de pigment sanguin et qui abondent chez les cardiaques, ou dans les révolutions des processus congestifs (Jousset). Elles ont donc une grosse valeur diagnostique.

Globules rouges. — Ils se voient, bien entendu, dans les hémorragies, mais aussi dans tous les processus inflammatoires de quelque violence. Quelques-uns se trouvent dans l'œdème aigu du poumon.

Polynucléaires neutrophiles. — C'est-à-dire à fines granulations. Intacts, on les observe au déclin des affections aiguës où ils paraissent « nettoyer la place », dans les périodes d'activité des bronchites chroniques où ils constituent avec le mucus, la majeure partie des crachats. Altérés, ce qui est plus piquant, éclatés, en picnose, étirés en filaments, en état de dégénérescence granuleuse, ils forment le fond des suppurations bronchiques et alvéolaires.

Cellules éosinophiles. — Mono ou polynucléées, intactes ou altérées, ce qui est plus fréquent, étant donné leur fragilité, elles ont une valeur considérable car c'est un point qu'a mis en valeur Bezançon, elles sont d'une façon à peu près absolue caractéristique de la crise d'asthme.

Cellules cancéreuses. — Elles sont rares, mais point n'est besoin d'insister sur l'importance de leur présence.

Fibres élastiques. — Leur présence dans le crachat indique la destruction d'une partie du parenchyme pulmonaire.

Les éléments histo-chimiques ont été étudiés avec beaucoup de soin par Bezançon et de Jong.

Le mucus hyalin. — C'est le produit de sécrétion des glandes muqueuses. C'est peu de chose à l'état normal, la petite boule qui rejette le hemmage dans le pharynx. A l'état pathologique, il est considérablement augmenté et forme le principal de la masse de la plupart des crachats inflammatoires, lorsque les glandes congestionnées sécrètent en abondance un mucus fluide d'autant que les glandes séreuses se modifient, deviennent métatypiques et en sécrètent davantage. Il forme aussi le crachat asthmatique visqueux, collant, formé de mucus épais de sécrétion sympathique (comparez ces états avec celui de la salive fluide congestive et de la salive épaisse sympathique).

Il est formé également pour une part par la dégénérescence muqueuse des cellules épi ou endothéliales.

Il se présente, suivant les cas, sous la forme d'une nappe continue, plus souvent sous l'aspect de réseaux filamentaires ou de plaquettes anastomosées en grosses mailles.

L'exsudat séro-albumineux qui se présente sous forme de gouttes plus ou moins volumineuses dans les intervalles du mucus hyalin, est constitué par une substance analogue au liquide d'œdème, à la sérosité pleurale, à la solution de blanc d'œuf dans l'eau, au sérum humain; il indique donc l'irruption du sérum au travers des vaisseaux et de l'épithélium alvéolaire. Il individualise donc l'œdème inflammatoire ou l'œdème mécanique.

Les micro-organismes sont extrêmement variés. Les uns ne présentent qu'un intérêt médiocre comme ceux qu'on peut voir dans les crachats de la bronchite commune, dans les congestions légères, des catarrhes saisonniers. D'autres fois, au contraire, la détermination morbide primitive ou secondaire est sous la dépendance d'un agent spécifique. Tels sont le pneumocoque dans la pneumonie, le bacille de Koch, le Friedlander. D'autres microbes peuvent aussi envahir les voies respiratoires tels le streptocoque, le bacille d'Eberth, le bacille pesteux, les nombreuses espèces anaérobies ordinairement associées dans les processus gangréneux. Plus rarement enfin les agents agresseurs sont des champignons, tels le sporotrichum, les actinomycus, l'aspergillus niger.

Et maintenant, nous avons les éléments nécessaires pour lire les analyses. Aucun ne nous sera étranger. Voyons le bulletin d'analyse et essayons de les interpréter.

IV

Les bronchites aiguës. — Voici par exemple deux types de formules d'examen qui pourraient nous être adressés en cas de bronchite aiguë.

1° Crachat constitué par un mucus épais, contenant quelques cellules d'origine bronchique, les unes encore reconnaissables, les autres dégénérées. Flore microbienne banale : staphylocoque, catarrhalis.

2° Mucus épais et abondant, quelques gouttes d'exsudats séro-albumineux; cellules bronchiques polygonales nombreuses, quelques polynucléaires, quelques cellules alvéolaires altérées, globules rouges, flore banale.

La première caractérise la bronchite aiguë à ses débuts, la seconde, une phase ultérieure avec complication de congestion pulmonaire. Et pour comprendre comment de telles formules peuvent prendre naissance, voyons comment les choses se passent dans les muqueuses. Cette étude a été faite magistralement par Renaut (de Lyon), auquel nous emprunterons la plupart de ces détails.

Au début, les cellules cylindriques du revêtement se gonflent, subissent la transformation muqueuse et deviennent semblable aux cellules caliciformes. Les glandes en grappe congestionnées sécrètent elles aussi abondamment. Au-dessous du revêtement l'infection détermine un afflux de polynucléaires. De là, l'aspect macroscopique du crachat : masse collante, visqueuse, difficile à détacher par la toux et qui caractérise les premiers jours de la bronchite. Et vous comprenez la formule « Fond de mucus hyalin, quelques cellules cylindriques altérées, isolées, rares, flore banale ».

Puis, la couche épithéliale cylindrique et polygonale tuméfiée et partiellement dégénérée tombe dans la cavité; ainsi se fait une sorte d'ulcération (sensation de brûlure rétrosternale) qui livre passage aux polynucléaires. Voilà le pus. Et comme les glandes sécrètent toujours en masse, il se mêle à lui : c'est le crachat muco-purulent, gris, mêlé de striés jaunes. Vous comprenez que le crachat de la bronchite à maturité soit un crachat muco-purulent et que sa formule microscopique se traduise dans les termes suivants : « Mucus hyalin abondant, cadavres cellulaires en état de dégénérescence réticulée et muqueuse, noyaux isolés, nombreux polynucléaires, flore microbienne banale ».

Lorsque, complication possible quand la bronchite intéresse les petites bronches, survient une poussée de congestion pulmonaire ou de broncho-pneumonie l'analyse microscopique traduit immédiatement ce fait nouveau par l'adjonction des éléments de la réaction d'alvéolite que nous étudierons plus loin. Aux éléments déjà connus qui caractérisent l'inflammation bronchique, s'ajoutent l'exsudat séro-albumineux et les cellules alvéolaires desquamées de l'alvéole enflammée, quelques globules rouges témoins de la fluxion.

Enfin, à mesure que la bronchite va vers son déclin, le crachat muco-purulent s'éclaircit; à mesure que diminue la suppuration et que se répare la muqueuse, il devient transparent, n'est plus qu'une masse de mucus incolore sans éléments cellulaires, diminue de volume et disparaît, les glandes et les cellules de revêtement ont repris leur aspect normal.

Bronchites pseudo-membraneuses. — C'est l'examen direct de la fausse membrane qui est la pièce capitale du diagnostic. Et à ce point de vue, l'examen microscopique ne présente pas grand intérêt. Il nous apprendrait que la fausse membrane est constituée par de la fibrine; nous le savions après avoir mis la masse dans l'eau où elle a développé sa forme arborescente. Il peut être utile toutefois en nous

indiquant la flore microbienne car, si le plus souvent, la bronchite pseudo-membraneuse est liée à l'action du pneumocoque, elle peut parfois être d'origine diphtérique. Et il n'est pas sans intérêt de le savoir.

Coqueluche. — Un enfant, un adulte quelquefois, ce qui rend le diagnostic plus délicat, tousse. La toux n'a pas la reprise chantante de la coqueluche. Cependant la cyanose, le vomissement qui l'accompagnent vous inspirent des doutes, d'autant qu'il y a des coqueluches dans le voisinage. S'agit-il d'une coqueluche ou d'un rhume vulgaire? Vous faites cracher l'enfant ou vous extrayez les glaires et vous les faites examiner.

« Mucus hyalin abondant enserrant des quantités extrêmement abondantes d'éléments dégénérés en plaquettes, en fibrilles étirées. Rares restes de cellules reconnaissables à peu près, polynucléaires, bacille ayant les caractères du cocco-bacille de Bordet-Gengou ».

En somme, mucus abondant, un peu de suppurottage, nécrose massive des éléments cellulaires, bacille de Bordet-Gengou. C'est bien de la coqueluche. Mais quelle est la raison de cette formule si différente de la bronchite commune. Pour cela, sachez comment se comporte le bacille de la coqueluche vis-à-vis de la muqueuse. En surface, il exerce une double action : une excitation de toutes glandes de l'arbre bronchique, d'où une sécrétion abondante de mucus fluide et filant; et d'autre part, une nécrose totale des cellules de la muqueuse; de là, l'absence de toute cellule reconnaissable de l'épithélium bronchique, la présence de quelques polynucléaires. On comprend ainsi la formule d'examen. D'autre part, une lésion aussi étendue, superficielle et profonde, altère les parois bronchiques et crée un milieu favorable à l'infection; la broncho-pneumonie est une menace toujours imminente. Si la température s'élève, si le crachat devient souillé, examinez-le : sa composition témoigne de la réaction alvéolaire « mucus abondant, éléments dégénérés en grand nombre, rares restes de cellules bronchiques à peu près reconnaissables, polynucléaire; exsudat séro-albumineux, globules rouges, cellules alvéolaires, bacille de Bordet-Gengou, streptocoque et pneumocoque ».

Asthme. — Sans doute est-il difficile de considérer l'asthme comme une bronchite. C'est un trouble neuro-végétatif dont le théâtre est dans les bronches. Les crachats expulsés seront donc le reflet d'un trouble bronchique et c'est pourquoi nous les étudierons dans ce chapitre.

Disons de suite que les formules caractéristiques ne se voient que dans les asthmes encore jeunes, se manifestant par des crises espacées. Dans ces cas, le crachat présente des caractères absolument particuliers qui permettent un diagnostic certain et séparent l'asthme authentique des dyspnées asthmatiforme diverses. On recueillera donc le petit crachat perlé de la crise d'asthme, le crachat souvent souvent bronchique des asthmes d'enfant.

« Mucus hyalin faisant le fond de la préparation. Cellules cylindriques abondantes et surtout abondance extrême de cellules mono ou polynucléées, bourrées de grosses granulations colorées en rouge par l'éosine, caractère qui affirme qu'il s'agit d'éosinophiles. Quelques cristaux de Charcot Leyden ».

A cette lecture, l'embarras du diagnostic fait place à la certitude : il s'agit d'une crise d'asthme.

Mais, pourquoi cette formule? quelques notions vont nous la faire comprendre.

Qu'est-ce que l'asthme? relisez à ce sujet les belles pages que le professeur Sergent lui a consacrées dans ses « Grands syndromes respiratoires » et vous vous rappellerez que c'est la détermination bronchique d'un choc toxique qui se manifeste par des troubles nerveux, d'où résultent principalement dans les bronches, la paralysie des muscles de Reissessen d'où, pour une part, la dyspnée et l'hypercrinie glandulaire d'où la sécrétion du mucus.

Laissons la dyspnée, mais l'atteinte des filets sympathiques détermine la congestion de la muqueuse, l'œdème en plaques limitées, l'urticaire des bronches et, d'autre part, l'excitation glandulaire; de là, la sécrétion abondante d'un mucus non plus filant comme dans la bronchite, mais épais, en pelotons denses (mucus sympathique analogue à la salive sympathique).

Voilà pour le mucus et tout cela est réel, le bronchoscope a pu en donner la preuve.

D'autre part, pourquoi les éosinophiles? Mais l'asthme, nous venons de le voir, est un urticaire; or, l'urticaire comme certaines autres intoxications locales, eczéma, liquide hydatique, dermatite de Dühring, s'accompagne d'éosinophile. L'asthme devait donc être une éosinophilie locale. Et, en effet, l'autopsie de Fröenkel le prouve. Les bronches tuméfiées étaient encombrées de bouchons muqueux à la périphérie desquels il y avait des éosinophiles. Et sur la coupe histologique, on voit une muqueuse gonflée, en partie desquamée par l'œdème et la congestion. De ces cellules cylindriques muqueuses, des glandes sortent des pelotons de mucus adhérent à la paroi. Et sous la muqueuse, dans le derme, sous les cellules, des amas de cellules éosinophiles.

Et on comprend maintenant la composition microscopique du crachat asthmatique : masse de mucus épais, cellule éosinophile. Elle est caractéristique, aucun autre crachat ne lui ressemble.

Plus tard, l'asthme vieillit. Les crises deviennent plus fréquentes, la bronchite chronique s'installe avec l'emphysème. La formule se complique et prend les caractères que nous étudierons plus loin au chapitre des bronchites chroniques. Mais longtemps, la signature de l'asthme y demeure sous la forme de cellules éosinophiles.

Puis le cœur se prend, le rein souffre, tous deux entretiennent la dyspnée d'effort, les dyspnées nocturnes. Ce n'est plus un asthmatique, mais un cardio-rénal. Le crachat a suivi cette évolution; il n'y a plus d'éosinophiles.

(A suivre.)

Questions d'internat des hôpitaux de Lyon, fascicule I, par Lagèze et Clavel. Prix : 5 fr. — Lyon, Camugli, 6, rue de la Charité. — Ces questions paraîtront les 15 et 30 de chaque mois. Le nombre de fascicules envisagé sera de 20. Chacun d'eux contiendra cinq à six questions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1929)

Rôle primordial de l'équilibre alimentaire dans l'utilisation du lactose. — Mme L. RANDOIN et M. R. LECOQ.

(SÉANCE DU 6 MAI 1929)

Sur un nouveau spirochète d'un cas de fièvre récurrente du Maroc. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et Pierre HORNUS.

Le tirage pulmonaire. — M. Jules AMAR.

Influence de la ration saline sur la grandeur de la rétention azotée au cours de la croissance. — M. Emile-F. TERROINE et Mlle Thérèse REICHERT.

Durée de la conservation du virus de la dengue chez les stégomyas. L'influence de la saison froide sur le pouvoir infectant. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 MAI 1929)

La vaccination B. C. G. dans les dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. — M. A. CALMETTE. Dans l'ensemble des quarante-neuf dispensaires de l'agglomération parisienne dépendant de l'Office public d'hygiène de la Seine, on a pu relever les observations de 1.404 enfants âgés de un à quatre ans et restés en contact bacillifère permanent, dont 535 nés de mères tuberculeuses.

De ces 1.404 enfants, *326* avaient été vaccinés au B. C. G. à leur naissance. Leur mortalité générale (par toutes causes de maladies, a été de 12,5 p. 100; *1.078* n'avaient pas été vaccinés et la mortalité de ces non-vaccinés a été, pendant le même temps, de 21,02 p. 100.

La mortalité générale des vaccinés est donc d'un tiers moindre que celle des non-vaccinés. C'est une preuve indiscutable que le B. C. G. est inoffensif et efficace. S'il était nuisible, on observerait un accroissement de la mortalité générale au lieu d'une réduction aussi manifeste.

Il est regrettable que, contrairement à ce qui a lieu dans le reste de la France, les infirmières-visiteuses de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, malgré leur dévouement au-dessus de tout éloge, n'osent guère conseiller aux familles la vaccination par le B. C. G. que pour les enfants chétifs et prématurés manifestement exposés à la contagion. On ne la propose pas lorsqu'il s'agit d'enfants en apparence vigoureux, fussent-ils nés de mères tuberculeuses.

En dépit de cette sélection à rebours, ces enfants vaccinés meurent moins que les non-vaccinés. Le même fait s'observe partout où la vaccination est appliquée à tous ou presque tous les enfants qui viennent au monde. On l'a constaté, par exemple, à Fécamp, aux mines de Bourges, de Liévin, à l'Association mutualiste des cheminots du Nord-Belge qui, pour favoriser la pratique de la vaccination parmi ses membres, donne une indemnité de 50 francs pour chaque enfant vacciné à sa naissance.

Le nombre des enfants déjà vaccinés en France était, au 1er mai de cette année 1929, de *152.000*, et on vaccine actuellement chaque mois environ 6.000 enfants. Jusqu'à présent aucun accident ou incident n'a été signalé qui pût légitimement être imputé à la vaccination. Par contre, le nombre est considérable des enfants qui, soi-disant nés ou élevés en milieu sain, meurent de tuberculose. On ne peut donc que regretter que la vaccination ne soit pas mieux connue des familles et plus répandue. Son emploi devrait être recommandé par les médecins et par les sages-femmes à toutes les mères.

Le pouvoir agocytique des eaux minérales. — MM. BILLARD, MOUGEOT et AUBERTOT ont poursuivi leurs recherches au sujet des propriétés biologiques des eaux minérales vis-à-vis des végétaux inférieurs. Aujourd'hui ils communiquent leurs résultats sur les algues monocellulaires. Certaines sources possèdent un pouvoir activant (« agocytique ») sur la prolifération cellulaire et d'autres une action empêchante. Il est curieux de constater que la même source se montre empêchante pour les algues vertes et agocytique pour les algues brunes. Ce sont les ions qui interviennent ici et nullement la radio-activité, ni la concentration moléculaire.

Le contrôle radiographique du reflux urétéro-pyélique à la miction. — MM. H. DE BEAUFOND et VAUDET. Le reflux urétéro-pyélique est bien connu. On se rappelle que M. Papin dans une communication récente faite par M. P. Bazy à l'Académie des sciences (7 janv. 1929) a relaté le premier cas de ce genre.

MM. de Beaufond et Vaudet projettent des radiographies qui mettent en évidence le reflux temporaire avec cette particularité qu'on le voit se produire au moment de la miction, le sujet urinant ainsi dans son rein.

Deux cas, notamment, observés par les auteurs leur ont montré que le reflux temporaire actif à la miction peut se produire dans deux conditions fort différentes, d'abord sur un canal généralement préservé, et ensuite sur un canal habituellement en état de reflux permanent, mais momentanément fermé par un spasme.

De l'emploi de l'aleurone des graines oléagineuses dans l'alimentation de l'homme. — MM. RIBADEAU-DUMAS et ANDRÉ. Les grains d'aleurone sont essentiellement constitués par des substances albuminoïdes associées à des substances organiques phosphorées ou plytines. Ils représentent une matière alimentaire de grande valeur. Les graines oléagineuses qui peuvent être débarrassées de leurs matières grasses et de leur humidité d'une manière parfaite donnent actuellement des grains d'aleurone d'une grande pureté. Le produit végétal capable de fournir la meilleure farine d'aleurone est l'akène de l'héliante annuel. Sa caractéristique est sa richesse en azote et en plytine. La chaux, le fer y sont représentés. Pour ces raisons, l'aleurone de l'hélianthe annuel est susceptible d'entrer dans l'alimentation courante, notamment dans celle des enfants, soit comme élément d'un régime sans lait, soit comme aliment proprement dit dans les circonstances où les possibilités alimentaires comportent peu ou pas de protéines animales. Les matières azotées ainsi fournies, à peu près imputrescibles, suffisent à l'organisme. Elles sont les compléments indispensables du régime hydrocarboné et peuvent entrer dans la constitution d'un régime normal, même d'un bon régime de croissance, si on y ajoute une substance telle que l'huile de foie de morue. Les protéines végétales ne sont guère utilisées bien qu'elles soient d'un usage économique. Ces essais tentés avec diverses farines azotées semblent très encourageants. Les fruits du tournesol, particulièrement riches en protéines, méritent de retenir l'attention.

Rapports. — M. POUCHET lit un rapport sur les demandes de stations hydro-minérales, M. Vallée en lit un sur la vaccination antirabique du chien, enfin M. Renault apporte un rapport sur les demandes d'autorisation de sérums.

Election d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie), en remplacement de M. le médecin général inspecteur Delorme, décédé.

Classement des candidats : en première ligne, M. Rouvillois; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique,

MM. Cunéo, Marion, Morax, Ombrédanne, Terrien. Adjoint par l'Académie, M. Lecène.

Au premier tour, M. le médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, est élu par 70 voix sur 73 votants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

« Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes.

CE QUE CONTIENT ET CE QUE NE CONTIENT PAS LE RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE DE LA LOI DES ASSURANCES SOCIALES.

Le *Journal officiel* vient de publier le « Décret portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 3 avril 1928 sur les Assurances sociales » (1). Ce décret règle les modalités d'application pratique de la loi.

Examinons-le, à notre point de vue médical, voyons ce qu'il contient et ce qu'il ne contient pas, envisageons à quelles conditions il soumet l'exercice de notre profession.

I. **Conditions générales des contrats.** — Un principe général domine toute la partie médicale du règlement : la nécessité de conventions passées entre les caisses et les syndicats médicaux. Ce principe s'inspire de l'article 4, § 4 de la loi :

« Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions... résultant... de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels ».

Tout le système a donc pratiquement pour base les contrats entre caisses et syndicats.

A. Avec quels syndicats les caisses sont-elles autorisées à contracter? Avec tous les syndicats, quels qu'ils soient. Aucune restriction n'est prévue. Il n'y a aucune obligation d'habilitation par un organisme syndical central.

Bien au contraire, ce sont les caisses qui choisissent les syndicats médicaux avec lesquels elles consentent à traiter.

« Ne sont admis à traiter avec les Caisses d'assurances que les syndicats professionnels de praticiens agréés à cet effet par l'Office national des assurances sociales, après avis des principaux groupements professionnels de praticiens ». (Art. 62, § 2).

Quels sont ces groupements professionnels? Nous l'ignorons. En tous cas, ils n'auront que voix consultative, et, en fait, le choix des syndicats contractants appartiendra entièrement aux caisses.

B. Les clauses essentielles des contrats, sont déterminées d'avance par un règlement-type, élaboré par l'Office national des assurances sociales.

« Toute caisse d'assurance qui a pour objet de couvrir le risque maladie établit, sur la base d'un règlement-type élaboré par l'Office national des assurances sociales, un règlement fixant les conditions d'attribution des prestations, le mode de fonctionnement des services de l'assurance et les règles du contrôle auquel sont soumis les bénéficiaires. Ce règlement, rédigé en conformité avec les stipulations des conventions passées par la caisse intéressée doit être approuvé par l'Office national des assurances sociales » (art. 34, § 1).

Les caisses ne sont donc pas libres de traiter à leur guise. D'une part, leurs règlements doivent être en accord avec le règlement-type et d'autre part, recevoir l'approbation de l'Office national des assurances sociales.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 10 avril 1929, n° 29, p. 557.

C. Mais ce n'est pas tout. Il faut, en outre, que les contrats passés par les caisses avec les syndicats tout en se conformant au règlement-type, reçoivent encore l'approbation de la commission tripartite.

« Les conventions doivent être soumises, avant leur signature, à l'approbation de la commission tripartite, instituée par l'article 7, § 5 de la loi. » (Art. 35, § 3).

Or, quelle est la composition de cette Commission tripartite? Elle est « composée par tiers, de représentants des caisses, des groupements professionnels (1) et, pour le dernier tiers, de représentants de l'Office des assurances sociales. »

Les médecins y seront donc toujours en infime minorité. J'ajoute que c'est également cette commission tripartite, c'est-à-dire une juridiction unilatérale, qui est chargée d'arbitrer les litiges entre caisses et syndicats.

Il résulte de ces stipulations, qu'en réalité ce sont les caisses, l'Office national et la Commission tripartite, c'est-à-dire l'administration qui est maîtresse de la situation. C'est celle qui décide et impose les conditions des règlements et des contrats. D'elle aussi dépendra la durée des contrats, qui n'est pas prévue dans la loi.

Tout le fonctionnement médical est soumis à son bon plaisir.

II. **Organisation des soins.** — Pour l'organisation des soins, deux cas sont à envisager : celui des malades traités à domicile ou au cabinet du médecin, celui des malades placés dans un établissement de soins.

a. MALADES SOIGNÉS A DOMICILE OU AU CABINET DU MÉDECIN. — « Pour les assurés soignés à domicile, les conventions passées avec les syndicats professionnels de praticiens fixent :

1° Les conditions dans lesquelles sont dispensées les prestations en nature;

3° Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux (généraux, spéciaux et dentaires) et le remboursement des frais de déplacement, ainsi que pour le paiement des médicaments et appareils;

3° Les modalités du contrôle technique. » (Art. 36.)

Voyons successivement les divers éléments de ces conventions :

A. **Conditions des soins.** — Conformément à la loi, le libre choix est stipulé dans le décret, pour les assurés soignés à domicile ou au cabinet du médecin.

« Peuvent soigner les assurés :

1° Les praticiens affiliés ou non à l'un des syndicats professionnels ayant passé une convention avec la caisse à laquelle appartient l'assuré, s'ils ont adhéré à cette convention par un déclaration adressée à ladite caisse;

2° Les praticiens qui, n'ayant adhéré à aucune des conventions conclues par la caisse, ont néanmoins, par une déclaration adressée à celle-ci, indiqué celui des syndicats contractants appelé à les contrôler, se soumettre au contrôle technique du syndicat des praticiens désigné par la caisse. » (Art. 32, § 2.)

En somme, tout médecin, libre de toute convention, peut soigner les assurés à la seule condition qu'il se soumette au contrôle technique d'un syndicat choisi par lui ou désigné par la caisse.

Pour le règlement des honoraires, la possibilité du paiement direct existe, à condition qu'il soit inscrit dans les contrats :

« Les conventions ci-dessus prévues déterminent si le montant des frais médicaux... est payé par la caisse au praticien... ou bien s'il est acquitté par l'assuré, à charge de remboursement par la caisse, ou encore s'il peut être acquitté indiffé-

(1) Médecins et pharmaciens.

remment suivant l'une ou l'autre de ces modalités. » (Art. 42, § 1.)

On doit se demander ici quelle sera, à cet égard, la situation du médecin qui n'a adhéré à aucune convention caisse-syndicat. Est-il libre, lui, de choisir le mode de paiement qui lui convient? Le règlement ne le dit pas.

En ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, l'emploi des spécialités pharmaceutiques est limité. Elles ne sont inscrites dans la nomenclature « que si elles sont vraiment irremplaçables ou si elles sont d'un prix moins élevé que les médicaments non spécialisés qu'elles sont destinées à remplacer ». (Art. 38, § 3.)

Quant aux formalités administratives que le médecin aura à remplir, le règlement n'en parle pas. Elles sont à déterminer par le règlement-type établi par l'Office national des Assurances sociales.

Enfin, le règlement d'administration publique, tout autant que la loi, est entièrement muet sur la grave question du secret professionnel.

B. **Tarifs.** — « Les tarifs applicables pour la rémunération des soins médicaux donnés au domicile de l'assuré ou du praticien sont établis par localités et fixés dans les limites maxima des tarifs syndicaux ordinaires. »

Le règlement fixe donc le maximum de ces tarifs, mais il ne prévoit nullement une limite inférieure au-dessous de laquelle ils ne pourront descendre.

« Ils sont opposables à tout praticien, affilié ou non au syndicat contractant, qui, comme il est dit à l'article 32 ci-dessus, a, par une déclaration adressée à la caisse, expressément adhéré à la convention. » (Art. 37, § 1.)

Tout praticien ayant signé cette déclaration se trouve donc formellement engagé à ne demander jamais aux assurés des honoraires supérieurs au tarif de la caisse : c'est pour lui l'obligation du tarif limitatif.

C. **Contrôle.** — « Le contrôle peut s'effectuer... tant sur les assurés que sur le service des prestations par l'intermédiaire des médecins contrôleurs et accessoirement de visiteurs et dames visiteuses. » (Art. 51.)

« Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le praticien, confié par les caisses aux syndicats professionnels des praticiens avec lesquels elles ont passé un contrat et dans les conditions qui y sont fixées sous réserve du contrôle général appartenant à la caisse et qui ne peut être délégué par elles. » (Art. 53, § 1.)

Il y aura donc toujours, au-dessus du contrôle des syndicats, un super-contrôle de la caisse.

En quoi consiste pratiquement le contrôle technique?

« En ce qui concerne les soins, le contrôle technique porte sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens. » (Art. 53, § 2.)

Or, ce contrôle technique, ainsi défini, ne sera nullement l'apanage exclusif des syndicats médicaux, mais appartiendra tout autant aux fonctionnaires de la caisse, car le règlement déclare :

« Les médecins-contrôleurs ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater. » (Art. 52, § 3).

C'est toute la pratique médicale livrée à la critique, aux enquêtes policières, à la délation de personnalités non médicales, non qualifiées et incompétentes, telles que les visiteurs et dames visiteuses. Que fait-on de la dignité du médecin?

Le règlement déclare encore :

« Les syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine du retrait de l'agrément qui leur est donné par l'Office national des assurances sociales, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la commission tripartite, prévue à l'article 7, § 5, de la loi, prend toute mesure nécessaire pour y parer. » (Art. 53, § 1.)

En somme, si pour une raison quelconque, les syndicats se refusent à exercer le contrôle, l'Office national retire purement et simplement son agrément, c'est-à-dire son autorisation accordée aux syndicats de contracter avec les caisses, et c'est la commission tripartite qui devient chargée d'organiser le contrôle technique.

B. Assurés placés dans des établissements de soins. — **Choix du praticien.** — « ... L'assuré qui doit être soigné par voie d'hospitalisation exerce librement son choix entre les établissements de soins qui appartiennent à la caisse ou avec lesquels elle a passé des conventions. Il peut s'adresser également à d'autres établissements de soins... L'assuré soigné dans un établissement appartenant à la caisse ou ayant traité avec elle n'a pas le choix du praticien. Les contrats passés avec les établissements privés peuvent toutefois conférer à l'assuré le droit de choisir son praticien parmi ceux, attachés ou non, à l'établissement. (Art. 33, § 1.)

Pour les hôpitaux des caisses ou ceux de l'Assistance publique qui traitera avec elles, cet article consacre une violation formidable du principe du libre choix formellement stipulé dans la loi. En effet, le § 1er de l'article 4 de la loi déclare : « L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale..., les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure... ». Or, le § 2, qui le suit immédiatement, ajoute « l'assuré choisit librement son praticien ». Et la connexion entre ces deux paragraphes, spécifie, sans aucune contestation possible que le choix du praticien existe partout où l'assuré a besoin d'être soigné, et notamment dans les établissements de cure.

L'assuré, entrant dans un hôpital de l'Assistance publique, n'a donc pas le droit de choisir le service du médecin ou du chirurgien des hôpitaux par lequel il désire être traité ou opéré.

En ce qui concerne les cliniques privées, le choix du praticien est possible, mais doit être au préalable stipulé dans les conventions, c'est-à-dire se trouve soumis à l'agrément des caisses.

Tarifs. — « Pour les établissements hospitaliers publics, les tarifs applicables pour les soins donnés... sont fixés... par des conventions passées par les caisses, soit avec les administrations hospitalières, après entente avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, soit avec les syndicats professionnels composés exclusivement des praticiens attachés à ces établissements, après entente avec les dites administrations hospitalières. » (Art. 39, § 2).

Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, constitués en syndicats, pourront donc discuter les tarifs de leurs soins.

Pour les établissements privés,

« ... les tarifs applicables pour la rémunération des soins... ainsi que les modalités du contrôle technique, sont déterminés... par des conventions passées par les caisses soit avec les dits établissements de soins après entente avec le syndicat ou l'un des syndicats professionnels de praticiens prévus à l'article 35, § 2 du présent décret, soit avec ce syndicat, après entente avec les dits établissements. » (Art. 40, § 1).

« Les frais d'hospitalisation proprement dits... dans les établissements qui ont contracté avec la caisse... ne sont... pris en charge par elle que dans la mesure où ils ne dépassent pas les tarifs appliqués dans les établissements publics hospitaliers... Lorsque le bénéficiaire de l'assurance s'est adressé pour être hospitalisé à un établissement qui n'est pas lié par contrat avec la caisse, ces frais sont pris en charge par celle-ci et dans les mêmes limites. » (Art. 43, § 1 et 2.)

Ceci veut dire que la caisse ne paiera jamais à l'établisse-

ment privé ou ne remboursera à l'assuré qui s'y est placé que le prix de la journée des hôpitaux de l'Assistance publique.

Il y a là une menace de concurrence terrible pour les établissements privés. Comme l'écrit excellemment le docteur Fruictier : « Nul n'ignore que le prix de journée des hôpitaux, comme le prix de revient de tout ce qu'entreprend l'administration, est purement fictif. Pour l'établir, l'administration, en effet, ne tient compte, ni des intérêts du capital représenté par les terrains et les immeubles, ni de l'amortissement régulier du matériel; elle n'a pas de patente ni d'impôts à payer, pas de taxe sur le chiffre d'affaires, ni de taxe d'apprentissage, encore moins d'actionnaires à rémunérer; de sorte qu'un établissement quelconque, qui fonctionnerait dans les mêmes conditions, serait assuré de faire rapidement faillite. En réalité, c'est ce qui arrive tous les ans à l'Assistance publique, mais sa faillite perpétuelle est masquée par les subventions de toutes sortes que lui versent les contribuables, sous une forme ou sous une autre. C'est pourquoi le prix de journée qui servira de base aux contrats passés avec les caisses d'assurances risque fort d'être inacceptable pour n'importe quel autre établissement exploité sur des bases simplement normales. Rares sont ceux qui, grâce à une gestion particulièrement habile, pourront entrer en concurrence avec l'Assistance (1). »

Mode de paiement. — « ... Les conventions déterminent si le montant des frais médicaux... est payé par la caisse... à l'établissement public hospitalier ou à l'établissement privé, ou bien s'il est acquitté par l'assuré, à charge de remboursement par la caisse, ou encore s'il peut être acquitté indifféremment, suivant l'une ou l'autre de ces modalités. » (Art. 42, § 1.)

On constate, dans cet article, une omission inquiétante.

Deux modalités de paiement sont possibles, selon les conventions. Ou bien, ce sont les caisses qui paient aux établissements publics ou privés. Ou bien ce sont les assurés eux-mêmes qui paient, à charge de remboursement par la caisse. Mais à qui paient-ils? Sont-ils contraints, comme les caisses, de payer aux établissements? Ou bien ont-ils le droit de payer directement les honoraires pour les soins et les interventions aux médecins et chirurgiens? Le règlement ne le dit pas. Cette question est pourtant de la plus grande importance, surtout pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Car si le praticien libre pourra toujours se faire rembourser par la clinique privée où il traite et opère, par contre, n'est-il pas à craindre que l'Assistance publique, encaissant les honoraires de ses médecins et chirurgiens, ne prétende conserver, comme elle le fait déjà pour les malades payants des hôpitaux.

III. **Conclusions.**— Tel est le contenu essentiel de ce règlement d'administration publique. Quelles satisfactions, quels avantages donne-t-il au médecin? Rien. Rien que des possibilités conditionnelles, soumises à l'arbitrage des contrats. Mais de précisions, de certitudes, de garanties et de droit, point.

A part le libre choix au domicile du malade ou du praticien, aucune des revendications fondamentales du corps médical ne nous est légalement accordée par une obligation inscrite dans le texte : on n'y trouve mentionnés ni la durée des contrats, ni le respect du secret professionnel, ni l'habilitation par un organisme syndical supérieur, ni la liberté de prescription, ni le droit au libre choix dans les établissements privés ou publics (réservé pour les hôpitaux aux médecins,

(1) L'accaparement des assurés sociaux par l'Assistance publique, *La Clinique*, avril 1929 (A).

IODONE ROBIN
Gouttes - Comprimés - Injectable
ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

DRAGÉES SANS ODEUR
INALTÉRABLES
PEPTONE
de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'ŒUF et de LAIT
PRURIGOS INFANTILES
MIGRAINES
URTICAIRES
DRAGÉES INALTÉRABLES
GRANULÉS
PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINES
TROUBLES DIGESTIFS
GRANULÉS
MÉDICATION
ANTIANAPHYLACTIQUE
POLYVALENTE
Littérature et Échantillons à M.M. les Docteurs
Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA_Dr E. Perraudin, Phien de 1re cl._21, Rue Chaptal_PARIS IXe

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires
Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE
LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.
Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,
Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.
Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).
Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
HUILE ESSENTIELLE CED-ROC DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

chirurgiens et spécialistes attachés à ces établissements), ni le droit au paiement direct, ni même le droit à la liberté contractuelle, au gré des syndicats médicaux. Il n'est pas prévu davantage de limite inférieure au tarif de remboursement des caisses, question capitale pour le praticien, car il n'est pas douteux que fatalement, ce tarif de remboursement deviendra par l'usage et pour l'immense majorité des assurés, le taux même des honoraires médicaux. En somme, toutes les conditions du fonctionnement médical des assurances, tout le sort futur du médecin, sont entièrement livrés à la merci des conventions avec les caisses.

Eh bien, pouvons-nous engager tout l'avenir de la médecine sur des données aussi incertaines et aussi fragiles? Nous ne le pensons pas. Car que peut-il se passer, quel danger nous menace? Supposons qu'aujourd'hui, pour nous amadouer, les caisses nous accordent, dans les contrats, les principaux avantages que nous demandons. Mais demain, quand ces contrats seront à échéance, lorsqu'il s'agira de les renouveler, que risquerons-nous? C'est que les caisses, nullement liées par un texte législatif, nous retirent alors toutes les concessions qu'elles nous auront faites. A ce moment, elles auront organisé leurs services, recruté leur personnel, elles croiront pouvoir se passer de nous, c'est-à-dire de nos syndicats réguliers. Dans les discussions, elles opposeront toujours leur ultimatum formel : « C'est à prendre ou à laisser. »

Et quel moyen de défense aurons-nous contre les prétentions des caisses? Un seul, le refus de contracter. Mais n'est-il pas à craindre qu'alors trop de médecins, même parmi nos syndiqués, lassés, résignés à la médecine administrative, contraints par la nécessité de vivre n'acceptent les conditions draconiennes des caisses et les salaires de famine qu'elles leur imposeront.

C'est pourquoi nous estimons que nous ne pouvons consentir à traiter avec les caisses tant que ne seront pas inscrites dans la loi et dans le règlement d'administration publique, d'une façon précise et sans équivoques, les garanties nécessaires pour l'exercice d'une médecine saine et honorable, pour la sauvegarde de nos intérêts moraux et matériels, pour la sécurité de notre avenir. Aujourd'hui, nous sommes encore libres, animés par l'ardeur de la bataille, en pleine force de combativité : nous pouvons résister et nous défendre. Demain, pris dans l'engrenage administratif, usés par les luttes quotidiennes et surnoises avec les caisses, nous irons fatalement à la défaite.

Telle est la conclusion à laquelle est arrivé le Conseil d'administration du syndicat des médecins de la Seine, en décidant à l'unanimité dans sa séance du 17 avril 1929, de proposer à la prochaine assemblée générale le refus de sa collaboration à la loi et au règlement d'administration publique tels qu'ils sont établis actuellement.

Espérons que l'Assemblée générale ratifiera cette décision. Espérons aussi que le législateur finira par avoir la sagesse de comprendre qu'on ne saurait faire fonctionner une loi aussi importante, avec des subterfuges et des procédés de fortune et qu'il voudra obtenir le concours sincère et loyal du corps médical instruit, consciencieux et honnête en lui accordant les satisfactions légitimes qu'il réclame.

P. HARTENBERG. »

CONGRÈS

RÉUNION MÉDICALE DE TOULOUSE (8 juin 1929). — Cette Réunion, dans la pensée du Comité d'organisation, est destinée à remplacer les Journées médicales qui, selon le rythme préalablement établi en accord avec Bordeaux, Marseille et Montpellier, devraient avoir lieu cette année à Toulouse. Mais à la même date doit être commémoré le VIIe Centenaire de l'Université. Cette solennité fixée au 9 juin sera honorée de la présence de M. le Président de la République.

Le Comité a estimé qu'il convenait de s'associer à cette manifestation en modifiant la formule classique des Journées médicales. Aussi a-t-il décidé de consacrer une seule journée à une réunion médicale fixée au samedi 8 juin et dont voici le programme :

Faculté de médecine (grand amphithéâtre) : Samedi 8 juin, 9 h. Conférence de M. le médecin général inspecteur Toubert : « La modernisation du Service de santé militaire : le passé, le présent, l'avenir. »

16 h. Conférence de M. le docteur E. Gley, professeur au Collège de France : « La physiologie de l'individu. »

17 h. 1/2. Conférence de M. le docteur Bordet, professeur à l'Université libre et directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles : « Les facteurs d'évolution des cultures microbiennes. »

Le soir, à 19 h. 1/2, banquet par souscription au Grand Hôtel (prix : 45 fr.).

Se faire inscrire par chèque postal (Toulouse n° 4.515) au nom du professeur Bardier.

Le Service de santé organisera les 7 et 8 juin des séances de démonstration de matériel sanitaire avec conférences pratiques, en particulier pour le fonctionnement d'un groupement d'ambulances de corps d'armée.

Les médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration des 12e, 13e, 16e, 17e et 18e corps d'armée pourront être convoqués en périodes d'exercices sans solde pour y prendre part.

Les exercices pratiques auront lieu le vendredi 7 juin, à 17 h., au parc d'artillerie (annexe du dépôt du matériel du Service de santé).

IVes JOURNÉES THERMALES DU CENTRE. — Ces Journées, organisées par le *Centre médical*, avec la direction scientifique de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand et le concours de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans, sous la présidence de M. le professeur Castaigne, seront consacrées à Châtel-Guyon, Néris-les-Bains, Evaux et à l'ensemble des eaux antirhumatismales du Centre de la France.

PROGRAMME. — *Journée du 19 mai 1929.* — Concentration Clermont-Ferrand. — 9 h. Séance de travail à l'Ecole de médecine. Rapports consacrés à Châtel-Guyon, Evaux, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Châteauneuf-les-Bains, Chaudesaigues. — 11 h. 45. Départ en autocar. — 13 h. Déjeuner à Châtel-Guyon, visite de la station. — 15 h. 15. Départ en autocar pour Néris par Châteauneuf et les Gorges de Chouvigny (arrêt à Châteauneuf). — Dîner et coucher à Néris-les-Bains.

Second jour. — 8 h. 30, 9 h. 30. Visite de Néris. — 9 h. 30, 10 h. 30. Conférences médicales sur les eaux de Néris et leurs indications. — 10 h. 45. Départ pour Evaux. — 12 h. 15. Déjeuner à Evaux. — 13 h. 45, 15 h. 45. Conférence et visite médicale d'Evaux. — 15 h. 45. Départ en autocar pour Montluçon. — Dislocation.

LE JEUDI 13 JUIN 1929

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1929.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au lundi 3 juin 1929.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

"CALCIUM - SANDOZ"

Gluconate de chaux pur — Sel soluble entièrement assimilable — Calcium scientifique

La première préparation calcique injectable à doses efficaces sans inconvénients par la voie intra-musculaire

Granulé sans sucre

Adultes : 3 cuillerées à café bien pleines par jour
Enfants : 2 à 3 cuillerées à café par jour

Ampoules à 10 cc.
pour injections intra-musculaire et intra-veineuse

Adultes : Une tous les 2 à 3 jours
Enfants : 2 à 5 cc. tous les 2 à 3 jours

Bien spécifier " CALCIUM-SANDOZ "

PRODUITS " SANDOZ " 3 et 5, rue de Metz, PARIS (Xe), M. Carillon, Pharmacien de 1re classe

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

dans les Hypertensions et tous les Etats spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS, 134.569

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { *Cachets pour Adultes.* 2 à 6 par jour. / *Poudre pour Enfants;* 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CURE DE **DIURESE**
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU **LYSOL**
IVRY (Seine).

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISES* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.* T. les Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34 BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL** 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 264 148, Seine.

LAIT ALLÉGÉ

"DIETICUS"

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES — Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
COMPRIMÉS — 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
GRANULÉ — 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séances des 16 et 17 mai. — MM. Ravina, 19,36; Chevalley, 18,72; Mme Fontaine, 19,09; MM. Coste, 19,27; Paraf, 20; Lelong, 19,27; Levesque, 20.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 mai. — MM. Huet, 19; Bernard, 14; Chabrut, 15; Meillère, 14.

Séance du 17 mai. — MM. Reinhold et Bloch, 17; Ameline, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Mauclaire, agrégé libre, chargé sans limite de temps d'un cours complémentaire à la Faculté de médecine. (*J. O.*, 16 mai 1929.)

— Toulouse. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Valdiguié, agrégé près la Faculté de médecine de Toulouse.

DEUXIÈME TOMBOLA DE LA SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS (SOCIÉTÉ F. E. M.). — Pour la seconde fois le comité de cette Société dont les charges vont augmentant, le nombre des misères à soulager allant croissant, a décidé d'organiser à nouveau une tombola. Parmi les nombreux lots offerts par celle-ci on compte :

Une quarantaine d'œuvres de médecins et de femmes de médecins artistes : peintures, sculptures, gravures, des livres, des stylos, des broderies, soit environ cent cinquante lots. Les lots artistiques seront visibles au Salon des médecins, pendant toute sa durée au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, du 26 mai au 3 juin. Le tirage de cette tombola se fera le vendredi, 14 juin, à 4 h. de l'après-midi aux Journées médicales de Paris, Palais des Expositions; Porte de Versailles, dans la salle attenant à celle des conférences. (Les billets du prix de 5 fr. chaque, seront vendus :

1° Au Salon des médecins, pendant toute sa durée;

2° A l'Exposition des Journées médicales, du 9 au 12 juin;

3° Docteur Watelet, secrétaire général de l'œuvre, 21, rue Violet, Paris (XVe);

4° Au siège social de l'œuvre, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

Tous nos confrères et les leurs tiendront, nous n'en doutons pas à apporter leur obole, sous la forme d'achat de billets, à cette œuvre si belle et si nécessaire à laquelle se dévouent plusieurs femmes de nos confrères.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 12e décade (21-30 avril 1929), 1.379 décès totaux, dont 1.171 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.295 pendant la décade précédente et de 1.243, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 208 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.171 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 1 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 24, au lieu de 15 pendant la décade précédente (moyenne 1).

La variole et la varioloïde n'ont aucun décès; aucun cas n'a été signalé, comme pendant la décade précédente (moyenne 1).

Vérification faite, aucun cas de variole ou varioloïde n'a été confirmé.

La scarlatine a causé 14 décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 238; il s'élevait à 189 pendant la décade précédente (moyenne 109).

La diphtérie a causé 9 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 119, au lieu de 93 pendant la décade précédente (moyenne 80).

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE. 49, Boulᵈ de Port-Royal. PARIS

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Depéret, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, membre de l'Institut, et l'un des plus éminents géologistes de notre époque.

— Au cours de l'incendie qui vient de détruire l'hôpital de Cleveland (U. S. A.) et a fait 127 victimes, on a eu à déplorer la mort de sept médecins.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra 15 leçons, commencera le lundi 27 mai 1929, à 14 h. 30, pour se continuer tous les jours suivants; les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 250 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

Sont admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE. — Organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par M. le professeur Emile Sergent, ce cours aura lieu à la Clinique médicale propédeutique de la Charité, du lundi 17 juin au samedi 13 juillet 1929.

Il sera fait avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Grellety-Bosviel, Mme Gouin, MM. Haas, d'Heucqueville, Kourilsky, Kuss, Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

La première conférence aura lieu le lundi 17 juin, à 9 h. 30; les exercices pratiques auront lieu chaque après-midi; dans la matinée les élèves seront répartis dans les services hospitaliers des conférenciers et les cours théoriques auront lieu chaque jour à 15 h. 30 et à 17 h.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 h.

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — ASSOCIATION ALSACIENNE ET LORRAINE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Cours de perfectionnement sur le radio-diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des maladies des voies respiratoires, organisé du lundi 24 au dimanche 30 juin 1929 par les docteurs Gunsett, directeur du Centre régional contre le cancer, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Vaucher, secrétaire général de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, avec la collaboration de MM. Rohmer, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Ohlmann, Schaaf et Sichel, radiologistes à la Faculté de médecine de Strasbourg; Fath, Goehrs, Heitzmann, Lienhardt, Weirich, Wohlhuter, médecins des sanatoriums de la région; P. Meyer, ancien chef de clinique; Kaufmann, ancien assistant du service des tuberculeux à l'hôpital; Strauss, secrétaire général du Comité de propagande d'hygiène sociale; Mlle Uhrig, assistant du service des tuberculeux.

Le nombre des auditeurs est limité à 15.

Les participants auront l'occasion de pratiquer eux-mêmes de nombreux examens radioscopiques.

Un droit d'inscription de 300 fr. sera versé au début du cours.

A la fin du cours un certificat sera donné aux auditeurs qui en feront la demande.

S'inscrire auprès du docteur E. Vaucher, 8, quai Finkwiller, Strasbourg.

INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE ET HYGIÈNE SPÉCIALE DES INDUSTRIES. — L'*Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries*, organisme d'Etat, rattaché au conservatoire national des arts et métiers, et destiné à la formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session le 13 novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : *Brevet de technicien sanitaire.*

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement est gratuit.

Sa durée est limitée à trois mois, de façon à permettre aux élèves de province de le suivre, sans séjourner trop longtemps à Paris.

Les candidats qui ne peuvent résider à Paris pendant trois mois consécutifs peuvent être autorisés à répartir leur scolarité sur deux années.

Les demandes adressées dès maintenant donnent la priorité d'inscription, dans l'ordre chronologique de réception.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au conservatoire national des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, à Paris (IIIe).

Parmi les conférenciers, nous relevons les noms de MM. les docteurs Lévi-Bernard, Calmette, Desgrez, Dujarric de la Rivière, Haas, Henri de Balsac, Imbeaux, Hermann, Lasnet, Marchoux, Louis Martin, Mauclaire, J. Renault, Tanon et Henry Thierry.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

BISMUTH TULASNE
PANSEMENT GASTRIQUE AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH
INNOCUITÉ ABSOLUE
LABORATOIRES BAUDRY, 68, Bd MALESHERBES, PARIS.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

NATIBAÏNE

Association { 1/3 de DIGITALINE NATIVELLE
2/3 d'OUABAÏNE ARNAUD

du

LABORATOIRE NATIVELLE

49, Boul. de Port-Royal, PARIS (13e).

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : « **à doses réfractées** », chez les adultes.

La méthode des « **doses réfractées** » est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE :
Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3ᵉ). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3ᵉ).

R. C. : Seine 5.386

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.

DÉSAGRÉGATION RAPIDE . 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

'harmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. APPAREIL CIRCULATOIRE

L'endocardite infectieuse subaiguë dans l'enfance. (B. SCHLESINGER. *Brit. Journ. of child. dis.*, janv.-mars 1928.) — Cette affection ne doit pas être confondue avec les endocardites subaiguës d'origine rhumatismale; elle est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte en dépit de la fréquence du rhumatisme dans le jeune âge. Ces différences dans l'atteinte du péricarde dans un cas ou dans l'autre est un argument du même ordre qui permet aussi de n'en pas faire une forme particulière de rechute rhumatismale avec aggravation.

Il y a cependant des ressemblances cliniques certaines allant jusqu'à la présence de certains symptômes rares. Mais dans l'endocardite infectieuse la température est plus élevée et irrégulière et les embolies sont fréquentes. La splénomégalie dans l'endocardite rhumatismale est d'origine infectieuse alors que dans l'endocardite infectieuse elle semble le plus souvent due à un infarctus splénique qu'il est exceptionnel de rencontrer dans le rhumatisme. R. LEVENT.

Une observation de thoracectomie précordiale pour symphyse du péricarde. (R. WORMS et R. MERLE D'AUBIGNÉ. *Soc. de pédiatrie*, 15 mai 1928.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un sujet de onze ans chez qui fut pratiquée l'opération de Brauer sur le diagnostic de symphyse péricardique.

L'observation en elle-même est remarquable par la richesse symptomatique et le diagnostic porté a été confirmé à l'intervention. A noter que malgré l'existence d'une dépression systolique de la paroi on ne constata l'existence d'aucune adhérence péricardo-pariétale.

La symphyse semble avoir eu pour origine le rhumatisme; peut-être cependant faut-il réserver la place de la syphilis héréditaire.

Touchant les indications opératoires, les auteurs rappellent que l'hypertrophie cardiaque ne doit pas être tenue comme une contre-indication à l'opération de Brauer. De même l'effet favorable des tonicardiaques doit être tenu pour un signe de bon augure mais ne doit pas faire différer l'intervention.

Les auteurs ont obtenu dès le premier mois une amélioration manifeste du syndrome fonctionnel et de la tension artérielle; les autres signes physiques se sont peu modifiés. Ils ont observé une particularité d'évolution qui semble rare : le comblement partiel de la brèche osseuse qui n'a causé jusqu'ici aucun trouble et qui paraît ne pas devoir se compléter. Ils font cependant toutes réserves sur le progrès de cette ossification et sur ses conséquences. R. LEVENT.

L'angine de poitrine chez l'enfant. Observations et réflexions sur la pathogénie. (E. J. STOLKIND. *Brit. Journ. of child. dis.*, janv.-mars 1928.) — L'auteur résume vingt-cinq observations antérieures et en ajoute quatre nouvelles personnelles; on ne peut donc, en dépit de la rareté de cette affection chez l'enfant, en nier l'existence. Les conditions étiologiques et la pathogénie ne diffèrent pas de ce qu'elles sont chez l'adulte. Il semble, selon l'auteur, que l'influence de plusieurs facteurs se fasse sentir concurremment. L'irritation initiale porte probablement sur le cœur ou l'aorte ou sur tous les deux à la fois et est transmise par le plexus cardiaque, les voies sympathique et vagale jusqu'aux centres nerveux. L'importance respective de chacun des facteurs peut varier, mais il semble que leur somme doive atteindre un certain montant variable du reste avec les sujets.

Les considérations pathogéniques sont un élément indispensable pour établir un régime thérapeutique et diététique approprié. R. LEVENT.

L'hypertension artérielle infantile. Fréquence et valeur. (L. PELLISSIER. *La Pédiatrie pratique*, 15 janv. 1928.) — L'hypertension artérielle n'est pas l'apanage de la vieillesse ni même de l'âge adulte; il est vrai que sa mise en évidence est parfois malaisée chez l'enfant où la pression varie avec l'âge. L'auteur se réfère pour son appréciation aux chiffres donnés par Kessler, et, se basant principalement sur les modifications de la minima, ne tient compte que de chiffres supérieurs de 2 centimètres au chiffre normal à l'âge du malade.

D'une manière générale, l'hypertension est rare chez l'enfant. Dans bien des cas elle s'associe à d'autres symptômes qui permettent d'en reconnaître l'origine : lésions méningées, lésions artérielles, lésions rénales, aiguës ou chroniques. Les hypertensions associées ne sont pas très fréquentes.

Il existe aussi des hypertensions isolées. La syphilis héréditaire est naturellement le premier facteur dont on cherche à dégager le rôle. L'auteur, sans en nier l'importance, ne croit pas qu'il faille aussi souvent la mettre en cause que le pense Genévrier; elle semble, lorsqu'elle agit réellement, moins fertile en complications et moins grave que chez l'adulte.

Parmi les hypertensions non syphilitiques, groupe encore confus, il faut probablement donner la première place à celles qui relèvent de troubles endocrino-sympathiques, ces derniers pouvant d'ailleurs à l'origine être hérédo-syphilitiques. Les hypertensions endocrino-sympathiques ne sont pas les moins graves, en particulier à cause des complications qu'elles peuvent occasionner. R. LEVENT.

Un cas de splénectomie pour purpura hémorragique. (H. H. CHODAK GREGORY. *Brit. Journ. of child. dis.*, juillet-sept. 1928.) — Observation de purpura hémorragique primitif thrombocytopénique en évolution depuis deux ans, ayant résisté à plusieurs transfusions qui n'ont donné qu'une amélioration incomplète et transitoire. Devant la répétition des épistaxis on se décide à faire une splénectomie où la seule difficulté opératoire est due à l'existence d'une périsplénite marquée avec adhérences vascularisées. La convalescence survient en trois semaines. La guérison se maintient un an après malgré des affections intercurrentes.

Il est à noter que, dans la plupart des observations analogues antérieures à celle-ci, l'intervention a montré l'exis-

LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ANGINE DE POITRINE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs.

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J.B. FIALIP, PH cien
97, RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arr.)
Téléph : LITTRÉ 68-24

tence de périsplénite. On peut donc supposer que les lésions spléniques — dont le mode d'action sur le sang lui-même demande encore à être précisé — sont vraisemblablement d'origine infectieuse; la périsplénite en est seulement le témoin et résulte de l'extension du processus.

R. LEVENT.

II. APPAREIL DIGESTIF

Traitement de la colite chronique polymicrobienne de l'enfant. (A. P. CAWADIAS. *Brit. Journ. of child. dis.*, juillet-sept. 1928.) — Il est nécessaire pour l'établir correctement de le baser sur la physiologie pathologique de l'affection. Il peut s'agir d'une infection exogène par élimination intestinale de microbes absorbés au niveau des voies digestives supérieures, d'où réaction inflammatoire locale et manifestations anaphylactiques générales si les antécédents s'y prêtent. En même temps la flore habituelle de l'intestin acquiert de la virulence ou voit augmenter sa virulence habituelle.

Cette exaltation de virulence peut aussi être l'effet de toutes les causes extérieures diminuant la résistance de l'organisme (chaleur, etc.), de traumatismes locaux (vers intestinaux), d'erreurs alimentaires, de l'insuffisance hépatique ou pancréatique, de la constipation habituelle.

L'inflammation peut être locale et le demeurer (appendicites, diverticulites), ou d'abord locale, diffuser ensuite si son point d'origine est sur la voie principale.

Tous ces facteurs s'allient en général dans les colites polymicrobiennes qui s'opposent aux diverses colites spécifiques.

Pour établir fermement le diagnostic il faut d'abord reconnaître quel est le germe prédominant, sa qualité (saccharolytique ou protéolytique), quelles sont les causes qui favorisent sa pullulation. Tout ceci, de même que les antécédents familiaux homologues, a surtout un intérêt pronostique.

Il faut enfin préciser de quelle forme il s'agit : forme commune avec diarrhée chronique ou intermittente, forme latente, forme muco-membraneuse avec ou sans constipation spasmodique, forme à manifestations allergiques.

La diététique doit réaliser en même temps, chose parfois malaisée, une ration en calories et en vitamines suffisante aux besoins de l'organisme et une composition qui n'aggrave pas les troubles. Il est utile pour cela de procéder à un examen bactériologique des selles, de connaître leurs caractères fermentatifs et aussi de dépister certaines intolérances individuelles vis-à-vis de certains aliments.

Une aide effective peut être apportée par des vaccins administrés per os avec ou sans adjonction de cholagogues.

A titre accessoire on peut donner des astringents et des antiseptiques intestinaux (yatrène, kaolin, tannin, opium, petits lavements de sérum physiologique).

Il ne faut enfin pas négliger les moyens qui agissent sur l'état général (cures thermales à Spa, Châtelguyon en particulier), ni même la psychothérapie à l'adresse de l'enfant et même à l'adresse des parents, ce qui pour l'auteur n'est pas un élément à dédaigner.

R. LEVENT.

III. DIVERS

La polyarthrite aiguë de l'enfance. (E. STETTNER. *Deut. med. Woch.*, 15 fév. 1929.) — Le rhumatisme franc est très probablement une infection. Nous ignorons son germe et ne pouvons dire s'il est unique ou non, polymorphe ou non, mais la variété des terrains peut expliquer en partie les différences cliniques.

On peut expliquer les symptômes par une sensibilisation élective de certains tissus ou organes, sensibilisation qui prendrait naissance pendant la période d'incubation de la maladie, période qui est la période proprement infectieuse de la maladie, infection légère d'ailleurs. Les signes cliniques de la période d'état seraient seulement dus aux réactions humorales par toxémie.

On peut observer de semblables phénomènes en dehors de tout processus infectieux. Dans ce cas c'est du côté de l'organisme atteint qu'il faudrait chercher l'élément spécificité. On peut également observer des phénomènes rhumatoïdes avec polyarthrites très analogues au cours d'infections générales à germes connus de diverses espèces, et en particulier au cours de certaines épidémies. Il y a « arthrotropisme ».

On peut noter aussi, en contraste avec ce polymorphisme étiologique, une certaine uniformité dans la réaction.

Sans doute aussi l'élément âge a son importance. On ne peut, en effet, s'expliquer comment certains âges jouissent d'une certaine immunité vis-à-vis de germes comme le staphylocoque ou le streptocoque.

Le nouveau-né, qui semble réfractaire au rhumatisme, est protégé par l'immunité maternelle ou peut-être par son insensibilité naturelle aux infections. Peut-être aussi y a-t-il un élément héréditaire.

En effet, si les circonstances d'habitat ne semblent pas avoir toute l'importance qu'on leur a prêtée, il est fréquent de trouver, si on la recherche, une hérédité homologue.

L'auteur rapproche ce tempérament de ce que Czerny a dénommé la diathèse exsudative.

La porte d'entrée de l'infection serait une infection focale, au niveau de l'oropharynx en particulier.

La fièvre dans le rhumatisme a d'autres caractères que la fièvre d'autres infections; les épisodes de la maladie ont sur la courbe une influence plus marquée qu'ailleurs. Elle semble varier plus selon le terrain que selon le germe.

A noter aussi, en faveur de la théorie constitutionnelle, les lésions du système capillaire (péliose) associées ou non à des troubles rénaux parfois persistants et les modifications de la formule leucocytaire.

R. LEVENT.

IV. INFECTIONS INFANTILES

L'enfant rhumatisant. (N. GRAY ILL, *Brit. Journ. of Child. Dis.*, oct.-déc. 1928.) — L'auteur a recherché si, comme des auteurs l'ont prétendu, il y aurait un enfant prédisposé au rhumatisme (polyarthrite, affections cardiaques, chorée). Ses conclusions sont négatives aussi bien en ce qui touche les caractéristiques morphologiques que le genre de vie des sujets en question.

R. LEVENT.

Un nouveau sérum anti-diphtérie-scarlatine. (BECKER. *Deut. med. Woch.*, 11 janv. 1929.) — On sait l'influence sur la diphtérie des affections associées dont certaines (streptocoques) augmentent la virulence du bacille de Lœffler.

Pour l'auteur le streptocoque est pour beaucoup dans la gravité de la diphtérie du temps présent et dans sa résistance au sérum ; mais nous ignorons le mécanisme de ce phénomène.

L'auteur considère donc comme un progrès un traitement mixte visant les deux infections et il a cherché à le mettre au point en ce qui concerne particulièrement le streptocoque de la scarlatine qui, à son avis, a une influence particulièrement prononcée sur le bacille diphtérique. Il a tenté l'immunisation d'un cheval contre les deux germes simultanément. Les résultats ont été bons chez le cheval et ce produit présenterait, selon Becker, de grands avantages au cas d'angine de nature douteuse. Ce sérum est à la fois antitoxique et antibactérien et l'auteur entrevoit la possibilité d'un vaccin préparé selon ce principe.

R. LEVENT.

Les nouvelles méthodes de prophylaxie antidiphtérique. (E. LŒWENSTEIN. *Deut. med. Woch.*, 11 janv. 1929.) — Le mélange vaccinant toxine-antitoxine qui avait d'abord paru donner satisfaction a donné entre les mains de tous les opérateurs des accidents dont certains ont même occasionné des morts. La toxine diphtérique, en effet, n'y est pas détruite et peut dans l'organisme se libérer plus ou moins vite de l'antitoxine qui la paralyse; de plus, les effets immédiats sont inconstants.

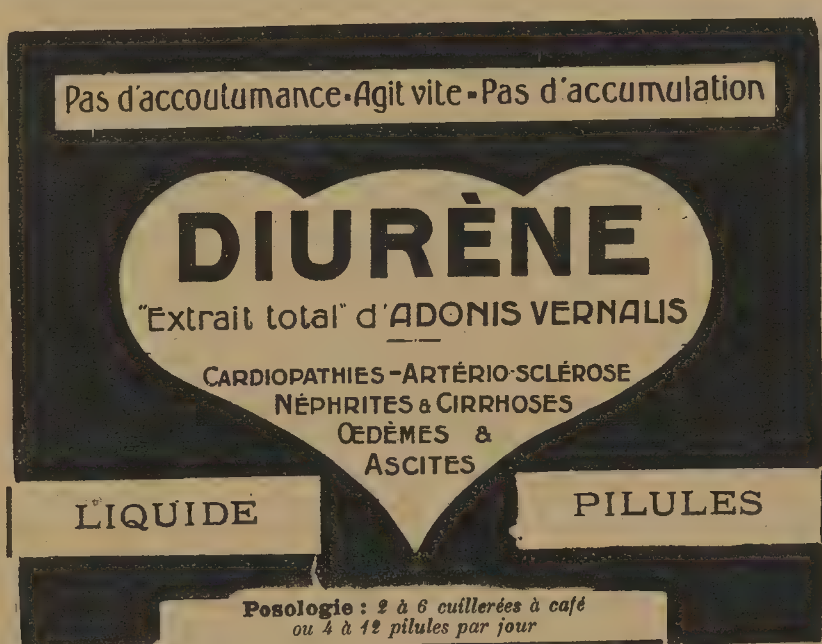
LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs
de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Aussi, depuis quelque temps, les a-t-on abandonnées pour des toxines formolées en qui on a cru trouver l'arme efficace et sans danger. Certains auteurs perdent cependant leur enthousiasme premier. Nobel qui a vacciné par l'antitoxine 163 sujets a observé des réactions plus ou moins intenses, en particulier, à la deuxième injection, surtout si les sujets inoculés sont en puissance de tuberculose (*sic*). On a de plus cité des cas de sujets à Schick négatif et récemment vaccinés contractant la diphtérie.

L'auteur trouve la raison de cette inefficacité relative de l'antitoxine dans le fait qu'elle ne contient formolée que de la toxine; il lui préfère l'emploi d'une culture totale formolée.

Il pratique de plus une vaccination cutanée par friction — au lieu d'injection sous-cutanée — s'appuyant sur le fait clinique que les seules immunités complètes qu'on observe en clinique, sont celles que produisent les affections dermotropes.

Il a procédé à des essais chez l'enfant qui n'ont produit aucune réaction et ont négativé 67 p. 100 des Schick positifs par trois frictions. L'immunité semble s'établir de 50 à 60 jours après la dernière friction et atteindre son maximum vers le quatrième mois. Etude en continuation.

R. LEVENT.

La question de la vaccination antidiphtérique. (W. Stœltzner. *Deut. med. Woch.*, 4 janv. 1929.) — Au début de la sérothérapie, au moment des plus belles statistiques de guérison, Gottstein avait, au milieu de l'incrédulité générale, annoncé la réapparition de diphtéries graves pour trente ans plus tard.

Or, on voit depuis 1925, augmenter le nombre des diphtéries graves (Berlin et grandes villes allemandes, Budapest, Paris, Londres). L'auteur croit qu'on doit voir dans ces faits la première manifestation d'une grande épidémie d'autant plus que si le nombre des cas s'est accru, leur malignité s'est accrue plus encore. A Berlin, on a de plus observé deux fois plus de cas en 1927 qu'en 1925 avec de nombreuses formes toxiques et de nombreux syndromes malins. Malgré l'administration de fortes doses, le sérum se montre souvent impuissant.

Sans doute, la virulence du bacille est-elle plus grande; sa toxine se fixe très vite en sorte que la sérothérapie la plus précoce est encore trop tardive. Peut-être aussi, mais l'auteur en doute, doit-on faire la part des infections associées (streptococcique ou autre).

Pour comble d'infortune, la méthode d'immunisation active (l'auteur semble envisager la vaccination par le mélange toxine-antitoxine) lui paraît d'une valeur douteuse; les statistiques sont discutables et l'on ne peut faire sur la réaction de Schick tout le fond qu'on avait cru d'abord. Des Schick positifs le demeurent, de plus, parfois en dépit de la vaccination. Il est également à noter que l'Amérique, où depuis plusieurs années on a beaucoup vacciné, n'a pas échappé à la recrudescence épidémique qui se manifeste depuis 1925, la malignité des cas, la mortalité ont augmenté.

En dépit de ces doutes graves, l'auteur pense que l'on ne doit pas abandonner la pratique de la vaccination qui paraît susceptible, tout au moins, d'empêcher les formes bénignes à défaut des autres. Mais il faut se garder pour ne pas compromettre cet avantage, à la vérité mince, de rendre obligatoire la vaccination antidiphtérique, ce qui serait lui prêter une puissance dont elle est dépourvue. Il faut, de plus, se garder de trop de confiance dans les résultats de la réaction de Schick. Enfin, il est prudent de ne pas compter sur une immunité de durée supérieure à un an.

R. LEVENT.

Réaction de Schick et inoculation vaccinale. (L. O. Finkelstein; R. A. Wilgand; E. N. Chochol. *Zeit. für Kind.*, fév. 1928.) — 1° L'inoculation de lymphe vaccinale a incontestablement une influence sur le résultat de la réaction de Schick.

2° Les enfants porteurs, avant vaccination jennérienne d'un Schick négatif, commencent à devenir positifs après l'inoculation. La modification est surtout évidente quand on fait l'inoculation intradermique simultanée de lymphe vaccinale et de toxine diphtérique mais on peut également la constater après vaccination par le procédé courant.

3° Après inoculation simultanée, le Schick devient positif en dix-huit à vingt jours et le demeure pendant quelques mois.

4° L'inoculation simultanée de toxine diphtérique et de lymphe inactivée ne modifie pas le Schick.

5. Le Schick obtenu de la sorte étant toujours positif et le sérum antitoxique antérieurement administré ne faisant qu'affaiblir sans la supprimer la réaction à la toxine, on ne peut savoir de façon certaine si un tel résultat correspond à une réaction véritable ou à une pseudo-réaction.

6° En même temps que le Schick positif, on constate chez l'enfant qui a reçu une inoculation simultanée des deux produits des intradermoréactions positives à l' « Alttuberkulin », au bouillon glycériné condensé, mais ces réactions sont imparfaites.

7° Cette transformation du Schick peut être également observée après l'évolution de la varicelle.

8° Ces faits sont à rapprocher des faits constatés en ce qui concerne la réaction de Pirquet-Mantoux, Moro-Keller, Orel.

R. LEVENT.

La signification du Schick négatif, en particulier chez le nourrisson. (Friedberger et Heim. *Deut. med. Woch.*, 25 janv. 1929.) — Le Schick, qui est négatif à la naissance, devient positif dans le cours de la première année et tend à redevenir négatif chez l'adulte. On a pensé que chez le nourrisson, il fallait en chercher la raison dans l'influence du lait maternel ou de la sécrétion placentaire; le Schick redeviendrait positif après sevrage, ceci basé sur l'hypothèse implicite de l'identité entre les toxines *in vivo* et celles *in vitro*.

Friedberger a depuis longtemps montré que le poison diphtérique, comme de nombreux autres antigènes, se conduit comme de nombreux poisons organiques auxquels la peau du nouveau-né demeure insensible; c'est ainsi que le sérum d'anguille en intradermo qui provoque de violentes réactions chez l'adulte laisse l'enfant insensible, immunité qui disparaît avec l'âge. Or, il ne peut s'agir dans ce cas du partage de l'immunité maternelle. L'auteur a obtenu des effets analogues avec l'essence de moutarde et, en clinique, on a observé l'insensibilité d'autres tissus du nourrisson pour d'autres poisons; le nourrisson ne montre aucune sensibilité à un bon nombre de maladies infectieuses.

L'auteur en conclut donc qu'il s'agit d'une insensibilité plus étendue qu'une simple anergie.

R. LEVENT.

V. MALADIES DES NOURRISSONS

Les diphtéries occultes chez les nouveau-nés et chez les nourrissons. (G. Schreiber. *La pédiatrie pratique*, 5 fév. 1928.) — La comparaison des statistiques relatives à la présence de bacille de Lœffler dans le pharynx des nourrissons (10-12 p. 100) et des tables de mortalité de cette catégorie de sujets (20-30 p. 100) donne à penser qu'il ne s'agit pas simplement de porteurs de germes mais d'infection diphtérique réelle, larvée ou occulte.

Il est depuis longtemps avéré que le nourrisson ne fait que rarement des diphtéries à fausses membranes surtout dans leur forme angineuse.

Parmi les formes localisées il s'agit en général de coryza, de diphtérie cutanée (ombilic, région sous-auriculaire) d'otite moyenne, de conjonctivite. Si les manifestations laryngées sont peu fréquentes il semble, d'après les constatations de Duchon qu'il faille donner à la broncho-pneumonie une place plus importante qu'on ne faisait jusqu'ici.

Parmi les formes généralisées il faudrait surtout rapporter

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %)' attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

au bacille diphtérique certaines intoxications générales, jusqu'ici considérées comme cryptogénétiques et se traduisant par de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux, de la dénutrition. Il faut dans ces cas recourir à l'examen bactériologique qui montre un bacille habituellement moyen, très virulent pour le cobaye.

La réaction de Schick est habituellement sans valeur chez le nourrisson.

Le pronostic est sévère; cependant la sérothérapie peut rendre les plus grands services tant pour le traitement que pour la protection. A cet âge au contraire, l'emploi de l'anatoxine ne semble donner aucun résultat. R. LEVENT.

L'acroérythrœdème des nourrissons. (CAILLARD et TERRIEN. *La pédiatrie pratique*, 15 mars 1928.) — Du syndrome dont M. Comby a fait l'objet d'une récente chronique les auteurs rapprochent divers faits que cette chronique leur a permis de définir et de classer. La principale observation est celle d'un sujet de vingt mois où deux mois après le début de l'affection, la température s'est élevée à 36°8 rectale. En même temps s'établissent de l'anorexie avec amaigrissement, tristesse, abattement. Sur le corps et les membres apparaissent des sueurs abondantes en même temps qu'un érythème ponctué, d'apparence sudorale; la peau est en permanence morte et froide. Les mains et les pieds sont cyanotiques et gonflés puis desquament par petits lambeaux. Il y a de l'hypotonie musculaire, de l'albuminurie. Aucun autre symptôme. Absence de tout antécédent personnel notable.

Cet érythrœdème qui semble avoir été considéré comme particulièrement fréquent en Australie serait en réalité plutôt méconnu qu'exceptionnel dans nos contrées.

On a décrit en plus des symptômes ci-dessus décrits du prurit et de l'insomnie. Les épreuves de laboratoire de tous ordres sont habituellement négatives.

La guérison se fait en général de façon progressive et sans séquelles; il peut cependant survenir des complications : broncho-pneumonie, gangrène des extrémités.

Le traitement se réduit à des mesures hygiéniques générales. Nous ignorons tout de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection. R. LEVENT.

Traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié. (P. ROHMER, P. WORINGER, Mlle ANDERSEN. *Soc. de pédiatrie de Paris*, 20 mars 1928.) — Les auteurs sont jusqu'ici d'accord sur les résultats obtenus : les signes radiologiques se modifient dès la première semaine du traitement en même temps que s'élève la phosphatémie. La guérison survient en trois à six semaines mais sans que soit modifiée l'anémie, donc effets semblables à ceux des rayons ultraviolets.

Les grosses doses ne précipitent pas la guérison.

Employant le « vigantol » de Merck, Rohmer a soigné trois cas dont deux très graves (solution à 1/100 deux doses quotidiennes de v gouttes. xxv gouttes équivalent à dix milligrammes d'ergostérol).

L'élévation de la phosphatémie a été constaté en cinq à six jours en même temps que l'imprégnation calcaire au niveau de la zone d'ossification des os longs. L'état général s'améliore parallèlement sans que des complications infectieuses intercurrentes retardent ni suspendent la guérison.

Un nourrisson de deux mois et demi avec craniotabes a guéri en trois semaines; deux autres sujets très atteints ont guéri en un mois mais l'abdomen est demeuré volumineux et les membres flasques. Trois autres sujets soumis aux rayons ultraviolets ont suivi une évolution analogue.

Hottinger a récemment guéri en huit à dix jours deux sujets atteints de tétanie.

Rohmer a traité cinq cas avec laryngospasme et convulsion qui ont disparu dans trois cas en deux jours et dans les deux autres cas en cinq et douze jours, en même temps la calcémie dépassait 10 milligrammes.

La dose administrée dans les deux derniers cas a été de 6 milligrammes; il semble donc qu'il faille des doses assez importantes pour égaler dans la tétanie les effets des rayons ultraviolets. R. LEVENT.

Essais de traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié. (A.-B. MARFAN et Mme ODIER-DOLLFUS. *Soc. de pédiatrie de Paris*, 20 mars 1928.) — Dans un premier groupe de rachitiques, âgés de plus d'un an porteurs de très grosses déformations, atteignant surtout les membres inférieurs (l'un avec fractures multiples) on a fait deux périodes de traitement par l'ergostérol de quinze jours chacune séparées par un repos de trois semaines.

Le sujet porteur de fractures s'est calcifié très rapidement, un autre également quoique moins vite mais les incurvations osseuses et l'aspect crénelé de la diaphyse ont persisté. L'état général s'est amélioré, l'anémie et l'hypotonie musculaire ont diminué.

Dans un deuxième groupe de sujets, âgés de cinq à six mois, avec craniotabes, légères déformations thoraciques et tétanie, un traitement semblable a agi remarquablement sur les symptômes tétaniques (en dix à quinze jours) le craniotabes s'est consolidé en un mois, effet comparable à celui des rayons ultraviolets.

Chez un sujet à Wassermann négatif, les convulsions isolées ont persisté alors que les autres signes avaient disparu.

Dans tous ces cas il faut en l'état actuel de nos connaissances éviter de se prononcer sur la durée de cette guérison.

On a donné pour commencer un à deux milligrammes par jour d'ergostérine; la dose optima semble quatre milligrammes *pro die*. R. LEVENT.

Prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B. C. G. (S. CORDEY. *Révue méd. de la Suisse romande*, 25 déc. 1927) [avec bibliographie.] — Se basant sur les notions actuellement admises touchant l'infection tuberculeuse et l'établissement de l'immunité sur les résultats publiés et les explications proposées de l'action du B. C. G., l'auteur pose diverses questions sur le degré d'efficacité certaine et l'innocuité d'un vaccin qui doit protéger contre une infection possible mais non fatale des sujets que l'on a toutes raisons de juger encore indemnes et seuls justiciables de cette vaccination.

D'uue manière générale : le premier âge est, on le sait, des plus défavorables à l'établissement d'une immunité quelle qu'elle soit.

Au cas où la tuberculose congénitale existerait plus fréquemment qu'il n'est jusqu'ici classique de l'admettre, comment dépister des sujets dont la cuti-réaction est négative et comment leur épargner une vaccination qui risque de n'être plus inoffensive?

En admettant même, ce que ne font pas tous les auteurs, que la porte d'entrée intestinale est le plus souvent utilisée par l'infection, comment connaître, après administration *per os* du vaccin, quelle quantité des doses ingérées a été réellement absorbée?

Pourquoi la cuti-réaction est-elle beaucoup plus souvent positive chez les sujets vaccinés par voie sous-cutanée que chez les sujets vaccinés *per os*?

Pour Calmette, la cuti-réaction même positive n'est pas une preuve de l'état d'immunité; comment reconnaître cette immunité et comment, d'autre part, avec les conceptions actuelles, s'expliquer que l'immunité puisse exister alors que la cuti est négative?

Les résultats publiés des expériences sur l'animal laissent place à bien des incertitudes.

Si Calmette et de nombreux auteurs considèrent comme constante l'innocuité du B. C. G., d'autres expérimentateurs ont après administration de ce produit constaté infection ou intoxication.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

Dragée ADRIAN

au Chlorure de Magnésium

préventive des néoplasmes

Dragées dosées à 0 gr. 121

de Chlorure de Magnésium anhydre

correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé

ADRIAN et Cie

9, Rue de la Perle,
PARIS - 3e

La granulie expérimentale provoquée par la vaccination se montre habituellement bénigne et les réinoculations négatives; certains auteurs cependant, par des doses massives, ont obtenu des réinoculations positives.

Le B. C. G. est donc un bacille vivant, toxique et virulent. Ne peut-on considérer que la guérison des lésions bénignes qu'il provoque est cause de la cessation de l'immunité; d'où les revaccinations reconnues nécessaires.

Enfin l'examen des documents cliniques et des statistiques inspire à l'auteur les considérations suivantes :

Les cas de méningite bacillaire avant quatorze mois sont moins exceptionnels qu'il n'est habituellement admis; on a constaté des décès par méningite bacillaire chez des sujets correctement vaccinés et maintenus séparés de la source d'infection reconnue.

Les observations des sujets vaccinés, morts d'une affection que l'on a jugée non tuberculeuse, sont rarement complètes au point de vue bactériologique et anatomique et sont d'une valeur probante incomplète. Les conditions d'existence des enfants vaccinés ou non et maintenus dans le milieu suspect sont un ensemble dont on ne paraît pas avoir jusqu'ici étudié suffisamment les éléments.

Pour parer à toutes les lacunes dans la démonstration en cours, il faudrait connaître la destinée de la totalité des sujets vaccinés et pas seulement d'une partie, isoler les sujets vaccinés pendant le temps nécessaire à l'éclosion de l'immunité et compléter les documents bactériologiques et anatomiques.

Il faudrait aussi pouvoir expliquer la coexistence de l'immunité avec la cuti-réaction négative et l'apparition de méningite tuberculeuse chez des sujets vaccinés soustraits à toute source reconnue de contagion.

Jusque-là l'innocuité dans tous les cas du B. C. G. demeure pour l'auteur incomplètement prouvée.

Il faut donc se garder de renoncer à la séparation et réserver jusqu'à plus ample informé le B. C. G. aux sujets menacés en excluant ceux pour qui le danger d'infection n'est pas discernable.

R. LEVENT.

La prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin Calmette-Guérin. (A. CRAMER. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 déc. 1927.) [Communication faite à la Soc. méd. de Genève, juin 1927.] — Exposé des observations et des opinions publiées. Après avoir résumé la genèse des travaux de Calmette et Guérin et leur développement bactériologique expérimental suivi d'une période d'observation médicale vétérinaire puis humaine, l'auteur accepte les résultats communiqués sur l'abaissement de la mortalité infantile par tuberculose et estime que l'on peut attribuer les insuffisances de la méthode jusqu'ici constatées à la tuberculose prénatale ou à la contamination avant l'éclosion de l'immunité.

Il résume ensuite les critiques soulevées : le trop petit nombre des résultats mentionnés par rapport au matériel originel — critique que ne nous paraît pas supprimer complètement l'impossibilité patente de garder un contact prolongé avec de tels effectifs — ; les accidents provoqués par réinoculation (Kraus, Gerlach) — critique que ne supprime peut-être pas non plus complètement la nécessité des doses réinoculées massives ni peut-être la tendance spontanée à la guérison des lésions ainsi provoquées.

Le temps et une observation encore étendue en nombre et en durée nous paraissent encore nécessaires à l'établissemenà d'une doctrine incontestée; jusque-là il faut, selon l'auteur, t tout le moins isoler soigneusement de tout risque d'infection familial ou hospitalier, le sujet vacciné pendant les trois semaines de maturation de l'immunité,

R. LEVENT.

A propos de la prémunition des nourrissons contre la tuberculose par le vaccin B. C. G. (WEILL-HALLÉ. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 fév. 1928.) — L'auteur s'élève contre le grief fait au B. C. G. de nuire au développement ultérieur du nourrisson vacciné qui d'après les observations nombreuses qu'il a eu l'occasion de faire paraît se développer aussi bien que tout autre.

La perte de contact est inévitable au bout d'un certain temps avec le vacciné et sa famille surtout dans le milieu hospitalier; d'où le déficit des statistiques.

M. GALLIVALERIO résume les travaux des auteurs (Krauss, Gerlach, Zechnovitzer, Heymans, Matwejew, Iwanov, Kuhn) qui ont étudié chez l'animal les lésions consécutives à l'injection de B. C. G. et leur évolution.

R. LEVENT.

Mort par méningite tuberculeuse d'un enfant vacciné au B. C. G. (J. TAILLENS. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 déc. 1927.) — L'auteur publie une observation personnelle qu'il résume : Enfant né d'un père tuberculeux, en contact peu intime avec lui pendant plusieurs mois de sa vie, vacciné au B. C. G., mort à six mois de tuberculose pulmonaire et méningée.

Malgré l'absence d'autopsie le diagnostic de tuberculose est basé sur la cutiréaction positive, les signes radioscopiques et les résultats de la ponction lombaire.

Le B. C. G. aurait-il été impuissant à protéger l'enfant? Le B. C. G. l'aurait-il rendu tuberculeux? L'auteur remarque qu'il y a contradiction entre certaines propositions articulées par l'inventeur du procédé de vaccination : non virulence du B. C. G. pour les espèces animales — absence de nocivité du virus pour l'animal qu'il immunise — impuissance de ce virus à provoquer des lésions réinoculables. La production d'une lésion même non réinoculable est pour Taillens contradictoire avec l'absence de nocivité.

De plus divers auteurs : Kraus, Gerlach, Galli-Valerio ont constaté après administration de B. C. G. l'existence de lésions tantôt curables, tantôt mortelles, tantôt réinoculables. Pourquoi en serait-il donc chez l'enfant autrement que chez l'animal? Taillens se refuse actuellement à admettre pour les cas incriminés l'existence d'une tuberculose par infection intra-utérine.

Taillens accuse de plus, se basant sur les observations faites à la Pouponnière de Lausanne, le B. C. G. de troubler le développement général de l'enfant.

Se référant aux statistiques publiées, Taillens leur reproche enfin leur imprécision quant aux limites de temps et d'âge des sujets observés; la différence statistique de léthalité avant un an ou après un an se rapprochant trop à son avis de l'abaissement de mortalité qu'on attribue au vaccin. Il leur reproche aussi la trop grande disproportion numérique entre le nombre des sujets vaccinés et le nombre des sujets pris en considération au moment où l'on clôt l'observation, reproche adressé aux divers auteurs qui en divers pays ont publié des résultats.

Ayant élevé ces critiques, Taillens se range à l'avis déjà exprimé d'autres auteurs, recommande la prudence extrême dans l'emploi du B. C. G., préconise comme mesure prophylactique primordiale la séparation et demande une étude plus poussée avant l'extension de son emploi, du vaccin proposé.

R. LEVENT.

A propos du vaccin B. C. G. Vérification anatomique chez un nourrisson vacciné. (R. GIROD et Cl. DEBARGE. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 déc. 1927.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un sujet né à huit mois environ, pesant à sa naissance 2^{kg}200 pour une taille de 0^{m}45. La mère âgée de vingt-deux ans avait été soignée à quatorze ans pour une adénite suspecte et à seize ans opérée d'une nouvelle adénite dûment reconnue tuberculeuse.

Les troisième, cinquième, septième jours de sa naissance l'enfant reçoit suivant toutes les précautions prescrites du vaccin B. C. G.

La mère nourrit l'enfant pendant dix jours puis est séparée de lui. Dès le douzième jour apparaissent des troubles diges-

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications

Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique. / pommade à 2 % — — }

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

Lactolaxine

FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS

Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

1 à 3 comprimés le soir au coucher

AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

tifs qui progressent jusqu'au vingt-cinquième jour où l'enfant meurt athrepsique.

L'examen médical de la mère n'a montré pendant cette période aucun foyer en activité reconnaissable.

L'autopsie, pratiquée avec soin ne montre aucune autre lésion que de petites ulcérations de l'iléon peu profondes du reste. L'examen histologique ne montre à ce niveau aucune lésion qui permette d'incriminer l'origine tuberculeuse. L'inoculation au cobaye est demeurée négative.

La recherche dans les divers organes de bacilles tuberculeux n'a permis d'identifier que quelques bacilles (frottis et coupes) acido résistants et ne semblant avoir déterminé aucune réaction locale; ils étaient cantonnés dans la moelle osseuse d'une vertèbre.

Les auteurs concluent donc à la mort par athrepsie; l'absence de toute lésion bacillaire montre que même chez un enfant chétif le B. C. G. ingéré est demeuré inoffensif.

R. LEVENT.

Expériences touchant l'enrichissement en vitamines du régime alimentaire pendant le premier âge par administration d'ergostérine irradiée (Vigantol). (E. Vogt. *Münchener med. Wochensch.*, 27 avril 1928.) — De ses expériences l'auteur retire l'impression qu'en administrant de la vitamine D à partir du premier jour de la vie extra-utérine on influe heureusement sur le développement de l'enfant, que son poids initial soit normal ou insuffisant. On pourrait ainsi attribuer à la vitamine D un effet antidystrophique.

On ne sait encore s'il y a là une arme de protection contre les affections infectieuses du premier âge. L'auteur considère qu'on peut l'employer avec prudence, que l'allaitement soit naturel ou artificiel, en particulier pendant la saison froide lorsqu'apparaissent des signes de dystrophie.

Son rôle protecteur contre le rachitisme est chose acquise.

R. LEVENT.

VI. MALADIES DE LA NUTRITION

Le traitement par l'insuline dans le diabète sucré de l'enfant. (K. Uutheim Tolerud. *Brit. Journ. of child. Dis.*, juil.-sept. et oct.-déc. 1727.) — L'auteur a suivi 47 sujets, certains d'entre eux pendant un laps de temps qui, pour certains, atteint quatre ans.

Le traitement comprend un régime approprié et de l'insuline en trois prises quotidiennes. De la sorte, la glycémie est pendant le jour maintenue à un taux normal; ce taux s'élève pendant la nuit, d'autant plus que l'affection est plus sévère, pour atteindre son maximum le matin à jeun.

Le développement physique et intellectuel des malades s'est fait normalement pendant toute la période du traitement.

Chez 7 enfants, la tolérance aux hydrates de carbone est demeurée constante ou s'est accrue; chez les autres, elle a diminué, en particulier du fait d'un régime alimentaire défectueux ou du fait d'une infection intercurrente. 17 sujets sont morts : 5 dans le coma à l'occasion d'une maladie intercurrente; les autres du fait de la suspension de l'insuline ou du fait d'un régime alimentaire mal suivi. R. LEVENT.

VII. SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Convulsions de la première enfance et syphilis congénitale. (P. Nobécourt et L. Lebée. *Soc. de pédiatrie de Paris*, 17 janv. 1928.) — Les auteurs entendent les convulsions au sens le plus étendu du terme en y englobant la tétanie. Ils ont considéré comme syphilitiques les sujets qui présentent des symptômes cutanés, muqueux ou viscéraux d'une syphilis active ou des stigmates dystrophiques dont la valeur démonstrative est habituellement reconnue, ceux enfin qui ont une hérédité spécifique avérée et ceux qui avec ou sans signes cliniques ou d'hérédité chargée ont un Wassermann positif (H^0 à H^5). Sont considérés seulement comme suspects les sujets à réaction H^6, comme indemnes les réactions H^7 et H^8.

Si les influences banales paraissent pouvoir jouer un rôle dans la production des convulsions, ces cas sont exclus de la statistique, même s'il s'agit de sujets spécifiques.

Il s'agit donc de déterminer parmi les convulsions « essentielles » la fréquence des syphilis occultes et en contre-épreuve quel est le nombre des sujets cliniquement ou sérologiquement reconnus syphilitiques, qu'il y ait ou non convulsions.

Les auteurs ont comparé 1.500 observations chez des sujets âgés de trente mois ou plus.

40 enfants ont présenté des convulsions; 42,5 p. 100 étaient des hérédo-syphilitiques avérés, 12,4 p. 100 étaient douteux, 43 p. 100 étaient indemnes.

Sur 432 enfants examinés, on a trouvé 3,90 p. 100 de convulsifs et syphilitiques, 4,5 p. 100 de convulsifs et suspects, 4,3 p. 100 de convulsifs et non syphilitiques.

La proportion des convulsions chez des sujets convaincus ou soupçonnés de syphilis ne dépasse donc pas 5 p. 100. Il faut donc se garder d'attribuer à la syphilis un rôle prépondérant dans l'apparition des convulsions même « essentielles ».

R. LEVENT.

La syphilis congénitale. Traitement par injections intrapéritonéales de novarsénobenzol. Conclusions de deux années de pratique. (C. G. Grulee, H. N. Sanford, P. C. Waldo. *Amer. Journ. of dis. of chil.*, janv; 1928.) — Après un certain nombre d'essais sur l'animal, les auteurs ont fait du traitement arsenical par voie intrapéritonéale, désirant faire un traitement à la fois bref et énergique.

Ils ont fait quatre injections à trois jours d'intervalle, puis quatre injections à sept jours d'intervalle, chacune de 50 milligrammes. Résultats contrôlés (clinique et laboratoire) un mois après la fin du traitement.

25 sujets traités (âges extrêmes : un jour-trois ans); deux fois pour réactivation, succès après une injection; vingt-trois fois pour des troubles divers ou en raison de l'état général, ou en raison de l'état des parents; seize fois on a obtenu la guérison clinique, la négativation de Wassermann; dix sept fois les résultats ont été incomplets du fait d'un traitement interrompu par les parents; trois morts dont une seule est attribuée au traitement (abcès périrectal par injection mal dirigée); les deux autres sont dues à une intoxication alimentaire et à une bronchopneumonie.

Chez un seul sujet, réaction d'Herxheimer avec malaise grave cessant après vingt minutes spontanément.

Les auteurs préconisent ce mode d'administration à cause de la rapidité d'action dans tous les cas où les intraveineuses sont impossibles, R. LEVENT.

Le traitement anténatal de la syphilis. (D. Nabarro. *Brit. Journ. of Ven. dis.*, avril 1928.) — S'appuyant sur les résultats obtenus par les classiques, sur ceux publiés par Stokes en 1927, ainsi que sur ceux de Whibridge William en 1920, et plus récemment sur les résultats de Boas et Gammeltoft, de Copenhague (1920), ainsi que les siens propres (76 observations), l'auteur renouvelle le plaidoyer touchant le traitement de la mère syphilitique, seul moyen de donner à l'enfant toutes chances, sinon certitude, de naître viable et même sain.

R. LEVENT.

Un cas de syphilis héréditaire du foie chez un enfant de quatorze ans, considéré faussement comme une tuberculose pulmonaire en évolution. (V. Mikulowski. *La pédiatrie pratique*, 25 avril 1928.) — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de quatorze ans, souffrant de douleurs hypogastriques sans relation avec l'horaire du repas, accompagnées d'une réaction fébrile. La cohabition avec un frère tuberculeux l'avait fait considérer comme un bacillaire des deux sommets, porteur en même temps d'une lésion appendiculaire. Depuis longtemps, il se plaignait de poussées fébriles et de nausées,

Pneumogéïne

Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

accompagnant les douleurs abdominales. La mère du sujet avait eu huit accouchements et quatre avortements. Des huit enfants venus à terme, six étaient morts en bas âge.

L'examen montra à l'auteur l'intégrité complète des poumons, du cœur et de l'appendice. On trouvait seulement, en même temps qu'une température irrégulière (37°2-38°9), une tumeur sous-ombilicale douloureuse, lisse et dure), suivant les mouvements du diaphragme. Lobe droit du foie et rate normaux. Leucocytose sanguine à prédominance relative de lymphocytes. La recherche du bacille de Koch et la réaction de von Pirquet sont négatives de même que la recherche de l'échinocoque. En revanche, la réaction à la luétine et le Wassermann sont fortement positifs.

On institue alors un traitement mercuriel par frictions qui améliore rapidement l'état général (augmentation de poids : 1k250 en huit jours). Les signes fonctionnels disparaissent et en quinze jours le lobe gauche du foie est redevenu normal. Le Wassermann demeure positif.

L'auteur porte donc le diagnostic d'hépatite syphilitique fébrile. L'absence de périhépatite et de splénomégalie le font conclure en faveur d'une forme gommeuse et non d'une forme interstitielle; de même la localisation exclusive à un lobe hépatique et la disparition rapide de la tumeur. Toutes réserves faites sur l'apparition ultérieurement possible d'une cicatrice déformante du type classique. R. LEVENT.

La sédimentation des hématies dans la syphilis congénitale. (J WEISS. *Le Nourrisson*, mars 1928.) — On ignore par quel mécanisme divers états pathologiques ou physiologiques influencent la vitesse de sédimentation des hématies. Plaut l'a étudié dans la syphilis acquise et a constaté que dans les affections nerveuses la vitesse de sédimentation est plus grande lorsque la syphilis a un rôle actif. Mais les effets de la syphilis héréditaire sur ce phénomène semblent avoir été peu étudiées jusqu'ici.

Après avoir étudié 180 enfants entre trois semaines et cinq ans et demi (se décomposant en : syphilis héréditaires 140, syphilis et tuberculose 6, affections cutanées non syphilitiques 9, rachitisme grave 2, sujets sains 18, affections diverses sans diagnostic (*sic*) 5), l'auteur conclut que l'hérédo-syphilis cause l'accélération de la sédimentation et de façon proportionnée à la gravité clinique. (Les manifestations cutanées légères beaucoup moins que les lésions des os ou des viscères).

L'influence du traitement sur les phénomènes sanguins est d'autant plus nette que les troubles cliniques sont moins graves, mais correspond en général à l'atténuation de l'infection beaucoup plus qu'aux modifications objectivement perçues. R. LEVENT.

VIII. SYSTÈME NERVEUX

L'idiotie amaurotique familiale (type Hay-Sachs). Une observation avec évolution prolongée. (G. B. HASSIN et A. H. PARMELEE. *Amer. Journ. of dis. of child.*, janv. 1928.) — L'auteur rapporte une observation d'idiotie amaurotique familiale, survenu chez un enfant issu de consanguins; le début a été lent puisque l'affection ne s'est révélée qu'à deux ans passés et par des symptômes peu notables; l'évolution s'est prolongée et a été suivie pendant quatre années au bout desquelles la mort survint par affection intercurrente. Les signes objectifs du côté du système nerveux étaient présents mais les symptômes habituels au niveau du fond d'œil (tache rouge cerise) n'ont pas été rencontrés tout au moins lors de l'examen.

A l'autopsie on trouve une dégénérescence avec atrophie des hémisphères cérébraux, des couches optiques et d'une partie du cervelet, des altérations histologiques des cellules des noyaux semblables à celles déjà décrites par d'autres auteurs, une pie-mérite hyperplasiante avec hyperplasie vasculaire et dégénérescence vacuolaire au niveau du thalamus. R. LEVENT.

A propos de l' « Epiloia ». (L. BABONNEIX. *Arch. de méd. des Enf.*, mars 1928.) — Après Sherlock (1911) Brushfield et Wyatt ont ces dernières années étudié (*British Journ. of child. dis.*) une affection nouvelle : « syndrome de déficience mentale avec crises épileptiques, adénome sébacé, sclérose nodulaire de l'écorce cérébrale et tumeurs du rein ainsi que d'autres organes ». C'est l' « Epiloia ».

Reprenant ces travaux cliniques et bibliographiques, M. Babonneix constate qu'il n'y a rien là qui légitime une dénomination nouvelle et que cette affection répond de tous points à la « sclérose tubéreuse » que Bourneville et Brissaud avaient décrite dès 1880. Elle n'a du reste subi depuis ce moment aucune éclipse et nombreux sont les travaux cliniques et anatomiques qui, depuis, en France et en Allemagne (Bielschowsky en particulier), l'ont prise pour objet et auxquels peuvent se joindre les travaux, uniquement en langue anglaise, qu'ont mentionnés Brushfield et Wyatt. R. LEVENT.

Un symptôme précoce de méningite tuberculeuse. (K. OCHSENIUS. *Deut. med. Wochens.*, 8 fév. 1929.) — On ne peut attacher cette valeur à la sédimentation des hématies qui est seulement l'indice d'un trouble grave de l'organisme et le signe prémonitoire d'une maladie grave mais n'a aucune spécificité.

Il faut attacher plus d'importance au vomissement fréquent. L'auteur insiste en revanche sur un symptôme rarement rencontré et rarement recherché mais qu'il a maintes fois constaté : il s'agit de troubles de la parole survenant sans raison chez le jeune enfant et disparaissant en général en quelques heures : aphasie, dysphasie passagère caractérisée par des interversions de syllabes, de mots ou même de phrases. Ces troubles précèdent de quelques jours l'apparition des autres symptômes et dénotent vraisemblablement la participation des centres du langage. Deux observations.

R. LEVENT.

A propos de la pathogénie de la tétanie. (K. KLINKE. *Deutsche med. Wochensch.*, 18 mai 1928.) — Tout n'est pas élucidé encore dans le mécanisme de la tétanie en particulier pour ce qui est des crampes et de l'hyperexcitabilité électrique des muscles. Parmi toutes les théories proposées demeurent au premier plan celles qui font intervenir l'effet de l'hormone parathyroïdienne, et les modifications du taux du calcium.

Depuis Howland et Mariotte on connaît l'importance de l'hypocalcémie (5 à 7 milligrammes p. 100 au lieu de 11 dans le sérum sanguin) et de l'élévation du taux du phosphore minéral. Mais faut-il y voir le phénomène primordial?

Pour certains la parathyroïdectomie occasionne des lésions gastro-intestinales d'où résorption à ce niveau de produits toxiques qui provoquent l'abaissement du taux des sels du sérum sanguin. (Spadolini, Dragstedt, Luckhardt). Pour Freudenberg, György c'est la décalcification qui est à l'origine des crampes.

Après les travaux de Collins on tend à donner aux modifications de P. et de Ca. le premier rang.

D'autre part Collins a isolé une hormone parathyroïdienne (parathormon) active expérimentalement et cliniquement. Comment concilier l'action de ces divers facteurs?

Il est à remarquer que dans certaines néphrites chroniques avec hypocalcémie on ne voit jamais de signes tétaniformes.

Il semble pour Klinke qu'on doive tenir compte de l'état dans lequel se trouve le calcium du sérum. Il n'y est pas simplement en solution mais bien fixé par adsorption sur l'albumine formant un sel complexe, soluble et peu dissociable.

Dans la tétanie ce sel complexe est adsorbé à un taux exagéré aussi note-t-on une diminution de la quantité du calcium

ESTOMAC | INTESTIN

DYSPEPSIE — GASTRALGIE | ENTÉRITE *CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressés
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRÉSYL-JEYES

EXIGER BIEN LE " JEYES

Désinfectant Antiseptique

Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène

Échantillon, Tarif et Références Scientifiques

SOCIÉTÉ FRANÇAISE de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique

est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL

GOUTTE — GRAVELLE — RHUMATISMES

CARBONATE, BENZOATE, BROMHYDRATE, SALICYLATE, GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.

SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.

SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.

LE PERDRIEL · PARIS 11, Rue Milton (9e)

R. C., 44.342, Seine.

OPOTHÉRAPIE

TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPAT^e : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines p^r jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. p^r j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

IRRASTÉRINE BYLA

ERGOSTÉRINE PURE IRRADIÉE AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS

DRAGÉES — SOLUTION HUILEUSE

Vitamine D antirachitique catalyseur du calcium et du phosphore

REMPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS TOUTES SES INDICATIONS

1 goutte = 1 cuillerée à soupe d'huile de foie de morue

TRAITEMENT DU RACHITISME	ÉTATS PRÉTUBERCULEUX
TROUBLES DE L'OSSIFICATION	CONVALESCENCES

Littérature et Échantillons aux

Établissements BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS (14e) R. C. Seine 71,895

ultrafiltrable sans modification de la proportion du calcium dialysable. Le calcium sanguin n'étant plus abandonné aux points nécessaires il y a pratiquement appauvrissement en ions Ca.

La tétanie serait donc due à un trouble de l'équilibre d'adsorption qui existe normalement entre les sels de Ca du sang et les colloïdes de l'organisme. R. LEVENT.

IX. THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Les effets du traitement thyroïdien chez les enfants. (A. TOPPER et P. COHEN. *Amer. Journ. of dis. of child.*, fév. 1928.) — Sur 14 sujets suivis pendant un traitement thyroïdien, 4 présentaient des signes d'hypothyroïdie; le corps thyroïde à dose faible ou moyenne a rapidement relevé le métabolisme basal jusqu'à la normale où il est demeuré même après cessation du traitement.

Chez un sujet à métabolisme normal, la thyroïde a causé de la tachycardie et amené le métabolisme à un taux exagéré.

Chez 9 enfants à métabolisme normal le traitement à plus petite dose n'a pas modifié le métabolisme mais 4 d'entre eux ont présenté une poussée de croissance; il ne semble donc pas que chez l'enfant normal la mesure du métabolisme soit un criterium fidèle. Peut-être l'extrait thyroïdien ne fait-il qu'exagérer la direction physiologique des processus du métabolisme : anabolisme chez l'enfant, catabolisme chez l'adulte. R. LEVENT.

Recherches expérimentales et cliniques avec l'ergostérine irradiée. (R. H. VOLLMER. *Zeits. für Kinderheilk.*, 1er fév. 1928.) — On ne peut habituellement obtenir de résultats en administrant les vitamines que si l'on emploie la voie digestive. Par injections les auteurs ont cependant réussi à prévenir et à guérir les lésions du rachitisme expérimental. La solution huileuse s'est montrée presque aussi active que la solution éthéro-huileuse.

Chez le rat on a pu prévenir ou guérir le rachitisme par administration d'une seule dose massive du produit actif quelle que soit la voie employée.

Chez le lapin l'injection sous-cutanée produit une ascension du taux de la phosphatémie, suivi d'une diminution puis le taux demeure fixé à un niveau moyen.

Le chauffage à 200 degrés pendant vingt-cinq minutes ne diminue pas l'activité du produit mais celle-ci est détruite par un séjour de douze minutes à 280 degrés. Les températures habituelles à la cuisson des aliments n'ont aucun effet destructif ou empêchant.

Les rats rachitiques ayant reçu de l'ergostérine souscutanée l'éliminent sans lui faire perdre son activité puisque des rats atteints mais non traités guérissent lorsqu'ils habitent la même cage.

Les doses de 2 à 10 milligrammes prolongées trois à six semaines guérisssent le rachitisme de l'enfant aussi bien qu'une cure intensive par les rayons ultraviolets; elles ont souvent une efficacité surprenante contre le craniotabes du rachitisme léger ou du rachitisme au début. Mais l'administration parentérale n'a pas chez l'enfant les heureux effets qui ont été constatés chez le rat. De même pour les doses massives qui ne semblent pas s'accumuler chez le nourrisson; le traitement pour être efficace comporte une administration régulière. La voie parentérale n'agit chez le nourrisson que de façon infidèle et irrégulière sur le métabolisme. La dose préventive chez le nourrisson paraît d'un milligramme de « vigantol » par jour et l'administration concomitante de phosphate ou de carbonate de chaux semble d'un bon effet. Les doses même fortes de médicament n'élèvent la phosphatémie du nourrisson qu'au bout de cinq ou six jours.

L'examen radiologique montre que la calcification osseuse est parallèle à la phosphatémie; elle peut cependant commencer avant qu'ait disparu l'hypophosphatémie si le taux des phosphates est en ascension. Mais toute interruption de cette ascension a pour corrélatif une interruption des phénomènes de calcification.

L'ergostérine n'agit pas sur l'anémie des enfants rachitiques. R. LEVENT.

La symptomatologie de la méningite thérapeutique. (S. KATZENELBOGEN. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 10 nov. 1928.) — La voie rachidienne est assez fréquemment employée actuellement non seulement pour les sérums mais pour diverses autres substances thérapeutiques, dont les arsenicaux ne sont pas les moins importants. L'auteur a étudié les effets de l'injection de caséine chez 15 sujets dont la plupart étaient des encéphalitiques avec séquelles et a constaté la ressemblance de la réaction méningée à la caséine avec les réactions à d'autres substances.

Cliniquement ce sont des signes classiques de méningite aiguë, parfois aussi intenses que dans une méningite cérébrospinale; qui débutent cinq à six heures après l'injection, atteignent leur acmé en huit à vingt-quatre heures et s'atténuent graduellement pour disparaître en trois ou quatre jours. Leur intensité n'est pas toujours proportionnée à la dose administrée mais à des signes cliniques intenses correspond habituellement — sauf pour l'albuminose — une réaction humorale intense.

Le syndrome humoral se compose habituellement mais non toujours d'une hyperalbuminose à 3-6 p. 1000 — et de réactions cytologiques plus constantes. La leucocytose rachidienne est pour ainsi dire constante, caractérisée par la présence d'abord de polynucléaires intacts puis de lymphocytes en nombre décroissant.

Ces modifications persistent plus longtemps que les signes cliniques; de plus elles peuvent être très marquées alors que ces derniers sont peu intenses.

Les injections répétées semblent plutôt diminuer qu'augmenter la sensibilité méningée.

D'où l'utilité en clinique des doses initiales faibles, d'autant plus que c'est aux réactions modérées que correspondent en général les meilleurs résultats thérapeutiques. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1929)

Traumatisme du genou. — M. BASSET a observé un accidenté du genou deux ans après le traumatisme pour lequel ce blessé avait été plâtré six mois. L'état actuel montre qu'il existe une rupture du ligament croisé interne et des lésions de l'appareil ligamenteux postérieur du genou. Cliniquement, la rotation externe, l'hyperextension étaient exagérées et il existait un mouvement de tiroir. La radiographie montrait une rétroposition du tibia et l'ombre d'une ossification de l'appareil ligamenteux postérieur du genou.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — M. ALGLAVE rapporte une observation de M. Morisson (armée). Dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure du fémur, M. Morisson intervient précocement par arthrotomie transrotulienne, fixe les condyles par une vis et met le genou en appareil plâtré. Bon résultat malgré une paralysie du sciatique poplitée externe qui ne fut que transitoire. M. Alglave est partisan des interventions très précoces qui évitent les altérations vasculaires et cutanées. Mais l'appareil plâtré qui empêche de mobiliser précocement doit être remplacée par une solide ostéosynthèse.


LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHÉSINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

Fracture de l'astragale. Astragalectomie. — M. LENORMANT rapporte cette observation de M. Soupault : un polyblessé en état de shock fut opéré au bout de quelques jours pour une fracture de l'astragale associée à une fracture de la base de la malléole interne. Le résultat était fort bon deux ans après.

M. SOUPAULT a recherché quelles sont les conditions qui permettent de placer en bonne position la fourche tibio-péronière sur le calcanéum. Sur le cadavre la section des ligaments tibio-calcanéens permet d'obtenir une bonne mise en place.

M. ALGLAVE rappelle un cas analogue pour lequel il a suivi la même ligne de conduite.

Torsion d'un ovaire sain. — M. AUVRAY rapporte cette observation unique de M. Raymond Bernard. Ce dernier, au cours d'une grossesse, est amené à intervenir pour une masse juxta-utérine qui faisait croire à une grossesse extra-utérine. En réalité, torsion de l'ovaire droit et de lui seul, sans torsion de la trompe. L'accouchement a eu lieu normalement, à terme, malgré l'ablation de cet ovaire.

Gangrène pulmonaire guérie par thoracectomie. — M. GRÉGOIRE rapporte une observation de M. Fruchaud (d'Angers). Il s'agit d'un malade qui, malgré un pneumothorax, une phrénicectomie, une injection intrapleurale d'huile goménolée, un drainage pleural, n'arrivait pas à guérir. Au bout de trois semaines, thoracectomie portant sur les cinq premières côtes et deux mois après nouvelle thoracectomie portant sur les côtes restantes. Bref, thoracectomie totale en deux temps assurant la guérison. Cette thoracectomie ne peut évidemment convenir qu'à des formes subaiguës ou chroniques de gangrène pulmonaire.

M. DUVAL fait remarquer qu'il ne s'agit plus là de gangrène pulmonaire mais d'une suppuration chronique du poumon.

Discussions en cours. — **Traitement des paraplégies pottiques.** — M. SORREL pense qu'une synthèse par greffon ne suffit pas à faire régresser abcès ou paraplégies pottiques. Parmi les paraplégies pottiques celles qui relèvent d'œdème ou d'abcès disparaissent spontanément très rapidement.

Radium et métastases. — M. GUIBAL a observé deux cas de métastases des organes génitaux érectiles. Dans le premier cas il s'agissait d'un cancer de la prostate, dans le second d'un cancer de l'utérus traités par le radium. Ces lésions apparurent deux et cinq mois après l'application de radium. Le radium peut guérir la lésion primitive, mais détermine des métastases par voie veineuse.

M. J.-L. FAURE estime qu'il faut tenir compte de la tendance aux métastases que provoquent les applications de radium, dans les cas où l'on hésite entre traitement chirurgical ou par les radiations.

Invagination intestinale. — M. POULIQUEN rapporte deux cas d'invagination intestinale où le lavement sous écran a été tenté. Dans le premier cas, désinvagination. Dans le second, après amélioration temporaire, les accidents réapparaissent. La laparotomie montre une invagination iléo-colique non désinvaginée.

M. Pouliquen conclut qu'il est impossible de dépister par le lavement les invaginations iléo-coliques ou iléales pures. Toutefois il permet d'obtenir une désinvagination partielle, et une incision droite permet mieux d'éviter l'éviscération intestinale.

(SÉANCE DU 15 MAI 1929)

M. CUNÉO, président, a le regret d'annoncer la mort de M. Ducroquet, membre de la Société, et celle de M. Bowlby, correspondant étranger.

A propos du procès-verbal. — M. MATHIEU constate que l'emploi systématique du lavement baryté est dangereux, mais il peut être utilisé pour amorcer préopératoirement certaines désinvaginations.

Contusion du pancréas. — M. ROUX-BERGER rapporte une observation de MM. Jacques-Charles Bloch et R. Leroy. Lors d'une intervention pour syndrome abdominal aigu d'origine traumatique, ces auteurs constatèrent l'existence d'un épanchement hématique de l'arrière-cavité. Drainage de l'arrière-cavité. Guérison.

Ces lésions de pancréatite hémorragiques sont exceptionnelles après traumatisme. Elles sont survenues chez un sujet en pleine digestion.

M. BROCQ n'a jamais pu provoquer expérimentalement, par traumatisme chez l'animal, une pancréatite hémorragique typique.

M. BASSET a observé un cas analogue de pancréatite hémorragique par contusion.

Sténose cicatricielle indilatable de l'œsophage. Opération de Roux-Herzen. — M. CUNÉO fait un rapport sur cette observation de M. Oulié qui finit par guérir son malade après quatre interventions. M. Cunéo expose les différentes techniques des opérations analogues.

M. TUFFIER a déjà pratiqué des opérations semblables en France.

M. SAUVÉ a pu observer les opérés de M. Tuffier.

M. ROUX-BERGER pense qu'il est difficile de prévoir l'exacte vitalité de l'anse intestinale utilisée, car la section mésentérique proche de l'intestin, expose à sa nécrose.

Fracture trochantéro-diaphysaire sans déplacement. — M. OKINCZYC rapporte cette observation de M. Ibos (de Saint-Quentin), qui obtint un excellent résultat par immobilisation. L'ostéosynthèse paraît inutile dans de tels cas.

Appendicite perforante dans un cas de hernie crurale. — M. OKINCZYC fait un rapport sur cette observation de MM. Ibos et Legrand-Desmons. Il s'agissait véritablement d'une infection appendiculaire et non d'une lésion secondaire à un étranglement.

Section du tendon fléchisseur du médius. — M. MÉTIVET a réalisé une suture en lacets de ce tendon, deux mois après l'accident. Il a obtenu l'anesthésie par infiltration du nerf médian au pli du coude. Résultat clinique satisfaisant.

Action du bistouri diathermique. — M. HEITZ-BOYER expose les actions du bistouri diathermique : action de section, phénomènes thermiques peu intenses et surtout phénomènes mécaniques de rupture cellulaire. Enfin l'effet de dissection obtenu avec cet instrument est indiscutable.

M. LECÈNE pense que l'emploi du bistouri diathermique doit être réservé à certains cas particuliers ; tumeurs cérébrales, parenchyme hépatique et peut-être rénale. Son emploi nécessite actuellement un spécialiste, et surtout il expose aux hémorragies secondaires et semble exercer une action nécrotique.

M. GERNEZ insiste sur des détails de technique : il ne faut pas tirer sur les pinces qui compriment les artères lorsque l'on a réalisé l'électrogoagulation. On doit toujours travailler de la pointe de l'instrument.

M. LENORMANT a observé des hémorragies secondaires et de l'infection après l'emploi de cet instrument.

M. PROUST n'observe plus de secousses musculaires avec l'appareil d'Heitz-Boyer. Mais ce bistouri n'est pas un appareil de rigoureuse chirurgie aseptique. On n'arrête l'hémorragie qu'en déterminant des escarres des vaisseaux.

M. DE MARTEL qui emploie souvent le bistouri électrique

en chirurgie nerveuse, pense que s'il est utile pour arrêter une hémorragie en nappe, il ne faut néanmoins l'utiliser que dans les cas où l'on ne peut faire autrement. Il détermine une réaction tissulaire violente, traduite très nettement dans les suites opératoires des malades opérés.

M. Mauclaire désirerait savoir si cet instrument exerce une action de stérilisation.

M. Heitz-Boyer est absolument d'avis qu'il faut déterminer les cas et choisir ceux qui relèvent du bistouri électrique.

Elections. — M. Madier est élu membre titulaire.

Présentation de radiographie. — M. Mauclaire : astragalectomie pour pied bot phlébitique très accusé. Résultat éloigné très intéressant.

Présentation de malade. — M. Heitz-Boyer présente un nourrisson opéré d'angiome au moyen du bistouri diathermique.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS

(Séance du 18 avril 1929)

Par l'étude des modes d'ossification, Mlle F. Coupin montre que le sternum est un organe en pleine évolution chez le gorille et l'orang, celui-ci étant peut-être plus évolué à ce point de vue que l'homme; par contre le chimpanzé et le gibbon sont des types plus fixés à cet égard, le chimpanzé se rapprochant des singes inférieurs et le gibbon présentant une ossification sternale très particulière; toutes ces modifications sont en rapport probable avec le progrès de la station verticale et avec la mobilité des bras.

M. Regnault indique un procédé ingénieux pour mesurer **la surface d'insertion des muscles sur la mandibule**, il prend avec du papier d'étain la forme de l'insertion musculaire et la forme du reste de la mâchoire, par pesée, après détermination du poids d'une surface connue de papier d'étain il a une mesure précise des deux surfaces respectives.

M. Luis de Pina attire l'attention sur un **cas très rare d'atrophie de la longue portion du biceps brachial chez une femme.**

LIVRES NOUVEAUX

L'Année médicale pratique (1), publiée sous la direction de G. Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. Préface du professeur Sergent.

Chaque médecin est aux prises avec une avalanche de journaux médicaux qui encombrent d'abord son bureau, puis son antichambre, puis sa chambre et finalement son grenier. Il ne laisse aucun d'eux s'éloigner sans le ferme propos d'y jeter un prochain coup d'œil, mais le lendemain une nouvelle avalanche de revues et de brochures submerge les dernières arrivées et, en fin de compte, le médecin, réclamé et absorbé autant par les soins à donner à ses malades que par ceux exigés pour l'entretien de son automobile, se résigne à ranger ou à jeter sans les lire une bonne partie des publications médicales qu'il reçoit.

Mais les pires déserts ont leur oasis et à chaque retour du

(1) Un volume 1-16, 621 pages. 13 figures. — Prix : 24 fr. — Paris, Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin et 10 Juillet 1928)
DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU
DELBIASE
STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
DÉPÔT: LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS
— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER
A. PICARD
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

De Trouette-Perret
l'Aphloïne — Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux
la Nisaméline (Guaco) — Prurits - Eczémas - Prurigos — Névralgies
la Papaïne — Gastro-Entérites — Diarrhées - Vomissements — Troubles Dyspeptiques
15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS
R. C. 54.003 Seine.

printemps, l'*Année médicale pratique* apparaît à point pour rassurer la conscience médicale et calmer regrets et scrupules.

L'essentiel des innombrables publications médicales de de l'année y est en effet condensé en 300 petits articles d'une ou deux pages, classés par ordre alphabétique, rédigés par des spécialistes compétents. Dans ces articles sont exposées toutes les notions médicales à la fois nouvelles et pratiques (médecine, chirurgie, spécialités), questions professionnelles. Chaque mise au point donne tous les renseignements utiles, sans qu'il soit nécessaire de se reporter aux sources. Cependant, pour ceux qui sont avides de détails, les indications bibliographiques les plus importantes sont mentionnées à la fin de chaque article.

Enfin, ce petit volume se termine par la liste de toutes les nouveautés de l'année en spécialités pharmaceutiques, appareils et livres médicaux — et l'édition de 1929 est enrichie d'un index alphabétique des articles des quatre dernières années.

Pour ne pas s'enliser dans les vieilles notions médicales, il est facile, nécessaire et suffisant de lire tous les ans l'*Année médicale pratique.*

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNES DIABÉTIQUES [1]

Le diagnostic de maladie de Bûerger, survenant dans des conditions étiologiques et sur un terrain particulier, est un diagnostic d'élimination.

Les diagnostics :
- d'artérite sénile,
- d'endartérite syphilitique,
- d'artérite diabétique,

se posent l'un et l'autre d'après les résultats d'une série d'examen qu'il faut pratiquer dans tous les cas : exploration générale du système cârdio-vasculaire, bilan des fonctions rénales; examen des urines, recherche des antécédents et des stigmates syphilitiques, réactions biologiques spécifiques. Et en définitive, c'est par l'examen des urines que se fait le diagnostic positif d'artérite diabétique.

II. A la phase de gangrène, on élimine aisément les gangrènes par embolies; les signes d'artérite persistent; et ce qu'il faut faire, c'est avant tout un diagnostic de diabète.

III. Dans les gangrènes humides, le diagnostic est également facile si l'on fait systématiquement un examen d'urine.

Traitement. — I. Il doit dans une large mesure être préventif, alors que n'existent que des signes de sténose artérielle :

Par un régime alimentaire correct, luttant contre l'hyperglycémie et l'hypercholestérinémie;

Par des injections d'insuline, qui devraient être pratiquées systématiquement chez les diabétiques présentant des signes d'artérite pour tenter d'arrêter la marche progressive des lésions.

Le citrate de soude, l'iodure de potassium en ingestion; les applications diathermiques et les irradiations infra-rouges sur les membres malades, peuvent donner d'excellents résultats.

Si suspicion de syphilis, instituer un traitement spécifique suffisant.

II. A la période des douleurs accentuées qui doivent faire craindre l'imminence de la gangrène, insister sur l'insuline en surveillant la glycémie, augmenter les doses de citrate.

La sympathicectomie périfémorale a donné entre les mains de certains auteurs des résultats remarquables.

III. Si un début de gangrène se déclare, mettre le malade au repos complet; lutter contre l'infection par un pansement occlusif au baume du Pérou ou à la poudre de L. Championnière, ou faire de l'air chaud qui hâte la momification et calme les douleurs; instituer un régime sévère luttant contre l'hyperglycémie (cure de légumes verts, ou même cure de jeûne prolongée deux ou trois jours).

Si malgré ce traitement, les lésions tendent à diffuser, intervenir chirurgicalement. La difficulté est de reconnaître le niveau où doit porter l'amputation; l'exploration oscillométrique donnera des indications précieuses.

Si les oscillations, abolies au coup de pied, ont repris leur amplitude normale au 1/3 supérieur de la jambe, c'est là qu'il faut intervenir.

On réservera l'amputation de cuisse pour les cas plus rares où les oscillations se montrent très diminuées au-dessous du genou; la même conduite est à recommander dans les cas où la fémorale se montre calcifiée aux rayons, même si les oscillations sont presque normales à son niveau.

Il est bon d'éviter une anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme qui crée ou augmente l'acidose; on lui préférera une anesthésie générale au chlorure d'éthyle ou au protoxyde d'azote, ou mieux une rachi-anesthésie.

Le pronostic est amélioré dans de larges proportions par un traitement à l'insuline pré-opératoire.

IV. Si la gangrène sèche se transforme en gangrène humide rapidement extensive, il faut intervenir de façon précoce et haute : amputation de cuisse, sans négliger le traitement médical.

V. Dans les gangrènes humides d'emblée : insuline, sérum antigangréneux. Localement, larges incisions dès le début, suivies de grands pansements à l'eau oxygénée.

Si la gangrène s'étend rapidement : amputation loin du foyer initial; mais les chances de survie seront toujours minimes.

Dans ces interventions pour gangrène humide, ne jamais chercher une réunion par première intention, mais laisser le moignon largement ouvert ou se borner à rapprocher par quelques crins les plans superficiels.

BIBLIOGRAPHIE

DUCASSI. Les gangrènes diabétiques, *Th. de Paris*, 1921.
RATHERY. *Le Diabète sucré.*
Marcel LABBÉ. La gangrène chez les diabétiques, *Presse méd.*, 4 mars 1925.
J. HEITZ et G. DREYFUS. Prophylaxie des gangrènes diabétiques, *Pratique méd. franç.*, avril 1928.
J. HEITZ. Diagnostic et traitement des artérites diabétiques, *Gaz. méd. de France*, 15 août 1928.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 35, p. 666; n° 37, p. 698, et n° 39, p. 730.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — NOUVELLE RELATION DE SOIRÉE DE TOUTES CLASSES PARIS-BESANÇON-BELFORT. — Depuis le 15 mai, un nouveau train de toutes classes est créé entre Dôle et Besançon (avec prolongement sur Belfort) afin d'établir une relation de soirée entre Paris et la Franche-Comté, par correspondance à Dôle avec le rapide 505 « Paris-Milan ».

Départ de Paris, 14 h. 50; de Dijon, 19 h. 21. Arrivée à Dôle, 20 h. 02. Départ de Dôle, 20 h. 12. Arrivée à Besançon, 20 h. 52; à Montbéliard, 22 h. 57; à Belfort, 23 h. 25.

Wagon-restaurant entre Paris et Dôle.

Changement de train à Dôle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol "Roche"
= 1 gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé
Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.

Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à o gramme 25 et à o gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 18 mai. — MM. Ravina, 19,81 ; Levesque et Paraf, 20 ; Lelong, 19,81 ; Coste, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Levesque et Coste.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint de la Clinique nationale ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts. (*J. O.*, 19 mai 1929.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LABORATOIRE DE CONTRÔLE DES MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES. — Un emploi de directeur du laboratoire de chimie au service du contrôle des médicaments antisyphilitiques sera vacant en juin prochain.

Les personnes qualifiées qui désireraient poser leur candidature à ce poste, sont invitées à adresser, dès maintenant, leur demande au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, où elles pourront, si elles le désirent, se renseigner sur la fonction dont il s'agit et les émoluments qui y sont attachés.

EN SOUVENIR DE J.-A. SICARD. — Les amis, les collègues et les élèves du professeur J.-A. Sicard, ont décidé de placer son effigie en médaillon dans la salle de l'hôpital Necker où i donnait ses consultations. Ils ont aussi l'intention de constituer sous le nom de Fondation des amis de J.-A. Sicard, un capital dont les revenus serviront, sans exigence de titres et sans distinction de nationalité, soit à soutenir des chercheurs dans leurs expériences de laboratoire, soit à leur faciliter l'exposé de leurs découvertes dans des conférences ou des publications, à la seule condition que leurs études portent sur la physiopathologie ou la thérapeutique du système nerveux ou sur une question de biologie générale.

Ils espèrent que nos lecteurs voudront bien se joindre à eux pour honorer, comme elle le mérite, la mémoire de ce médecin si bienfaisant, de ce grand savant.

Une reproduction du médaillon sera adressée à chaque souscripteur.

Envoyer les souscriptions à MM. Masson et Cie, trésoriers, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque, mandat ou chèques postaux n° 599.

Les souscripteurs étrangers pourront remettre leurs dons aux membres du Comité de leur pays qui les transmettront.

HOMMAGE A M. SABOURAUD. — M. Sabouraud désirant quitter l'hôpital Saint-Louis et la direction de son laboratoire à la fin de l'année 1929, ses amis et élèves ont pensé qu'il conviendrait de lui offrir, en témoignage de leur affection, sa médaille exécutée par le graveur A. Pommier, et son buste par le sculpteur Charles Despiau.

Le Comité d'organisation serait heureux de vous voir se joindre à lui et adresser votre souscription au trésorier : M. Maurice Pignot, 2, rue de Gribeauval, à Paris.

La médaille et le buste seront remis à M. Sabouraud à l'issue du Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française qu'il présidera au mois de juillet 1929, à l'hôpital Saint-Louis.

Les souscripteurs d'un minimum de 100 fr. recevront une réplique en bronze de la médaille frappée.

De cette médaille il sera fondu un certain nombre d'exemplaires du plus grand modèle, à la manière des grandes médailles des maîtres italiens de la Renaissance.

Ces médailles d'un diamètre de 10 centimètres seront attribuées aux souscripteurs de 300 fr. Mais en raison du temps nécessaire à la fonte, ceux qui seraient désireux de se voir attribuer une médaille de ce type devraient en aviser de suite M. Maurice Pignot, trésorier, 2, rue de Gribeauval, à Paris.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE DU DIMANCHE MATIN. — *Six leçons sur les néphrites.* — M. le professeur F. Rathery fera une série de six conférences sur les néphrites, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 30), le dimanche, aux dates suivantes :

26 mai : Valeur diagnostique et pronostique de l'albuminurie.

2 juin : Hypertension dans les maladies du rein.

9 juin : Les œdèmes brightiques.

16 juin : Réserve alcaline et acidose dans les néphrites.

23 juin : Néphrose lipoïdique.

30 juin : Le rôle du chlorure de sodium en pathologie rénale.

Le cours est libre.

— M. le professeur C. Chagas, directeur de l'Institut Oswaldo-Cruz, à Rio-de-Janeiro, fera, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, trois conférences sur : « La maladie de Chagas ».

Ces conférences auront lieu à 16 h., les lundi 27, mercredi 29 et vendredi 31 mai.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. G. Guillain.) — M. le professeur Wagner-Jauregg, de l'Université de Vienne, fera le mercredi 5 juin, à 10 h. 1/2, à l'hospice de la Salpêtrière, amphithéâtre Charcot, une conférence sur la « Malariathérapie de la paralysie générale ».

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le docteur Hartmann, commencera le mardi 18 juin 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrise : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. Opérations sur les muscles oculaires.

II. Opérations sur la conjonctive et la cornée.

III. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis.

IV. Opérations sur les voies lacrymales.

V. Opérations antiglaucomateuses.

VI. Opérations palpébrales. Autoplasties.

VII. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face.

VIII. Opérations sur les paupières. Marginoplasties.

IX. Opérations sur le cristallin.

X. Opérations sur l'orbite.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE. Directeur : docteur Toulouse, hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (14e). (Entrée par l'Asile clinique Sainte-Anne.) — Le docteur Toulouse, directeur de l'Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale, nous informe qu'une conférence aura lieu le mardi 28 mai 1929 à 10 h. 30 sur « l'Expression de la douleur », par le docteur G. Dumas, professeur à la Faculté des lettres.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE PARIS A LYON ET A BARCELONE (PORT-BOU). — Une relation rapide existe, en toutes classes, entre Paris et la frontière d'Espagne via Lyon-Nîmes par les rapides 25 et 26. Une voiture directe (1re et 2e classes) permet aux voyageurs d'effectuer ce trajet sans transbordement dans d'excellentes conditions de confort.

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE MONTAGU**

Départ de Paris 8 h. 56, de Dijon 13 h. 31, de Lyon-Perrache 16 h. 35. Arrivée à Nîmes 21 h. 51, à Sète 23 h. 40, à Narbonne 1 h., à Port-Bou 4 h., à Barcelone 7 h. 54.

Wagon-restaurant entre Paris et Tarascon.

En sens inverse : départ de Barcelone 18 h. 55, de Cerbère 22 h. 56, de Narbonne 2 h. 50, de Sète 4 h. 22, de Nîmes 6 h. Arrivée à Lyon-Perrache 11 h. 18, à Dijon 14 h. 30, à Paris 19 h.

Wagon-restaurant de Barcelone à Cerbère et d'Avignon à Paris.

NOTES DE PRATIQUE

ALGIES DES ARTÉRIO-SCLÉREUX

La thérapeutique à instituer doit être essentiellement déplétive, antispasmodique et désintoxicante (Martinet), d'où la prescription rationnelle de la Théosalvose barbiturique (2 à 3 cachets à 0g25 par jour).

En outre, faire prendre deux ou trois fois par semaine, le soir au coucher, 1 ou 2 pilules d'aloès de 0g10.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 27 mai. — Jury : MM. Ménétrier, président; Sebileau, Couvelaire et Olivier. — M. HRUSZEK. Indications et résultats des myomectomies durant la gestation. — M. COLONNE. Dominique Guylilhundi (1655-1710). — M. CHRÉTIEN. Le mercure dans l'histoire de la thérapeutique antivénérienne. — M. LAUNAY. Plastique du pavillon dans l'évidement pétro-mastoïdien.

Mardi 28 mai. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lejars, Duval et Lecène. — M. ACHARD. Etude du sarcome de l'oreille chez l'enfant. — M. COLLINSON. Etude des sarcomes utérins. — M. HÉRARD. Traitement par la chirurgie des épithéliomes cutanés du nez. — M. DAYOT. Etude du traitement de la luxation acrimio-claviculaire.

Mercredi 29 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Vallée et Panisset. — M. BARBIER. Des sources de la virulence rabique.

Jeudi 30 mai. — Jury : MM. Bernard, président; Carnot, Rathery et Roussy. — M. LE ROCHAIS. Essai sur les dextrocardies par sclérose pulmonaire. — Mlle CARNOY. Etude de la morbilité de la région cæco-appendiculaire. — M. GOULET. Etude de la thérapeutique de la tachycardie. — M. ARONIN. Galégine et diabète. — M. DAMON. Ruptures artérielles spontanées secondaires.

Jury : MM. Balthazard, président; Sergent, Tanon et Baudouin. — M. SÉGUINOT. La mythomanie devant la justice. — M. BRITON. Plaies de poitrine et tuberculose pulmonaire. — M. LONJUMEAU. La scrofule. — M. GINSBURG. Etude des épidémies de grippe depuis la guerre.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Desgrez, président; Coquot et Robin. — M. HAAG. Les formes cliniques du surmenage chez le cheval.

DIGIBAÏNE **DEGLAUDE** 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le **Phosphopinal-Juin**
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

NOTRE TRIADE HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE

DIAL
(Diallylmalonylurée)
INSOMNIE NERVEUSE
EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ, ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES

DIDIAL
(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)
INSOMNIE-DOULEUR
TRAUMATISMES, CALMANT PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX

DIALACÉTINE
(Diallylmalonylurée + Ether allylparacétaminophénolique)
ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE
SPASMOPHILIE, NÉVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGUES

Échantillons : LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Phcien. 1, Place Morand, LYON.

R. C., 10.694, Lyon.

Atoquinol Ciba
(phénylcinchoninate d'allyle)

SPÉCIFIQUE ANTI-GOUTTEUX

L'ATOQUINOL prend place au premier rang des médicaments anti-goutteux, non pas comme traitement symptomatique, mais comme traitement de fond, de par les modifications qu'il imprime au chimisme humoral de l'uricémique.

Remontant plus haut que tout autre dans la causalité biologique de l'hyperuricémie et de ses accidents, il s'oppose aux métastases toujours redoutables de la goutte rétrocédée.

CACHETS
1 à 3 par jour

GRANULÉ
1 à 3 cuillerées à café

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

ÉNÉSOL

SALICYLARSINATE de MERCURE (38, 46 % de Hg. et 14,4 de As, dissimulés).

AVANTAGES DE L'ÉNÉSOL

FAIBLE TOXICITÉ, 70 fois moindre que HgI_2. Haute valeur analeptique. *Une dose de 0 gr. 10 par kilo d'animal et contenant 0 gr. 038 de mercure n'a pas incommodé le lapin, la mort n'est survenue qu'avec une dose triple, soit 0 gr. 114 de Hg.* (COIGNET).

INDOLENCE DE L'INJECTION, signalée par tous les auteurs.

DOUBLE ACTION STÉRILISANTE SPÉCIFIQUE :

1° L'ÉNÉSOL agit comme ***hydrargyrique.***

2° L'ÉNÉSOL est, vis-à-vis du spirochète, un ***agent arsenical*** majeur; introduit dans l'organisme par voie intramusculaire ou intraveineuse, il assure rapidement une stérilisation durable.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

TOUTES LES MANIFESTATIONS de la SYPHILIS.

L'**ÉNÉSOL** réunit toutes les indications réservées aux arsenicaux comme aux hydrargyriques. Il est le médicament de choix des syphilitiques réduits à l'état de misère physiologique. Il peut être administré à hautes doses et répond aux indications d'urgence de même qu'il permet la médication d'entretien. L'**ÉNÉSOL** réussit dans les affections nerveuses parasyphilitiques, là où les autres préparations échouent si souvent. (FREY, QUEYRAT, HUDOVERNIG).

L'**ÉNESOL** possède la propriété de faire disparaître la réaction de Wassermann dans la plupart des cas, résultat que l'on n'obtient que rarement avec l'arsenobenzol. L'action de l'**ÉNESOL** sur la réaction de Wassermann a été bien étudiée par FLECKSEDER (Clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne), par FREY, THOREL, FRAENKEL et KAHN, AGAMENNONE, GOLDSTEIN, etc.).

PHARMACOLOGIE ET DOSES.

Ampoules de 2 cc. et de 5 cc. d'une solution dosée à 0 gr. 0.3 cgr. par cc.

DOSE MOYENNE : 2 cc. correspondant à 6 cgr. d'ÉNÉSOL par jour.
DOSES MASSIVES ou de SATURATION : Injections intramusculaires de 4 à 6 cc. (soit 12 à 18 cgr. d'ÉNÉSOL), tous les 2 ou 3 jours.
Injections intraveineuses de 2 à 10 cc. (soit 6 à 30 cgr. d'ÉNÉSOL), selon le sujet, l'urgence et la gravité, tous les 2 ou 3 jours.

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1372

R. C., 78.026, Seine.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine

Échantillon et Littérature ; 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

COMMENT INTERPRÉTER UNE ANALYSE DE CRACHATS[1]

Par le docteur Henri DURAND,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

V

Les processus suppuratifs. Bronchorrhées purulentes, processus gangréneux. — Bronchites chroniques. — « Mucus hyalin abondant, cadavres cellulaires en forme de plaques réticulées, rares cellules bronchiques intactes, polynucléaires, abondants, altérés, dégénérés, flore abondante et variée sans caractère spécifique ».

Voilà une formule type de bronchite chronique. Comment a-t-elle pu se réaliser, que signifie-t-elle? Elle signifie qu'il s'agit d'un crachat muco-purulent puisque mucus et cellules polynucléaires abondantes, et sans cause spécifique, puisque flore banale. Essayons d'expliquer ces caractères.

Quand les bronchites se répètent, la muqueuse après des périodes de réparation plus ou moins parfaites, arrive aux modifications qui caractérisent la bronchite chronique et qui permettent de comprendre la nature et la constitution des crachats. A cette période, l'œdème interstitiel infiltre la sous-muqueuse, modifie le tissu conjonctif, détruit ou disjoint les fibres élastiques, d'où l'effacement des plis de la muqueuse, disjoint les attaches des muscles de Reissessen, ce qui achève la tendance à la dilatation. Il modifie les glandes qui, séreuses surtout, deviennent muqueuses : plus de liquide séreux maintenant pour réchauffer l'air, mais une masse de mucus. Le tissu conjonctif est bourré de cellules étoilées, de polynucléaires qui émigrent vers la surface pour se mêler à de vastes bandes d'épithélium cylindrique qui desquament incessamment et se mêlent aux masses de mucus pour y former des amas de muco-pus. En somme, la surface de la bronche est une surface desquamante et semi-suppurante. La bronche se dilate et suppure. En même temps, des bandes de scléroses gagnent le parenchyme, les cartilages se ramollissent, les lésions deviennent toujours plus graves et définitives.

On comprend dès lors que le crachat

— soit pituiteux ou muqueux, formé de grandes masses filantes, strié de bulles et recouvert de la spume aérée due à l'issue de l'œdème interstitiel brassé par la toux;

— soit purulent en période d'activité, c'est-à-dire nummulaire, quelquefois sanglant ou fétide.

La formule d'examen citée au début s'éclaire à la lumière de ces faits.

Remarquons maintenant qu'il est bien rare que cette situation ne se complique. Le cœur se fatigue quand la sclérose interstitielle s'est développée. Aux caractères de la bronchite chronique s'ajoutent ceux de la stase cardiaque. Et si le rein, à son tour, entre en jeu, on verra apparaître les bronchites albuminuriques par œdème chronique si bien étudiées par Bezançon.

Dilatation bronchique. — Que la dilatation accompagne la bronchite chronique sous forme de tuyaux élargis ou de petites ampoules terminales ou qu'il s'agisse de ces gros doigts de gants moniliformes ou de ces larges ampoules ulcérées qui suivent les broncho-pneumonies graves, le résultat de cette altération est de donner naissance à une bronchorrhée abondante dont l'abondance est parfois telle qu'elle ressemble à la véritable vomique.

Macroscopiquement, cette expectoration se divise en quatre couches : une profonde, purulente, épaisse puis une couche de mucus fluide trouble, puis un mucus mêlé de placards purulents en stalactites tortueux; enfin, une spume aérée. Ces crachats sont d'odeur fétide, non pas de la fétidité de charogne de la grangrène, mais d'une odeur plus fade et douçâtre de paille pourrie. C'est, en effet, non pas de la gangrène, mais de la fermentation butyrique.

Tel qu'il se présente ainsi, le crachat est suffisamment caractérisé pour permettre le diagnostic de dilatation et l'examen microscopique est pour ainsi dire superflu; il révélerait seulement une abondante suppuration bronchique, une stase purulente avec désintégration des globules blancs, l'abondance de la flore bactérienne, une grande quantité de mucus bronchique venu non de la partie dilatée, mais des étages sus-jacents irrités par le passage incessant.

C'est là l'expression de la période de repos de la dilatation. Mais il arrive que la situation se complique ; poussée congestive pulmonaire péribronchique, hémoptysie et l'examen physique montre un souffle cavitaire, des râles. N'en voilà-t-il pas assez pour que le diagnostic de tuberculose semble légitime. Alors, l'examen microscopique vous sera utile en montrant l'absence répétée du bacille de Koch.

Enfin, ces stases bronchiques peuvent se compliquer de gangrène superficielle. L'odeur change et devient putride et l'on hésite alors entre dilatation et gangrène. Fiez-vous alors plus à l'interrogatoire qu'aux résultats de l'examen microscopique, car il est souvent bien semblable dans les deux cas, à part la fibre élastique qui, comme nous allons le voir, sont plutôt en faveur de la gangrène.

Gangrène pulmonaire. — Dans les gangrènes pulmonaires, emboliques ou massives, l'examen microscopique a relativement peu d'intérêt. C'est l'aspect et l'odeur qui permettent d'établir le diagnostic.

La question se complique cependant par suite de la fréquence relativement grande des abcès pulmonaires secondairement infectés d'anaérobies, du caractère fétide de certaines bronchorrhées appelées pour cette raison bronchites fétides, et de la dilatation fétide avec gangrène superficielle.

Peut-on donc, par l'examen microscopique individualiser la gangrène authentique au milieu de ces processus fétides?

« Absence de mucus, pas de cellules bronchiques, un fond granuleux informe contenant des éléments graisseux, des cristaux d'acides gras, fibres élastiques en grand nombre. Flore microbienne abondante et

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 40, p. 737.

variée, cocci, bâtonnets, les uns Gram négatif, les autres Gram positif, spirilles, gros bacilles à bouts carrés, bacilles puriformes ».

Voilà une formule qu'on pourra trouver dans une gangrène. En effet, qu'est-ce que la gangrène? un processus tellement violent que ce n'est plus congestion, hépatisation ni suppuration, ce qui implique la vie et la défense, mais une mortification en masse d'une partie du parenchyme qui devient verte ou noire, escarre qui fermente, libère de la graisse, des acides gras, dont certains cristallisent; la mortification détruit tout à l'exception de la seule partie résistante : la fibre élastique. Et vous comprenez pourquoi l'absence de tout élément cellulaire : tout est tué; c'est une purée informe, tout est pourri; l'absence de mucus : il n'y a pas de processus bronchique; pourquoi la présence de fibre élastique : c'est le seul élément du parenchyme qui résiste longtemps à la mortification comme à la caséification et dont la valeur devient ainsi assez grande.

Dans la bronchite fétide, au contraire, où le processus reste superficiel, les fibres élastiques doivent manquer, comme également dans les *dilatations secondairement gangrénées.*

Dans les abcès pulmonaires secondairement gangrénées, les fibres élastiques peuvent aussi apparaître puisque la lésion siège en plein parenchyme.

Et l'on voit combien sont difficiles ces diagnostics et le peu de secours qu'apportera bien souvent l'examen microscopique, quand les cas ne sont plus purs.

VI

Processus aigu de congestion et d'hépatisation. — « Mucus hyalin, exsudat séro-albumineux, petits réseaux de dégénérescence endothéliale, rares polynucléaires, cellules alvéolaires, globules rouges, diplocoque Gram positif ayant les caractères du pneumocoque ».

En somme réaction inflammatoire, congestive et non suppurée, ayant son siège dans les alvéoles, sans aucune participation bronchique et causée par le pneumocoque. Le diagnostic de pneumonie n'est-il éclatant?

Mais pourquoi interpréter dans le sens d'une alvéolite la formule cytologique et histochimique de cet examen? L'étude sommaire des lésions de la pneumonie va nous l'expliquer.

Pneumonie. — Voyons en effet ce qui se passe dans la pneumonie. La coupe histologique montre des parois alvéolaires épaisses, gonflées par des capillaires, gorgées de sang, tortueuses et qui témoignent de l'intensité de la fluxion. La cavité est remplie par un exsudat qui l'obstrue presque complètement et que constitue un feutrage épais, dense et serré de filaments brillants et réfringents : la fibrine précipitée. Dans les mailles de ce feutrage, vous voyez des globules rouges assez nombreux, en voie de destruction, d'hémolyse, d'où viendra la couleur ambrée des crachats; des polynucléaires en petit nombre au début, et des cellules plus nombreuses de l'endothélium alvéolaire détaché en partie desquammé dans la lumière. Enfin, dans les espaces libres du feutrage, des gouttes de sérosité albumineuse. Tout est donc dans l'alvéole, les bronches sont intactes.

Remarquons maintenant que la fibrine est une substance gluante, adhérente, qui colle aux parois de l'alvéole; elle ne peut donc être expulsée par la toux; mais cette dernière (Bezançon) comprimant le foyer, la masse fibrineuse et, l'exprimant comme une éponge, chasse tout ce qu'enserrent ses mailles : liquide séro-albumineux, cellules et globules rouges; et nous comprenons maintenant la formule de la pneumonie au début: « mucus hyalin avec exsudat séro-albumineux abondant, globules rouges, cellules alvéolaires ».

A la fin de la période d'état, au moment où le processus inflammatoire touche à sa fin, quand les cellules alvéolaires desquammées commencent à s'altérer, la formule se modifie « mucus hyalin, exsudat séro-albumineux moins abondant, polynucléaires plus nombreux, cellule alvéolaire en état de dégénérescence muqueuse ou réticulée ».

Quand s'est établie la défervescence, au crachat ambré fait place un crachat muco-purulent; le contenu des alvéoles se désagrège, la fibrine se résout en granulations qui s'éliminent, polynucléaires et macrophages déblaient la place. « Mucus hyalin en diminution, exsudat séro-albumineux peu abondant; beaucoup d'aspects réticulés, de polynucléaires et de macrophages, pneumocoques mal colorés, en état de lyse ».

Et si le processus tourne à l'hépatisation grise, à la suppuration, le crachat devient purulent : il est rempli de polynucléaires et de macrophages altérés. C'est du pus simplement avec un peu de mucus bronchique et des pneumocoques en quantité innombrable.

Telle est l'évolution habituelle des foyers pneumoniques.

Congestions pulmonaires. — C'est un groupe d'affections voisin du précédent, en différant par leur caractère de moindre violence, des lésions moins massives et souvent éphémères. Ce sont souvent des pneumocoques atténués, mais quelquefois aussi des manifestations bacillaires. On y distingue les cortico-pleurites, la spléno-pneumonie, la maladie de Woilliez, la congestion pleuro-pulmonaire type Potain.

Les crachats de ces diverses manifestations sont assez analogues à ceux de la pneumonie, souvent rouillés comme eux ou muco-purulents mais en diffèrent en ce qu'ils nagent dans une sérosité filante, gommeuse. Il y a en effet ici beaucoup d'œdème inflammatoire, œdème pulmonaire souspleural et même pleural, d'où les signes physiques si spéciaux mi-pulmonaires, mi-pleuraux qui caractérisent ces congestions. De là l'abondance de l'exsudat séro-albumineux dans les crachats, des macrophages aussi, élément de la splénisation.

Broncho-pneumonie. — « Mucus hyalin, exsudat séro-albumineux, cellules de l'épithélium bronchique, cylindriques et polygonales, en état de dégénérescence, cellules de l'alvéole pulmonaire, polynucléaires, streptocoques ». Voici une formule com-

plexe; mais n'est-elle pas éloquente en affirmant une double lésion bronchique et alvéolaire, c'est-à-dire une broncho-pneumonie?

La broncho-pneumonie est en effet une affection violente ou subaiguë de formes anatomo-cliniques diverses, mais qui toutes ont pour caractère d'intéresser à la fois les bronches et le parenchyme, l'atteinte de ce dernier étant d'ailleurs toujours le résultat de l'extension aux alvéoles de la bronchite capillaire. Le crachat sera donc le reflet de cette double lésion. Le crachat de bronchite devient rouillé, puis muco-purulent à la période d'état, jaunâtre, étendu de liquide albumineux mousseux produit des glandes des bronches les plus reculées et de l'exsudat séro-albumineux.

« Mucus hyalin, exsudat séro-albumineux avec cellules pulmonaires altérées, hématies, éléments bronchiques altérés, polynucléaire, microbes variés, streptocoque. » Le streptocoque est souvent en cause dans la bronchopneumonie de l'enfance, mais on peut y voir d'autres agents pneumocoques et streptocoques associés, Friedlander par exemple.

Grippe et catarrhes saisonniers. — L'examen microscopique offre ici assez peu d'intérêt et ne nous apprend rien que de déjà connu. Ce sont des congestions, des splénisations, des broncho-pneumonies. La grippe ne leur confère rien de spécial. On a cru en un temps pouvoir leur attribuer un agent causal : le bacille de Pfeiffer; on s'accorde aujourd'hui à le tenir pour un saprophyte de pouvoir pathogène incertain.

VII

Les processus œdémateux. — Œdème pulmonaire aigu. — Œdème inflammatoire au cours d'une pneumonie, œdème aigu ou subaigu des aortiques, des rénaux, des hypertendus, l'œdème pulmonaire est cliniquement caractérisé par l'expectoration plus ou moins soudaine et violente, d'un liquide séreux rosé, mousseux, chargé d'albumine.

Dans l'œdème pulmonaire c'est l'alvéole qui est le théâtre des opérations. Le liquide séreux du sang, violemment projeté hors des parois vasculaires entraîne avec lui quelques globules rouges, traverse la membrane alvéolaire, emporte quelques cellules décollées par sa violence, coule dans les bronches sans les altérer, brassé par la toux, avec l'air, d'où l'aspect de mousse qu'il prend dans le crachoir. Chauffez à la flamme un peu de ce liquide : il coagule en masse, preuve de l'abondance de l'albumine. Il est rosé, preuve de l'abondance du sang et d'ailleurs, il est quelquefois franchement rouge.

« Exsudat séro-albumineux presque pur formant le fond de la préparation. Absence complète de mucus hyalin. Cellules alvéolaires intactes, absence complète de cellules bronchiques, quelques globules rouges, pas de microbes ». Cette formule n'est-elle pas parfaitement claire? Exsudat séro-albumineux caractérisant l'œdème, des globules rouges témoins de son origine sanguine et cellules alvéolaires intactes, témoins de l'étape de l'appareil respiratoire où s'est passé le drame. Il a été purement alvéolaire puisqu'il n'y a rien de bronchique : ni mucus, ni cellules. Il a été purement mécanique, puisqu'il n'y a pas de microbes.

On voit des œdèmes de ce genre dans le rhumatisme articulaire aigu; ils ont la même figure car ils sont alors plus cardiaques qu'infectieux. Par contre, dans certaines pneumonies, dans la grippe grave de 1918, l'œdème était un œdème infectieux généralement bourré de microbes.

Voisines de cet œdème aigu, sont les bronchites chroniques œdémateuses et les bronchites albuminuriques. L'œdème est alors plus bronchique qu'alvéolaire et il apparaîtra dans la formule sous la forme de gouttes abondantes d'exsudat séro-albumineux mêlé au mucus de la bronchite.

Congestion pulmonaire passive, poumon cardiaque. — Ici, c'est autre chose : rien d'aigu ni de violent; c'est la stase chronique, l'œdème mêlé d'hémorragies qui à la longue détermine cette lésion des bases qu'on désigne sous le nom d'induration brune. Il y a souvent en fait une véritable mosaïque de lésions : ici congestion œdémateuse (la coupe ruisselle de liquide spumeux), ailleurs splénisation, autre part infarctus festonné. Faisons la coupe histologique. Les parois alvéolaires sont gonflées, tuméfiées, pas de capillaires dilatés. La lumière alvéolaire paraît rétrécie, elle est d'ailleurs comblée par l'œdème, des masses de cellules desquammées, du pigment sanguin, des globules rouges en voie d'hémolyse et surtout par de grands macrophages dont le protoplasma est bourré de grains brun jaunâtre, de résidus de l'hémoglobine libérée. Telle est la cellule cardiaque, signature de la stase chronique, que l'on retrouvera avec l'œdème chaque fois que le cœur est entré en jeu.

S'agit-il d'un vieux mitral asystolique, porteur de foyers sous-crépitants aux bases? Il rejette des crachats muqueux et séreux, colorés, souillés.

« Exsudat séro-albumineux, un peu de mucus hyalin, quelques cellules bronchiques altérées, quelques polynucléaires. Cellules alvéolaires, globules rouges, intacts et altérés. Nombreux macrophages chargés de pigment caractérisant la cellule cardiaque ».

Mais, si c'est là le type le plus net, les choses peuvent être un peu plus complexes : les crises de pseudo-asthme nocturne se compliquent souvent de bronchite; le crachat est alors muco-purulent.

« Mucus hyalin, éléments cellulaires abondants, dégénérés, polynucléaires s'ajoutent aux éléments caractéristiques de la stase ».

Ou bien, la fièvre s'est élevée, les crachats sont collants, visqueux; c'est un foyer de splénisation :

« Mucus hyalin, cellules bronchiques dégénérées (signes de la bronchite) exsudat séro-albumineux et cellules cardiaques (signe de stase), cellules pulmonaires et macrophages intacts (signes de splénisation).

Apoplexie pulmonaire. — Que ce soit embolie ou infarctus festonné des cardiaques, le résultat est le même : le sang s'épanche dans les alvéoles pour être rejeté au dehors. On trouvera donc une formule du genre de celle-ci :

« Crachats presque entièrement constitués par des globules rouges intacts ou crénelés, dégénérés et du pigment sanguin abondant, libre ou inclus dans les

macrophages. Exsudat séro-albumineux, cellules alvéolaires et quelques signes d'irritation bronchique : cellules cylindriques altérées, mucus hyalin ».

VII

Processus de néoformation. — Le cancer du poumon, quelle que soit son origine, peut ne pas donner naissance à des crachats. Plus habituellement, le cancéreux crache, mais le crachat varie d'aspect : muqueux, avec quelques parcelles purulentes d'apparence banale, muco-purulent, fétide, faisant d'abord penser à la suppuration fétide ou à la gangrène, rouge clair ou rouge gelée de groseille ou crachat de Stokes. Celui-ci serait, d'après les classiques, le crachat caractéristique du cancer.

De fait, j'ai vu à l'autopsie des malades morts d'un cancer du poumon, le conduit broncho-trachéal susjacent à la tumeur obstrué par un bouchon de mucus rouge vif. Un tel crachat peut donner une forte présomption en faveur du cancer, mais la preuve formelle ne sera donnée que par la présence de la cellule cancéreuse. Pourquoi donc le sang, pourquoi la cellule cancéreuse?

Le cancer est presque toujours d'origine bronchique. Il se développe suivant divers processus dont l'effet le plus immédiat est l'oblitération de la bronche : l'air n'y circule plus. Au-dessous, l'atelectasie se produit; au-dessus, les produits de sécrétion bronchique n'étant plus brassés par le courant d'air stagnent et s'accumulent. D'autre part, la circulation est gênée dans la paroi bronchique. Le cancer lui-même est parcouru par des néo-vaisseaux aux parois embryonnaires. Ces vaisseaux fragiles cèdent, lors des efforts de toux se rompent : le sang de cette double origine se répand et se mêle au mucus où il s'hémolyse. Voilà le crachat rouge groseille de Stokes. Le cancer est friable, avons-nous dit; quelques parcelles peuvent s'en détacher, décollées par le mucus, arrachées par la toux, elles tombent dans le crachat et voilà libéré l'élément caractéristique : grosse cellule aussi grande qu'une cellule d'épithélium buccal, polymorphe à contours irréguliers, parfois isolée, parfois accolée à d'autres formant placard; cellules à protoplasma clair avec un gros noyau souvent périphérique, souvent divisé. Et maintenant, la formule est claire : « Mucus hyalin abondant, globules rouges, pigment sanguin. Quelques cellules pulmonaires ou bronchiques, placards de cellules de grandes dimensions, à noyau divisé en état de mitose ayant les apparences d'une cellule cancéreuse ».

VIII

Les parasites. — Kyste hydatique. — L'examen microscopique n'a d'intérêt que pour reconnaître la présence des crochets dans les liquides de vomique.

Syphilis pulmonaire. — On a cité le cas d'un malade dans l'expectoration duquel on aurait trouvé le tréponème. Cette observation paraît sujette à caution étant donné la facilité avec laquelle on trouve des spirilles dans les crachats. L'examen microscopique aurait également révélé la présence de fragments de poumon nécrosé? Il nous semble qu'il a surtout de l'intérêt en éliminant la tuberculose.

Mycoses. — C'est suivant les cas l'aspergillose récemment étudiée par Macaigne et Nicaud et que caractérise la présence dans les crachats d'un grand nombre d'éléments mycéliens, à bouts carrés et de spores. Plus rarement, ce sera l'actinomyces que révélera le grain jaune caractéristique, ou enfin la sporotrichose dont existent quelques observations. Nous n'insistons pas, car ce sont des raretés.

IX

Les crachats des tuberculeux. — Il est certain que le plus souvent, dans l'analyse des crachats provenant d'une lésion tuberculeuse des poumons, la formule cytologique s'efface un peu devant le personnage principal qu'est le bacille de Koch. Il est évident, en effet, que sa seule présence emporte et affirme le diagnostic et que sa recherche systématique doit être un dogme en pathologie pulmonaire. Toutefois, ce serait s'exposer à de sérieux mécomptes que de s'en tenir à cette formule simpliste « crachat bacillifère égale tuberculose, crachat sans bacille, pas de tuberculose ».

Et ce serait aussi limiter singulièrement ses investigations que de les borner à sa recherche, sans tenir compte des renseignements que peut y ajouter l'étude analytique des crachats. Enfin, même en ce qui concerne le bacille, il y a de grandes variétés dans l'évolution de son élimination et tout cela mérite d'être étudié.

Il suffit d'avoir observé pendant quelques années pour voir l'extrême polymorphisme de la tuberculose pulmonaire. Cette grande variété de ses aspects anatomiques et cliniques est liée à la prédominance ou à la conjonction des deux propriétés principales du bacille de Koch, action fibrogène, action caséogène, à la violence de son action, au mode réactionnel du terrain. On pourrait ainsi schématiser le résultat de cet ensemble d'actions :

Action fibrogène prédominante : formes scléreuses (bronchitique, emphysémateuse, scléroses massives et discrètes).

Action caséogène prédominante : formes caséeuses (pneumonie, bronchopneumonie).

Action fibrogène et caséogène associées : forme fibro-caséuse. Et suivant la violence ou la légèreté de l'aggression, la défaillance ou la résistance du terrain, formes aiguës rapidement mortelles, formes subaiguës, formes lentes ou éphémères, bénignes, curables;

Et ce schéma rapide nous explique déjà comment il ne peut pas y avoir une formule cytologique du crachat tuberculeux, puisqu'il n'y a pas une, mais des tuberculoses, donc des formules de bronchite d'asthme, de sclérose, de pneumonies aux divers stades. Mais à cet égard, si la poussée de tuberculose a comme toute poussée inflammatoire, un début, une période d'état, une période de révolution, d'où résulteront encore des variations d'évolution dans les formules cytologiques, il est surtout un mode d'évolution particulier à la tuberculose et d'une

extrême fréquence, c'est la caséification, la nécrose graisseuse.

Examinons une coupe de poumon tuberculeux dans une partie caésifiée. On y voit une masse informe, granuleuse, ne contenant plus en son centre aucun élément cellulaire reconnaissable. La seule partie du parenchyme qui résiste à cette nécrose massive, c'est la fibre élastique, alvéolaire, bronchique, ou vasculaire qui reste longtemps visible par les colorations appropriées.

Autour de cette zone caséifiée est la zone périphérique du tubercule avec la couronne de lymphocytes, début, souvent inopérant d'ailleurs, d'organisation fibreuse défensive. Au delà enfin, la zone d'extension souvent pneumonique d'alvéolite tuberculeuse, l'une et l'autre remplies de bacilles. Un jour vient où les masses se fendillent, craquent et s'éliminent au dehors : la caverne est constituée; son contenu s'évacue par les bronches qui s'irritent sous ce contact permanent. Et maintenant, à la faveur de ces rapides données, on comprend la formule d'examen.

« Masse granuleuse amorphe formant le fond de la préparation, quelques polynucléaires picnotiques, lymphocytes assez nombreux, quelques cellules alvéolaires, quelques cellules bronchiques avec réticulum de mucus hyalin, bacille en nombre variable, fibres élastiques ».

Puis cette ulcération s'infecte; à la caséification s'ajoute la suppuration commune, et la formule se modifie pour prendre l'aspect du crachat nummulaire banal de vieux cavitaire.

« Masse granuleuse informe, cellules dégénérées, réticulum de mucus polynucléaire extrêmement abondant, intact ou picnotique, lymphocytes. Bacilles, espèces microbiennes banales. »

Dans toutes les formes qui aboutissent à la caséification, forme fibro-ulcéreuse commune, broncho-pneumonie, pneumonie caséeuse ou limitée, telle est à peu près la formule habituelle, après les phases d'alvéolite du début. Il y a là les signes de la caséification, de la suppuration, et généralement beaucoup de bacilles.

D'autres formes donnent des formules notablement différentes. Telles sont les formes fibreuses, bronchitiques, bronchite et emphysème, sclérose étendue ou limitée, autant de cas dans lesquels les lésions sont surtout fibreuses, constructives, remaniant la charpente du poumon en une masse dure de tissu conjonctif jeune ou adulte, imperméable, enserrant quelques alvéoles étouffées, entouré de vésicules emphysémateuses aux parois atrophiées, poussant des prolongements stellaires plus ou moins loin dans le parenchyme et au sein de laquelle çà et là, apparaissent noyés dans la masse, quelques tubercules caséeux, quelquefois crétacés. On comprend que dans ces formes, l'expectoration soit peu abondante, faite d'un crachat bronchitique, qu'il ne contienne que rarement des bacilles et en petit nombre, qu'il faille attendre quelquefois dix et quinze ans comme l'a bien montré Dumarest, pour avoir la signature de l'affection, d'un asthme, d'une bronchite à répétition, dans une petite décharge bacillaire.

Dans certaines formes aiguës, violentes, communément désignées sous le nom de granulie parce que la lésion caséeuse est une petite granulation, l'expectoration traduit habituellement la lésion d'alvéolite, d'œdème de congestion qui entourent ces formations. La maladie dure peu, les malades succombent avant que des ulcérations n'aient eu le temps de s'ouvrir. C'est pourquoi souvent la granulie mieux appelée tuberculose miliaire, évolue un certain temps au moins, sans que les bacilles n'apparaissent dans l'expectoration.

Il faut même savoir que, dans les formes pneumoniques et broncho-pneumoniques, le crachat peut paraître abacillaire quelque temps et que l'examen ne révèle que la présence de microbes plus banaux comme le pneumocoque, le tétragène. Nous avons vu plusieurs fois le fait; d'autres auteurs (Gourmont et Boissel) aussi; ne vous laissez pas prendre à ces apparences; faites répéter la recherche du bacille, son apparition peut être tardive.

Le nombre de bacilles trouvés dans un examen n'a par ailleurs aucune importance. Abondants dans un cas, ils sont rares dans l'autre. Songez à ce qu'est la minuscule partie qui représente la goutte prélevée pour l'examen, par rapport aux surfaces ulcérées. Un seul bacille suffit à affirmer la tuberculose. Le nombre n'a de même aucune signification pronostique. Ainsi, ne dites pas comme je l'ai entendu : « il n'y en a pas beaucoup, ce n'est pas bien grave ».

L'examen direct peut donc être quelquefois négatif pendant quelques jours ou quelques semaines, dans des cas cependant authentiques de tuberculose. Ce sera encore le cas dans certaines manifestations dont vous aurez avantage à scruter la nature; vous ferez alors de temps à autre une découverte inattendue; j'ai vu récemment un jeune homme qui, depuis quelque temps, toussait et crachait; il paraissait n'avoir qu'un rhume banal, l'état général n'était touché en rien; l'examen des crachats fut fait cependant; ils contenaient des bacilles. Ainsi : congestion pulmonaire apparemment grippale, même éphémère rhume simple, bronchite, pleuropneumonie, asthme, faites examiner les crachats, souvent vous trouverez des bacilles, car ce sont souvent manifestations discrètes d'une tuberculose. Et si les résultats sont négatifs et votre conviction profonde, faites faire l'homogénisation, au besoin l'inoculation.

Et ceci nous amène à dire quelques mots de la tuberculose expérimentale du cobaye.

L'inoculation pratiquée avec des produits virulents et bacillifères comme c'est le cas le plus habituel, entraîne chez l'animal l'apparition d'une tuberculose classiquement représentée par un chancre d'inoculation (tubercule développé au point d'inoculation, abcédé, ouvert et ulcéré) accompagné de ganglions satellites dans le pli inguinal et d'une tuberculose viscérale généralisée avec tubercules dans la rate, dans le poumon et les ganglions médiastinaux. Telle sera la formule que vous recevrez, vous indiquant que l'inoculation est positive et qu'il s'agit bien de tuberculose.

Il arrivera cependant quelquefois que l'inoculation donnera des résultats inattendus. Leur interprétation regarde d'ailleurs surtout le technicien, car

c'est à lui de les connaître pour pouvoir les interpréter, mais il est bon que vous en ayez quelques notions :

Le crachat suspect ne contient pas de bacilles. Les examens répétés, les mieux faits n'en ont pas révélé. L'homogénisation est restée négative, on fait une inoculation. L'animal est examiné régulièrement; pas de tubercule au point d'inoculation, quelques petits ganglions dans l'aine et pourtant l'animal maigrit, et la cutiréaction est positive. Les délais habituels se passent, trois mois, six mois même et l'animal continue à maigrir; il succombe enfin squelettique, il ne présente que quelques ganglions un peu gros avec de petits points caséeux dans lesquels les frottis montrent la présence de bacilles. Nous voilà loin de la tuberculose classique du cobaye.

D'autres fois cependant, la tuberculose se précise; le chancre d'inoculation reste absent, mais il y a des adénopathies généralisées et la mort survient en quelques semaines avec une tuberculose viscérale, granulie, broncho-pneumonie ou congestion apparemment banales, mais dans lesquelles le microscope découvre des tubercules miliaires. Sachez donc l'existence de ces faits : ce sont des cas dans lesquels le produit examiné ne contient pas de bacilles mais cette forme particulière du virus tuberculeux qui est le virus filtrant invisible et que nous avons été parmi les premiers à étudier (Société de Biologie avril 1924). Pensez-y et cherchez-le. Comme je l'ai dit dans ma leçon clinique de la Charité, il y a trois ans (janvier 1926), il est possible que le virus filtrant donne la clef de nombreux états pathologiques que tout s'accorde à rapporter à la tuberculose, mais dont on n'avait jusqu'ici pu fournir la preuve parce que les recherches étaient uniquement centrées sur le bacille considéré comme la seule forme du virus tuberculeux.

Nous n'en dirons pas plus sur ce sujet bien spécial. Retenons seulement le polymorphisme des formules d'examen dans la tuberculose, tant au point au point de vue cytologique qu'au point de vue de l'agent pathogène.

Et pour conclure, nous dirons que l'étude attentive des crachats peut rendre les plus grands services, à la condition d'une interprétation exacte. Et pour pouvoir faire une interprétation correcte et utile, il faut se souvenir de la constitution cytologique des divers étages de l'appareil respiratoire, savoir ce qui se passe dans les parties altérées, comment réagissent le tissu et l'organisme. Et ainsi vous pourrez, remontant de l'effet à la cause, vous représenter avec assez d'exactitude ce qui se passe dans l'appareil respiratoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 MAI 1929)

Préparation d'un sérum hyperactif contre la peste bovine. — M. H. JACOTOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 MAI 1929)

Le lazaret de Tor. — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE a eu l'occasion, lors d'un récent voyage en Egypte, de visiter le lazaret de Tor dont l'organisation très complète permet de contrôler les pèlerins revenant de la Mecque. Il donne à ce sujet de très intéressants détails.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les greffes tuberculeuses. — M. ROBERTSON-LAVALE.

Un cas de transfusion sanguine dans le cœur. — M. A. TZANCK. Cette intervention, suivie de guérison, a été pratiquée dans un cas d'hémorragie post abortum où la situation semblait absolument désespérée et la dénudation veineuse, très difficile, aurait pu constituer une perte de temps irréparable.

Pour cette intervention l'auteur s'est servi d'une canule très fine montée sur un mandrin pointu pour ne pas laisser dans la cavité cardiaque de pointe sur laquelle l'organe aurait pu se piquer à chaque contraction. La ponction a été effectuée dans le cinquième espace, au ras du sternum; 650 grammes de sang pur ont été injectés par cette voie, mais avant d'atteindre 300 grammes la situation semblait déjà rétablie.

Le rôle de la tonsille gingivale dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. René VINCENT. Il existe dans la gencive, particulièrement dans les ponts interdentaires, un tissu lymphoïde comparable à celui de l'amygdale et de l'appendice. Nos observations cliniques et biologiques nous permettent de lui attribuer un rôle d'émonctoire microbien.

Un prélèvement de sang dans une languette hypertrophiée décèle la présence d'un seul microbe, le plus souvent le staphylocoque parvulus. Ces éléments microbiens dans la gencive, venant de l'organisme par le torrent circulatoire, déterminent la fonte du maxillaire, premier temps de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Les auteurs qui ont songé à attribuer à cette maladie une cause inflammatoire en ont en vain cherché la source dans la cavité buccale.

L'autovaccin entraîne l'arrêt de l'évolution de la pyorrhée et celui de l'infection causale, le plus souvent une entéropathie.

Outre une conception pathogénique plus plausible que la « sénescence ou l'arthritisme », nous offrons une thérapeutique nouvelle et réellement efficace de la pyorrhée et de nombre d'infections généralement intestinales ou para-intestinales, inaccessibles jusqu'ici à nos investigations et à notre action curative.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 MAI 1929)

Un cas d'amylose viscérale : hépatomégalie considérable avec dégénérescence massive du foie; amylose rénale et néphrite associées. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, P. DELAFONTAINE, E. GILBRIN et Mlle P. GAUTHIER-VILLARS rapportent une observation anatomo-clinique d'amylose viscérale où le foie avait atteint le volume considérable de 5 kilogs et demi. La presque totalité du parenchyme hépatique était infiltrée par l'amylose.

Il a été possible, de faire le diagnostic clinique de néphrite associée à la dégénérescence amyloïde du rein, diagnostic qui a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique.

Tuberculose pulmonaire. Pneumothorax. Séro-médicament. Phrénicectomie. Pleurésie purulente à streptocoque. Guérison. — M. H. DUFOUR. Le 30 mars 1928, l'auteur pré-

sentait une malade qu'il soigne depuis six ans pour tuberculose pulmonaire et qui avait été traitée par le pneumothorax, son séro-médicament des cures sanatoriales et par la phrénicectomie pour une pleurésie purulente à streptocoque enkystée puis ouverte dans les bronches. Bien qu'elle fût en état de guérison, l'on a demandé à la revoir un an après. Aujourd'hui, la malade est toujours apparemment guérie.

Nouveau procédé de dosage de la bilirubine sanguine par une méthode de van den Bergh modifiée. — MM. M. Chiray et F. Thiébaut emploient la méthode de H. van den Bergh, mais au lieu de se servir d'étalons colorés artificiellement par des sels minéraux, ils préfèrent utiliser comme étalon une solution de bilirubine pure. Les auteurs présentent un appareil très simple qui permet de conserver sans altération cette solution, chloroformique de bilirubine pendant un temps très long.

Mal de Pott cervical avec tachycardie et vertige dans la position horizontale. — M. C. I. Urechia (de Cluj). Curieuse observation d'un homme de trente-trois ans hospitalisé pour faiblesse des membres inférieurs et vertiges ne survenant que dans la position horizontale. L'examen physique conduit à admettre une irritation de la voie pyramidale (exagération des réflexes rotuliens et achilliens), donc de la rotule, et la radiographie fait constater un mal de Pott intéressant les Ve, VIe et VIIe cervicales. Le vertige est mis par l'auteur en rapport avec ce mal de Pott, de même que la tachycardie constante, dûe à l'irritation du sympathique.

Gomme du strié et du pale sans symptômes extrapyramidons. — M. C. I. Urechia (de Cluj). Un homme de cinquante ans est pris de parésie faciale droite, puis il fait de l'aphasie motrice avec surdité verbale. C'est un aortique au myocarde touché. Il meurt peu de temps après son admission à l'hôpital et l'autopsie fait découvrir une gomme syphilitique de l'hémisphère gauche intéressant la deuxième pariétale, la première temporale, la région de l'insula et la zone de Broca, et de plus un foyer de ramollissement syphilitique intéressant le noyau caudé et le lenticulaire en respectant la capsule interne. Le putamen était plus atteint que le globus pallidum.

Réveil du paludisme sous l'influence de la grippe. — MM. Flandin, Marchal et Langlois apportent trois observations de paludisme réveillé ou même révélé par une atteinte grippale. Ils soulignent la difficulté du diagnostic entre certains accès palustres et la forme intermittente de la fièvre grippale. Ils estiment que le déclanchement d'accès palustres sous l'influence de la grippe n'a pas suffisamment attiré l'attention et qu'ils sont vraisemblablement d'une fréquence relative.

Cas de grippe avec complications rares. — MM. Dargein et Germain (de Toulon) ont observé, au cours de la récente épidémie grippale, deux cas de mono-arthrite fluxionnaire scapulo-humérale, résistant au salicylate de soude et ayant guéri complètement et, d'autre part, un cas d'orchiépididymite passagère.

Cas vraisemblable de grippe suraiguë apparaissant et causant la mort pendant le sommeil. — M. Etienne Bernard relate l'observation d'un homme de trente ans trouvé au matin mort dans son lit alors qu'on ne le savait atteint d'aucune affection, et qu'il s'était couché la veille à 10 heures en bonne santé apparente. Au cours de la nuit, l'entourage avait pu percevoir plusieurs fois le bruit insolite d'une respiration stertoreuse. Entre le moment où le symptôme de gêne respiratoire a été surpris et le moment présumé de la mort, il s'est écoulé sept heures environ. L'autopsie montra deux poumons roses, presque rouges, turgescents. L'hypothèse de grippe a paru la plus vraisemblable.

M. Pilot a vu trois cas identiques à l'armée du Rhin. Il s'agissait de sous-officiers logeant en ville trouvés morts le matin dans la rue alors qu'ils étaient bien portants la veille. L'autopsie montra dans tous ces cas une véritable apoplexie pulmonaire avec un œdème généralisé. La mort résultait de l'asphyxie suraiguë.

M. J. Hallé relate une série de cas observés dans la même famille et qui établissent que le virus grippal est capable de produire des phénomènes très différents d'aspect, mais qui ne peuvent s'expliquer que par la tendance neurotrope du virus. Ces faits impliquent l'atteinte élective du système nerveux par le virus grippal qui peut causer ainsi les troubles les plus divers.

Influence du sexe dans la grippe. — M. Apert a pu vérifier, lors de l'épidémie de 1929, la plus grande sensibilité du sexe féminin à la grippe, qu'il avait déjà établie lors de la pandémie de 1918. D'après les statistiques municipales, les décès féminins, au plus fort de l'épidémie récente, l'ont emporté de plus d'un quart sur les décès masculins (mortalité totale).

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT IL FAUT ENVISAGER, A L'HEURE ACTUELLE, LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'ARTHRITISME

Par le docteur Savigny.

L'arthritisme est une diathèse essentiellement polymorphe, qui correspond cependant à une notion très justement réhabilitée par les travaux de ces dernières années.

Il comporte trois symptômes cardinaux qui en marquent l'évolution : la pléthore, la lithopexie et l'hémotholie [Paillard (1)]. La pléthore représente le premier terme de la diathèse, au moment où elle se crée : elle est le témoignage organique de l'aboutissement arthritique des erreurs alimentaires d'un sujet gros mangeur et presque toujours sédentaire.

La lithopexie, ou précipitation dans les tissus, les articulations, de substances insolubles, parce que d'abord produites en excès, représente un degré de plus dans l'évolution de la diathèse, une fixation de celle-ci et, à tout prendre, un mode de défense de l'organisme contre ces impédimenta qu'il exclut par ce moyen de son milieu intérieur (sang et lymphe). L'hémotholie correspond enfin à cette sensibilisation de l'organisme, anaphylactique ou colloïdoclasique, qui fait qu'il réagit par des phénomènes violemment perturbateurs vis-à-vis de l'intrusion dans son milieu intérieur de substances diverses d'origine exogène ou endogène : ainsi se manifestent la crise d'asthme, la migraine et les accidents urticariens.

Comment entreprendre la lutte contre ces diverses manifestations de l'arthritisme ? Sur la pléthore, le régime est le premier et le grand remède ; régime justement restrictif et hypo-azoté, auquel il convient d'associer, dans de nombreux cas, un traitement opothérapique par l'androstine. Celle-ci, à la dose de quatre ou huit comprimés par jour, active le métabolisme de base, d'où combustion plus accélérée de la graisse de réserve ; ce protide abaisse le taux de la cholestérine et de l'urée sanguine et prévient, par là même, les déterminations ultérieures lithopexiques (rhumatisme, goutte, xanthome, etc.). L'atoquinol (phénylcinchoninate d'allyle) peut être prescrit de temps à autre à dose faible, un cachet par jour, cinq jours par mois, et il contribue très efficacément à cette même prévention en facilitant l'excrétion de l'acide urique, des urates et oxalates.

Chez le lithopexique, et celui-ci peut être tout aussi bien

(1) Lithopexie et hémotholie constituent des néologismes, d'ailleurs très clairs, de Henri Paillard (de Vittel), dans un magistral exposé de la question des maladies de la nutrition paru dans le *Journal médical français*, numéro de mars 1929.

un rhumatisant chronique qu'un goutteux, qu'un athéromateux, qu'un lithiasique rénal, cholécystique ou pancréatique, les mêmes prescriptions sont de mise, mais avec un régime parfois plus élargi (le lithopexique étant souvent un héréditaire plus ou moins débilité), et une part plus importante aux agents médicamenteux. On prescrira, par exemple : androstine, six comprimés par jour, dix jours par mois, et atoquinol les dix autres jours, un cachet de 50 centigrammes le matin, avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian, suivant la méthode préventive recommandée par le professeur Chauffard. En cas de goutte aiguë, on portera la dose d'atoquinol à deux ou trois cachets par jour, en lui adjoignant l'eau de Vichy, et en surveillant le rein et le foie dont les déficiences sont fréquentes. Aux manifestations hémotoliques, migraine, asthme, urticaire, etc., on opposera la désensibilisation, spécifique toutes les fois que l'agent déchaînant pourra être identifié, ou non spécifique par la peptone, les alcalins, le calomel à petite dose (Paillard).

Enfin, chez tous ces arthritiques, à quelque période qu'ils se trouvent, qu'ils soient pléthoriques, lithopexiques ou migraineux, eczémateux ou asthmatiques, il sera presque toujours indiqué d'activer le transit intestinal par l'emploi d'un laxatif cholagogue tel que la péristaltine, dont l'action douce, progressive et non irritante, est à retenir pour de tels sujets qui doivent y recourir souvent et pendant longtemps. Deux ou trois comprimés de péristaltine, ou un à deux cachets par jour, deux ou trois jours par semaine, permettent de maintenir l'intestin et la vésicule libres et aident encore à désintoxiquer et décholestériniser le malade.

La diathèse arthritique n'atteindra pas le stade lithopexique si, dès son début pléthorique, elle est ainsi combattue ; si elle se manifeste déjà par les déterminations lithopexiques, celles-ci pourront régresser dans une large mesure, et laisser au malade de longues périodes de latence où sa santé sera très suffisante pour le maintien de son activité sociale. Les manifestations hémotholiques sont plus difficiles à atteindre et à juguler ; là encore, cependant, la thérapeutique ne perd pas ses droits, et un clinicien averti arrivera presque toujours à soulager grandement son malade et à espacer ses crises, sinon à le guérir.

C. DUCROQUET

1872-1929

La médecine française vient de faire une grande perte : Ducroquet est mort.

Tous ceux que l'orthopédie intéresse de près ou de loin savent la place considérable, prépondérante, que depuis trente ans il occupait en France dans cette spécialité. Cette place, Ducroquet se l'était acquise par une volonté, une opiniâtreté de travail et une lucidité d'intelligence peu commune.

Né en 1872, près de Saint-Quentin, il vint à Paris faire ses études médicales, ne dépassant pas l'échelon de l'externat. Il part ensuite pour Berck où il séjourne un an, y puise le sujet de sa thèse inaugurale (1898) sur le traitement du mal de Pott.

C'est ensuite une année en Allemagne, à Wurzbourg, chez Hoffa, à Vienne, chez Lorenz. Il en revient ayant appris, entre autre, la confection des appareils plâtrés moulés, le traitement de la luxation congénitale de la hanche, les deux choses qui devaient le faire connaître, et en rapportant aussi un appareil de radiographie, alors à ses débuts, qui devait être l'origine du calvaire douloureux qui vient de se terminer.

LAIT ALLÉGÉ
" DIETICUS "
Pauvre en matières grasses. Aux albumines réduites et floculées
UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LE LACTO-SÉRUM
"GALAZÈNE"
Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif
Grande Cure
3 flacons dans la matinée
Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ
"BRÉVANYL"
Purgation douce hépato-duodénale.
GRANDE PURGATION
5 cachets.
LAXATIF
1 cachet.

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien
15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

R. C., 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, *1, rue d'Alembert*, PARIS-14e.

PAS D'ACIDE LIBRE

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM · BOLDO · EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



Installé à Paris, on le voit, dans les services de chirurgie d'enfants chez Brun, Jalaguier, Broca, Veau. Et alors, au lieu de ces lourds appareils plâtrés composés d'attelles trempés dans la bouillie plâtrée, recouvrant d'épaisses couches de coton, appareils se déplaçant, générateurs d'escarres, on voit de délicats appareils fait de bandes moulées, modelés avec soin, immobilisant et ne blessant pas. C'est par centaines qu'il traite les luxations congénitales de la hanche, et par une série d'études, il fixe les règles du traitement non sanglant de cette malformation.

L'appareillage sous toutes ses formes le passionnait. Il en a exposé la théorie dans son traité de thérapeutique orthopédique paru en 1907. Pendant et après la guerre, il s'adonne à la prothèse des blessés et publie, en 1916, en collaboration avec Broca un opuscule sur la prothèse des amputés, puis, en 1919, un traité de prothèse fonctionnelle. Mais il ne suffit pas de concevoir des appareils, leur exécution à l'atelier doit être impeccable. Ducroquet n'a pas cru qu'une telle besogne fût indigne du médecin. Capable d'exécuter lui-même, il assume la surveillance d'un atelier d'où sortent d'admirables appareils.

Ducroquet n'était pas un chirurgien ou tout au moins un opérateur, mais l'étude approfondie de l'anatomie et de la physiologie l'avaient vite amené en orthopédie à la conception d'interventions nouvelles. L'une d'elles, la double arthrodèse des articulations du tarse postérieur (médio-tarsienne et sous-astragalienne) pour la stabilisation des déviations latérales du pied) paralysies infantiles, pieds plats) qu'il fit exécuter par Launay dès 1909, constitue un progrès considérable et suffirait à sauver son nom de l'oubli. Nous nous rappelons avec émotion qu'à cette époque il voulut bien nous apprendre à exécuter cette opération dans cette clinique de la Fondation Rothschild, rue Marcadet, où il avait une consultation orthopédique suivie, et où il y a plus de vingt-cinq ans il voulait bien m'accueillir comme son élève.

Disciple de Marey, Ducroquet se passionna aussi pour l'étude au moyen de la cinématographie au ralenti de la marche normale et des marches pathologiques. Ceux qui au cours de l'hôpital maritime de Berck, au Congrès d'orthopédie, ont admiré ses films sur la paralysie du quadriceps ont pu comprendre le parti qu'il avait su tirer de cette méthode d'étude. Sa fin prématurée laisse malheureusement une masse de documents qu'il n'avait pas encore utilisés.

Ces études, le labeur d'une clientèle considérable, ne suffisaient pas encore à cette grande activité qui s'intéressait aussi à toutes les questions d'art.

Et tout cela, depuis de longues années, a été exécuté par un homme rongé par d'horribles souffrances. Pour ses recherches sur la luxation congénitale de la hanche, Ducroquet avait fait beaucoup de radiographies, comme on les faisait alors, sans protection. Frappé de radiodermite, avec ses terribles douleurs, puis de complications, il subit depuis seize ans, vingt opérations : amputations de phalanges, de doigts, de métacarpiens de la main droite, autoplasties, amputation du bras, désarticulation de l'épaule. Et au milieu de ces douleurs stoïquement, il travaillait. C'est pourquoi, rendant hommage, à la fois à son talent, comme à son courage, la Société nationale de chirurgie, tint il y a deux ans à le nommer membre honoraire, lui donnant la place restée vide depuis Ollier.

Mais le mal implacable a poursuivi son œuvre, et c'est des complications des rayons X, martyr de la science que Ducroquet succombe en pleine vigueur, en pleine intelligence.

Il avait eu du moins la satisfaction dernière de voir son fils Robert Ducroquet reprendre en mains ses travaux et de voir que son œuvre aurait un continuateur.

Que son fils, que sa famille reçoivent ici les marques de la profonde estime et de l'admiration que tous ceux qui l'ont approché conservent pour le grand disparu. M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Etiologie et prophylaxie de la grippe. *Bacille de Pfeiffer; virus filtrant grippal* (1), par le docteur R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Dans cette importante monographie, complétée par une bibliographie considérable et par 15 pages de très belles planches photographiques, l'auteur après un court historique de nos connaissances épidémiologiques traite en détail la question du bacille de Pfeiffer, du virus filtrant, du bacille pneumosintes et de ses formes filtrantes; la bactériologie pure, les problèmes de morphologie, d'immunologie, les résultats de l'expérimentation sur l'animal et occasionnellement sur l'homme y sont diligemment exposés. Il n'arrive encore à aucune conclusion ferme mais remet en valeur les arguments favorables au rôle du bacille de Pfeiffer actuellement moins admis en France qu'à l'étranger et qu'il convient de rapprocher du rôle contaminant de certains filtrats dont les expériences, telles qu'elles ont été rapportées ne permettent pas de considérer la pureté absolue comme indiscutablement prouvée. Le rôle du pneumosintes est *a priori* moins évident mais ce germe lui aussi est une sorte de jalon vers le territoire des germes filtrants dont nous ne connaissons évidemment que peu de chose encore.

Quelle que soit la nature exacte du virus en cause, nos moyens de prophylaxie bien qu'imparfaits sont loin pourtant d'être inopérants :

Prophylaxie individuelle où l'isolement à un rôle majeur et le dépistage un rôle égal : ne pas attendre le malade mais le chercher suivant la recommandation de M. L. Martin;

Prophylaxie sociale aussi qui permet la surveillance et l'isolement des immigrants, si importants avec une affection d'une telle diffusibilité; mesures de mobilisation hospitalière.

Cette monographie est une mise au point excellente de nos connaissances présentes. Les circonstances lui donnent un à propos tout particulier. L. BABONNEIX.

Comment se soigner après avoir consulté (2), par L. SCHEKTER.

Un précédent volume mettait le praticien et le malade en présence des petites difficultés de la consultation médicale difficultés que l'inexpérience d'un commençant ou l'excès de zèle du malade ou de son entourage aggravent parfois.

Les difficultés n'ont pas disparu après la consultation et c'est à leur solution qu'est consacré le présent volume. Il envisage les soins d'urgence dans les circonstances principales, les soins généraux aux fébricitants, l'hygiène courante du nourrisson, de l'enfant, de l'adulte; les conseils à la jeune mère, de nombreuses indications touchant les régimes alimentaires particuliers et l'alimentation en général.

Il est entendu d'avance qu'on ne trouvera rien là qui ne soit de pratique courante, banale même dira-t-on. Il est pourtant indéniable qu'un tel recueil a son prix. Combien de fois le médecin parti, la perplexité apparaît-elle dans l'entourage du malade. La question oubliée, la difficulté grande — ou même minime — en tous cas insoupçonnée sur un point généralement accessoire. L'embarras en tous cas est grand et les chances de fausse manœuvre. « Il aurait fallu demander au docteur ! »

Le docteur aurait pu lui aussi éprouver quelque embarras; il y a tant de choses dans la pratique journalière qu'on est habitué à voir aller d'elles-mêmes; *De minimis non curat*... tant de choses qui vont sans qu'on en parle, et iraient encore mieux si l'on en parlait plus souvent. L'embarras du clinicien trouvera ici son soulagemeut; parfois le médecin expérimenté qui trouvera là de quoi bouter hors les conseilleurs sans qualité ni compétence; souvent aussi le jeune praticien riche de bonne volonté et de science mais non toujours d'expérience.

L. BABONNEIX.

(1) « Monographies de l'Institut Pasteur ». — Paris, 1929, Masson et Cie.

(2) Paris, Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C., 221.839, Se.

TRAITEMENT DES TUMEURS
sous leurs diverses formes
ÉPITHÉLIOMAS, CARCINOMES, SARCOMES, etc.
PAR LA

BACKÉRINE ACTIVÉE

Ferments du Dr DE BACKER et Sels de Magnésie
Modifiant l'organisme par développement des agents de fermentation

Formes : AMPOULES, CACHETS, DRAGÉES
Littérature Médicale et Échantillon sur Demande.

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — R. C. Seine, 221.745

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès-Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SÉBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME
PAR LE
CHLOROSULFOL VIGIER
ET PAR LES
SAVONS VIGIER
à l'Essence de Cadier et à l'Essence d'Oxycèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

GYNOCRINOL
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 23 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur du bras. — Désarticulation sous-astragalienne du pied droit. »

MM. Reinhold, 24; Leibovici, 25; Oberlin, 27; Ameline, 26; Thalheimer, 27; Bloch, 26; Huet, 27.

Classement : MM. Oberlin, Huet et Thalheimer, 46; Ameline, 44; Bloch, 43; Reinhold et Leibovici, 41.

Epreuve clinique. — MM. Oberlin, 20; Thalheimer, 18; Huet, 20; Ameline, 17; Bloch, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Oberlin et Huet.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Paraf et Lévesque, 40; Coste, 39,27.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 24 mai. — MM. Serrand, 9; Desgrez, 12; Foubert, 15; Beau, 6; Bussy, 8.

— PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — PREMIÈRE DIVISION. — *Médaille d'or.* — Mlle Leblanc, 82.

Médaille d'argent. — M. Cahen, 75 3/4.

Mention. — Mlle Lambin, 71 1/2.

DEUXIÈME DIVISION. — *Médaille d'argent.* — M. Beaufils, 67 1/2.

Accessit. — M. Fourmont, 63 3/4.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté de médecine, dans sa séance du jeudi 23 mai, a désigné : en 1re ligne, pour la chaire de pathologie générale, M. le docteur A. Baudouin, agrégé à la Faculté, par 22 voix; en 2e ligne, M. le docteur Fiessinger par 21 voix.

— MONTPELLIER. — M. le professeur Euzière a été réélu doyen pour une nouvelle période de trois ans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira, le lundi 25 novembre 1929, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour un emploi de professeur suppléant d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

DISPENSAIRES DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE SOCIALE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube. Inscription avant le 1er juillet à la préfecture de l'Aube.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — Le docteur Georges Bickel a été nommé professeur extraordinaire de policlinique médicale.

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE MÉDECINS-INSPECTEURS DES ECOLES DE COMMUNES SUBURBAINES DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine, le vendredi 14 juin 1929, pour le recrutement de vingt-cinq médecins-inspecteurs d'Ecoles des Cantons d'Aubervilliers, Noisy-le-Sec, Pantin, Saint-Denis, Montreuil-sous-Bois et Vincennes.

Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine, Service des examens, 3 *bis*, rue Mabillon, Paris (VIe), tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et de 14 à 17 h., jusqu'au lundi 3 juin 1929 inclus, délai de rigueur.

Le programme détaillé des matières du concours est délivré gratuitement au Service des examens, 3 *bis*, rue Mabillon et à l'Hôtel-de-Ville. (Service des renseignements.).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jacques Lahaussois, externe, lauréat des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le docteur Garcia Vicente (de Madrid) fera le jeudi 30 mai, dans le service de clinique oto-rhino-laryngolo-

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche.
Insuffisance ventriculaire droite
Arythmies — Tachycardies
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

gique du professeur Pierre Sebileau, à l'hôpital Lariboisière, à 10 h., une leçon sur le sujet suivant: « Technique du lavage pulmonaire (considérations physiologiques et thérapeutiques). »

— Un cours de revision, sous la direction de M. le professeur P. Lereboullet, avec la collaboration de MM. Cathala et Janet, médecins des hôpitaux; Lelong, Brizard, Saint-Girons, Mme Dollfus-Odier, chefs de clinique; MM. Cottenot, électro-radiologiste des hôpitaux; Gournay, Detrois, chefs de laboratoire; Chabrun, Bohn, Roudinesco, assistants du service.

Ce cours portera sur l'ensemble du programme d'hygiène et de clinique de la première enfance, il aura lieu le matin à 9 h. 30, le soir à 16 h. 30, à partir du 29 juin 1929. Chaque cours sera constitué par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices pratiques individuels au lit des malades ou au laboratoire.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Droit à verser : 250 fr.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. COUVELAIRE.) — *Cours élémentaire de pratique obstétricale.* — Cours élémentaire d'une durée de deux semaines, du lundi 3 juin au samedi 15 juin, sous la direction de M. Seguy et Mlle Bach, chefs de clinique, avec la collaboration de MM. Powilewicz, ancien chef de clinique; Hidden, ancien chef de clinique adjoint; Digonnet, aide de clinique à la Maternité; Laennec, interne des hôpitaux.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la Clinique.

Droit d'inscription : 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. (Professeur: M. CUNÉO. Cours de M. le docteur Marcel Thalheimer, prosecteur.) — *Chirurgie abdominale*, sous la direction de M. le professeur A. Gosset, et en liaison avec un cours de perfectionnement de chirurgie abdominale fait aux mêmes dates et avec le même programme à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, boulevard de l'hôpital, 47.

Ouverture du cours : le lundi 17 juin 1929, à 14 h.

Ces cours auront lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 fr. pour chaque partie de ce cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PATENTE DES MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES

La patente que paie le médecin, comme celui qui exerce une profession libérale, est un impôt très lourd, d'autant plus lourd qu'il ne porte pas seulement sur les seuls locaux affectés à l'usage de la profession, mais encore sur les locaux qu'il habite comme toute autre personne pourrait les habiter. Aussi l'une des revendications actuellement faites consiste-t-elle à demander aux pouvoirs publics de différencier, pour l'évaluation de l'impôt de la patente, le local professionnel du local d'habitation.

On sait que la patente médicale a son fondement dans la loi du 15 juillet 1880. Trois catégories de médecins y échappent :

1° Le médecin ne donnant que des soins accidentels, sans exercer son art, c'est ce qui résulte d'un arrêt du Conseil d'Etat en date du 18 juin 1859;

2° Le médecin professeur de l'Université ne faisant pas de clientèle, le médecin expert près des tribunaux se livrant exclusivement aux expertises, le médecin fonctionnaire, tel que le médecin militaire, le médecin de marine, le médecin directeur d'asiles d'aliénés, à condition toujours qu'il ne fasse pas de clientèle;

3° Le médecin conseil d'une compagnie d'assurances, le médecin qui n'exerce pas pour son compte, mais qui est appointé par un confrère.

Les médecins compris dans les deux dernières catégories ne sont pas patentables parce qu'ils sont considérés comme fonctionnaires ou comme des personnes travaillant à gages. Mais il y a des médecins qui ont à la fois cette double qualité et qui cependant sont soumis, ou tout au moins, ont été soumis à la patente : ce sont les médecins sanitaires maritimes.

Un arrêt tout récent du Conseil d'Etat (section du contentieux), en dats du 30 janvier 1929, a décidé, après une longue lutte, que ces médecins n'étaient pas soumis à la patente.

« Considérant, dit-il, que le sieur Bigot n'a pas de clientèle particulière, qu'il est exclusivement au service de la Compagnie générale transatlantique qui lui désigne le navire à bord duquel il devra exercer son activité professionnelle et lui fournit les locaux, instruments et médicaments qui lui sont nécessaires; qu'il est rémunéré par un traitement fixe; que, dès lors, il est fondé à demander le bénéfice de l'exonération prévue par l'article 17, paragraphe 5 de la loi du 15 juillet 1880 en faveur du commis à gage; que, par suite, c'est à tort que le sieur Bigot a été imposé et maintenu sur le rôle de la commune du Havre en qualité de médecin... »

Au début de la navigation des paquebots à passagers, embarquant un médecin, celui-ci, exerçant la médecine à bord, fut déclaré imposable à la patente au port d'attache du bâtiment sur lequel il était embarqué. Les médecins sanitaires maritimes ont été institués par le décret de police maritime du 4 janvier 1896 : ils furent inscrits sur une liste spéciale du Service de santé maritime et mis à la disposition des Compagnies de navigation pour effectuer à bord le service médical, surveiller l'application des règles d'hygiène en cours de traversée et concourir à l'accomplissement des mesures de police sanitaire maritime. C'étaient donc des fonctionnaires, imposés aux Compagnies de navigation; comme tels, ils devaient être exemptés de la patente. Des contrôleurs à Saint-Nazaire, au Havre, à Marseille les imposèrent cependant.

Des décisions contradictoires furent rendus : tandis que le Conseil de préfecture des Bouches-du-Rhône, le 7 août 1908, exemptait un médecin sanitaire inscrit de l'impôt de la patente le Conseil annula l'arrêté de ce conseil de préfecture, le 19 janvier 1910, parce qu'il s'agissait d'un docteur en médecine, déclarant qu'un médecin sanitaire maritime ne saurait être assimilé ni aux fonctionnaires salariés par l'Etat ou par les administrations départementales ou communales, ni aux employés de l'industrie privée. Les médecins sanitaires maritimes ne s'inclinèrent pas devant cette décision; leur résistance fut couronnée de succès, puisque le Conseil d'État vient de leur donner raison.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927) :

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5.386 Seine

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 36.923
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN. PARIS 16e

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR LERICHE
A L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DES PARALYSIES POTTIQUES

Par René FONTAINE,
Chef de clinique chirurgicale.

En 1926, il nous a été donné de suivre pendant de longs mois, dans le service de notre maître le professeur Leriche, un cas de mal de Pott avec paralysie spasmodique. Le malade étant mort à l'hôpital, nous avons pu faire une autopsie détaillée et étudier de près la colonne vertébrale et la moelle. Ce sont les réflexions que nous a suggérées la dissection de cette pièce que nous voudrions rapporter ici. Voici tout d'abord l'observation de notre malade.

Observation I. — Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans qui fut adressé à M. le professeur Leriche par le professeur Barré.

A l'âge de treize ans, le malade aurait fait une néphrite, et pendant deux mois environ on aurait constaté de l'albumine dans les urines.

Puis, il allait bien et se développait normalement. Plus tard, il travaillait chez lui comme cultivateur, et ce ne fut qu'en mars 1926 qu'il commença à se plaindre d'une certaine faiblesse dans les jambes et surtout dans les genoux; dès qu'il marchait un peu, des crampes apparaissaient dans les deux mollets, jusque dans les pieds.

Progressivement la marche devenait de plus en plus pénible et les deux membres inférieurs s'enraidissaient. Bientôt notre malade ne put plus se mouvoir que très difficilement, et à la fin du premier mois de sa maladie déjà les muscles de ses jambes étaient tellement contractés que la marche était devenue impossible.

Bientôt des troubles sphinctériens vinrent compliquer cette paraplégie spasmodique débutante, et à plusieurs reprises le malade dut être sondé. La constipation était opiniâtre.

Le médecin traitant, pensant à un mal de Pott, adressa le malade à M. le professeur Barré au commencement du mois d'avril 1926, c'est-à-dire un mois environ après le début de la maladie.

A son entrée à la Clinique neurologique, on constata qu'il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans, d'apparence normale. Son état général paraissait satisfaisant, mais déjà à ce moment il était pâle et maigre.

Les pupilles rondes et égales réagissaient bien à la lumière et à la convergence.

Le cœur était normal à la percussion et à l'auscultation.

Les limites pulmonaires, bien mobiles, n'étaient pas abaissées et s'étendaient bien à la respiration.

Aux deux sommets on entendait une respiration rude, un peu soufflée. L'expiration était nettement prolongée des deux côtés.

Dans les urines, des traces d'albumine et un sédiment renfermant des leucocytes polynucléaires en quantité moyenne.

Le Bordet-Wassermann du sang était négatif.

L'existence d'une paraplégie spasmodique étant indiscutable, l'examen fut orienté de suite vers la colonne vertébrale.

Rien de particulier ne frappait à l'inspection; à la palpation on relevait un point douloureux correspondant aux apophyses épineuses D6 et D7.

La mobilité de la colonne dorsale était très diminuée, presque complètement abolie; lorsque le malade essayait de s'asseoir, sa colonne s'immobilisait absolument rigide.

De l'examen neurologique qui fut fait d'une façon très complète par M. le professeur Barré et par le docteur Draganesco, nous ne relevons que les faits suivants :

Le gros orteil était en hyperextension des deux côtés; les deux pieds étaient en équinisme, mais le pied droit était en plus dévié un peu en valgus. La mobilité des orteils était bonne des deux côtés; mais leur résistance à la flexion était très diminuée.

Dans l'articulation tibio-tarsienne, la flexion était assez bien conservée. Par contre, les mouvements se faisaient sans force. L'extension était considérablement réduite.

Aux jambes, la force était bonne dans les mouvements d'extension, mais elle était très diminuée à la flexion.

La flexion et l'abduction des deux cuisses étaient normales comme amplitude et comme force.

D'une façon générale, la mobilité était meilleure à droite qu'à gauche.

La *mobilisation passive* montrait une résistance aux mouvements plus forte à la périphérie que vers la racine du membre.

La flexion passive du cou-de-pied était complètement impossible.

Etat des *réflexes des membres* : les rotuliens et les achilléens étaient polycinétiques, le crémastérien et le réflexe abdominal abolis, le cutanéo-plantaire se faisait en extension; il n'y avait pas de clonus net.

L'hyperesthésie remontait jusqu'au niveau de la VIIe vertèbre dorsale.

Du côté des sphincters on nota une constipation opiniâtre, une rétention incomplète d'urines avec miction par regorgement.

La *ponction lombaire*, faite le 29 mars 1928, montra une dissociation cyto-albumineuse avec : 2 éléments à la cellule de Nageotte; albumine 3g30 (Sicard), Bordet-Wassermann négatif.

Les *radiographies* de face de la colonne dorsale montrèrent un abcès par congestion le long des faces latérales de la colonne vertébrale dorsale; les limites de cet abcès s'étendaient de la IIe à la Xe dorsale; elles descendaient plus loin à gauche qu'à droite, où elles ne dépassaient pas la VIIIe vertèbre dorsale. La saillie allongée que forme cet abcès est plus prononcée à gauche qu'à droite.

Les contours des corps vertébraux paraissaient normaux, mais le disque intervertébral entre D4 et D5 était nettement affaissé.

Vingt-quatre heures après, injection sous-occipitale de 1 centimètre cube de lipiodol, on constata que ce liquide avait été arrêté en petite quantité entre la VIIe et la VIIIe vertèbre dorsale, mais la majeure partie était restée fixée à la hauteur de D2.

Il ressort clairement de cet examen que nous étions en présence d'un :

Mal de Pott dorsal supérieur, portant probablement sur plusieurs corps vertébraux, mais surtout sur celui de la IIIe dorsale, avec abcès froid prévertébral, ayant pénétré à l'intérieur du canal rachidien et provoquant ainsi une paraplégie spasmodique avec troubles sphinctériens.

Persuadés que l'existence d'une paralysie spasmodique ne saurait constituer une contre-indication au traitement chirurgical du mal de Pott, mais qu'au contraire cette complication commande l'acte opératoire, le professeur Leriche a opéré ce malade.

L'intervention (professeur Leriche, aide docteur Fontaine) eut lieu le 14 avril 1926. Elle fut faite sous anesthésie locale.

On commença par prélever à la double scie d'Albee un greffon total sur le tibia gauche; il avait 15 centimètres environ de longueur. Puis, par une incision courbe dépassant à gauche la ligne médiane, on détacha les muscles de la gouttière vertébrale gauche et on mit ainsi à nu les parties gauches et postérieures des lames vertébrales C7-D5. Les apophyses épineuses correspondantes furent sectionnées à leur base et

réclinées vers la droite, et dans ce lit ainsi préparé on déposa le greffon que l'on dut briser à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen pour pouvoir l'adapter exactement à la courbure de la colonne vertébrale.

Ensuite, les apophyses épineuses furent ramenées dans leur position normale et fixées par la suture des parties molles qui fut faite en deux étages. La peau fut complètement fermée sans drainage.

Le malade supporta bien cette intervention peu choquante; mais le surlendemain soir il eut un peu de température (38°2) et les urines devinrent très troubles; le plus souvent d'ailleurs le malade urinait sous lui; les urines étaient très purulentes.

La paraplégie fit des progrès rapides; le quatrième jour déjà après l'opération, les muscles des deux jambes étaient plus tendus qu'avant l'opération. Les jours suivants, insensiblement, les cuisses se mirent en flexion sur le bassin et les jambes en flexion sur les cuisses, en même temps que l'équinisme des pieds s'accentua.

Les deux plaies, celle de la nuque et celle de la jambe, gardaient bon aspect.

Le huitième jour après l'intervention, on évacua un petit hématome de la plaie dorsale. L'aspect de la plaie était parfait. Les urines devenaient de plus en plus troubles; l'incontinence s'accentuait.

La position vicieuse des membres inférieurs avait encore augmenté, surtout du côté gauche, et le malade était maintenant couché en chien de fusil, tantôt à droite, tantôt à gauche, les deux jambes fortement attirées vers le corps.

L'incontinence d'urines nous obligea le lendemain à mettre une sonde à demeure, afin que le malade ne se souillât pas trop. Mais malgré que celle-ci fut changée une fois au moins chaque semaine, et malgré que des lavages de vessie furent régulièrement pratiqués deux fois par jour, l'infection vésicale, loin de diminuer, ne fit qu'empirer.

Le dixième jour on enleva les fils; les deux plaies paraissaient guéries per primam, mais le lendemain nous eûmes la surprise désagréable de constater que la plaie de la nuque s'était partiellement désunie dans son milieu, où les deux bords de la plaie s'étaient écartés de 4 à 5 centimètres environ.

Entre temps, les contractures des extrémités inférieures avaient gagné les muscles abdominaux, et bientôt la paroi abdominale devint dure comme du bois.

Puis, une première et volumineuse escarre sacrée apparut.

Tous les quelques jours, le malade faisait une violente poussée thermique qui correspondait chaque fois à des décharges d'urines particulièrement purulentes. Le premier de ces accès, survenu le soir du 28 avril avec une température de 30°8, fut rapidement coupé par une injection intraveineuse de 10 centimètres cubes d'urotropine à 40 p. 100. Dans la suite aussi, cette thérapeutique eut chaque fois une influence heureuse sur la température.

L'appétit était bien conservé, malgré le régime hypoazoté et hypochloruré auquel nous soumîmes le malade en raison de son infection vésico-rénale.

Celle-ci ne cédant pas, on pratiqua le 13 mai, sans anesthésie aucune, une cystostomie sus-pubienne, introduisant une sonde de Pezzer dans la vessie.

Le drainage sus-pubien eut pour effet de faire disparaître la fièvre au bout d'une quinzaine de jours, et pendant de longues semaines le malade resta afébrile.

Mais les contractures de tous les muscles des membres inférieurs et de l'abdomen ne firent qu'augmenter, et bientôt à tous les endroits où il existait la moindre pression, le moindre frottement, des escarres apparurent; au sacrum, elles prirent rapidement des proportions inquiétantes; aux deux talons aussi elles s'étendirent très vite. D'autres escarres se formèrent là où les deux genoux se touchaient.

Dans ces conditions, il devenait impossible de lutter contre les progrès des attitudes vicieuses, car la moindre traction provoquait rapidement des escarres considérables, ce qui nous obligea d'abandonner toute tentative de redressement.

La flexion des membres inférieurs nous força de coucher le malade alternativement sur le côté gauche, puis sur le droit; d'énormes escarres trochantériennes en furent la conséquence et eurent tôt fait de mettre l'os à nu.

A la fin du mois de mai, des œdèmes apparurent au niveau des deux membres inférieurs; d'abord localisés à la face dorsale des deux pieds, ils s'étendirent ensuite rapidement à toute la jambe, pour gagner finalement la cuisse.

A ce moment la plaie de la nuque s'était transformée en une ulcération atone qui ne suppurait guère, mais qui ne montrait aucune tendance vers la guérison.

Le malade, souvent constipé, avait une incontinence complète des selles. Il avait de temps en temps de véritables débâcles diarrhéiques. Malgré que l'infection urinaire paraissait temporairement jugulée, malgré que l'appétit se maintenait et que l'état général n'avait jusqu'ici pas trop souffert, la situation à la fin du mois de juin paraissait donc désespérée.

Mais, vers le milieu du mois de juillet, une amélioration certaine survint : les œdèmes diminuèrent, les deux jambes revinrent à des contours presque normaux, les escarres trochantériennes se couvrirent de granulations bourgeonnantes. L'appétit était excellent et le malade complètement afébrile. Par contre, la plaie de la nuque ne montrait aucune tendance à la fermeture.

A aucun moment non plus les contractures ne semblèrent diminuer; le ventre était toujours de bois, et la position vicieuse des membres inférieurs restait la même.

Malheureusement, l'amélioration ne fut que de courte durée, et dès le début du mois de septembre on dut perdre tout espoir de sauver le malade. Un nouvel accès de fièvre d'origine urinaire ne fut plus suivi cette fois d'une résolution franche, et la température à partir de ce moment dépassait 38 degrés tous les soirs.

En même temps, les œdèmes augmentèrent à nouveau et les escarres perdirent leur tendance à la cicatrisation.

Puis survinrent des douleurs gastriques deux à trois heures après les repas et durant plusieurs heures; bientôt une diarrhée rebelle s'installa.

Au début du mois d'octobre, une grosse escarre s'élimina, découvrant largement la région trochantérienne gauche et mettant à nu l'articulation coxo-fémorale; une luxation pathologique de la hanche s'était constituée.

A partir de ce moment, l'évolution fut très rapide; le malade maigrissait à vue d'œil; en peu de jours il devint squelettique et mourut complètement inanitié le 14 octobre 1926.

L'autopsie fut pratiquée quelques heures après la mort par le docteur Géry de l'Institut d'anatomie pathologique qui constata :

Il s'agit du cadavre d'un adolescent dans un état de cachexie extrême.

Les deux hanches et les genoux se trouvent en flexion maxima, et on est obligé de sectionner tous les muscles postérieurs pour pouvoir redresser les membres.

D'énormes escarres très profondes se trouvent partout : sacrées, bi-trochantériennes, interscapulaires, escarres multiples sur les deux pieds. Un gros œdème enfle les deux membres inférieurs; à beaucoup d'endroits la peau est exulcérée.

L'articulation coxo-fémorale gauche est entièrement ouverte, la tête fémorale est luxée en arrière. Le panicule adipeux n'existe plus, les masses musculaires sont très faibles et très pâles.

L'examen des différents organes montre :

Cœur : 120 grammes de liquide séreux citrin se trouvent dans le péricarde; l'aspect de la séreuse est porcélanique.

Le cœur lui-même est sensiblement normal.

Vaisseaux : thrombophlébite de la veine iliaque primitive gauche et de la fémorale droite.

Poumons : pas de liquide dans les deux plèvres, mais de nombreuses adhérences fibreuses aux deux sommets.

Le *poumon droit* pèse 330 grammes; extérieurement, on y constate quelques granulations tuberculeuses adhérentes à la plèvre et quelques petites zones d'atélectasie.

A la coupe, il existe un semis discret dans le lobe supérieur et çà et là des corymbes de granulations tuberculeuses, franchement caséeuses. Quelques-unes de ces corymbes dans la partie antérieure sont ramollies et donnent des cavernules grosses comme un noyau de cerise.

Le *poumon gauche* pèse 365 grammes. Dans l'ensemble son aspect est le même que celui du côté opposé. Mais, en outre, la portion inférieure de la languette antérieure sur une hauteur de 6 centimètres est fortement œdémateuse et d'aspect un peu gélatiniforme.

Dans la languette antérieure du lobe inférieur, sous la plèvre, on trouve une masse de 1-2 centimètres de caséum dense, encerclée d'une coque scléreuse ayant encore une disposition nettement infarctoïde.

Le reste du médiastin est s. p.

A l'ouverture de l'abdomen, quelques fausses membranes fibrineuses dans le Douglas, mais pas d'épanchement. Les ganglions lombaires sont hypertrophiés; quelques-uns sont porteurs de tubercules miliaires.

L'intestin et les autres organes abdominaux sont normaux.

Aux *deux surrénales*, la couche lipoïdienne manque presque complètement.

Reins : les uretères sont élargis, par pièces leur calibre atteint la dimension d'un auriculaire; les parois sont épaissies et les muqueuses presque entièrement détruites.

Le rein droit pèse 250 grammes. Il est régulier, avec une couche adipeuse peu abondante, scléreuse et adhérente. A la coupe, le parenchyme a une épaisseur normale (3 centimètres et demi). Il est très pâle, œdémateux et vitreux. Les pyramides sont difficilement reconnaissables à cause de stries gris jaunâtre de pyélonéphrite rayonnante.

Le bassinet, très dilaté, a 7-8 centimètres de diamètre; il est rempli d'une masse pâteuse, grisâtre, dans laquelle on trouve des débris nécrotiques et un peu de sable friable, d'odeur légèrement ammoniacale. Les artères sont normales; la décapsulation est facile.

Sur la surface décapsulée, on reconnaît d'assez nombreux petits abcès gros comme une lentille ou une petite noix et contenant un pus verdâtre et crémeux; d'autres nombreuses petites élevures correspondent à des abcès ramollis.

Le rein gauche, pesant 260 grammes, avait exactement le même aspect que le droit.

Autour de la *vessie*, sur sa face latérale gauche, on trouva un abcès gros comme une orange, communiquant largement avec l'articulation coxo-fémorale gauche et mettant à nu la symphyse et l'arc pubien gauche; il remontait ensuite assez haut et était fixé à la paroi antérieure. Les parois latérales de la vessie étaient fortement rétractées, presque appliquées l'une sur l'autre. La muqueuse était congestionnée et boursouflée par de l'œdème.

Au niveau de la *colonne vertébrale*, on trouva un abcès par congestion médian, commençant à la Ire dorsale et se prolongeant à droite jusqu'à la VIIe et à gauche à la IVe vertébrale

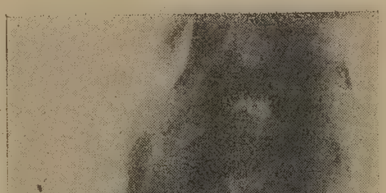


FIG. 1. — *Radiographie de la pièce prélevée à l'autopsie.* — On reconnaît le greffon qui s'est bien soudé aux apophyses épineuses. Le lipiodol est resté en place.



FIG. 2. — Cette figure montre l'état de la moelle. Sur sa face postérieure il existe un abcès enkysté qu'on a facilement pu récliner. Au-dessous la dure-mère est intacte.

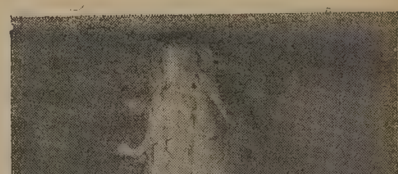


FIG. 3. — Après ouverture de la dure-mère la moelle elle-même apparait normale.

dorsale; mais de ce côté des masses caséeuses continuaient jusqu'à la IXe vertèbre dorsale.

La colonne cervico-dorsale, prélevée quelques heures après la mort, puis fixée dans du formol, fut radiographiée et disséquée un mois plus tard. La radiographie de profil de la pièce montre que le greffon est bien en place et qu'il s'est complètement soudé à l'os avoisinant. Il s'étend de la dernière vertèbre cervicale à la VIe dorsale.

La face antérieure des cinq premiers corps vertébraux dorsaux est rongée par le processus bacillaire; les disques intervertébraux entre D1 et D2, et entre D3 et D4, sont diminués de hauteur.

D'autre part, sur la radiographie de profil, comme sur celle de face, on reconnaît que le lipiodol est resté en place.

Sur la pièce, on constate après ablation de l'abcès froid antérieur avec sa coque que le foyer osseux commence au niveau de la face antérieure de la Ire vertèbre dorsale, qui est érodée et transformée en une masse caséeuse. Les lésions sont plus prononcées encore au niveau des autres corps vertébraux et elles semblent atteindre le maximum au niveau de la IIIe dorsale. Elles se terminent à la hauteur de la VIIe dorsale.

Les disques intervertébraux entre D1 et D2, et entre D3 et D4, sont affaissés; les autres ont conservé leur hauteur normale.

Sur la face postérieure de la pièce, après avoir enlevé les muscles des gouttières vertébrales, on dénuda facilement le greffon qui était bien soudé aux apophyses épineuses dont il se détachait par une coloration plus blanchâtre.

Il s'étendait de la VIIe vertèbre cervicale à la VIe dorsale et immobilisait complètement cette partie de la colonne vertébrale.

Les lames vertébrales furent détachées des corps vertébraux au niveau des apophyses articulaires; on put ainsi relever un couvercle osseux postérieur qui permit de voir la dure-mère. Celle-ci était comprimée depuis la IIe jusqu'au bord supérieur de la VIIe vertèbre dorsale par un abcès froid enkysté qui se présentait presque comme une tumeur scléro-lipomateuse.

Les racines dorsales correspondantes étaient englobées dans cette masse caséeuse. Il fut très facile de la disséquer par l'un de ses bords (le côté gauche) et de la récliner en masse de l'autre côté. En dessous, la dure-mère était complètement intacte sans trace de pachyméningite. La figure 2 de la page précédente permet de se rendre compte de cette disposition.

La dure-mère ouverte, l'intégrité de la moelle était absolue. Celle-ci ne montrait qu'une petite zone de dépression qui correspondait à l'arrêt du lipiodol au niveau de la IIe dorsale. On trouva d'ailleurs encore quelques gouttelettes huileuses (fig. 3).

La face antérieure de la moelle et le ligament vertébral postérieur étaient tout à fait normaux, et à aucun endroit ce ligament ne présentait la moindre saillie, ni la moindre solution de continuité.

Mais après avoir scié sur toute leur hauteur les corps vertébraux dorsaux, on vit dans la partie postéro-inférieure du IIIe corps vertébral, empiétant sur le disque intervertébral D3-D4 et sur la partie postéro-supérieure de la IVe dorsale, un petit abcès froid très limité.

Ces constatations nous obligent d'admettre que dans notre cas c'est l'abcès froid antérieur qui est venu fuser à travers les trous de conjugaison vers les parties rétromédullaires du rachis.

En résumé, il s'agissait donc d'un mal de Pott avec abcès froid antérieur, développé aux dépens des corps vertébraux D1 à D4 avec abcès froid intrarachidien rétromédullaire ayant déterminé une compression (1).

L'évolution fut très rapide, car moins d'un mois après le début apparent de la maladie une paralysie spasmodique survint dont la greffe d'Albee ne modifia pas, accéléra même peut-être, la marche progressive vers l'issue fatale.

Cette observation peut donner lieu à plusieurs remarques intéressantes. La première concerne le greffon lui-même.

Prélevé au niveau du tibia sous forme d'une greffe rigide, le transplant fut placé entre la face postérieure des lames et la série des apophyses épineuses, sectionnées près de leurs bases et réclinées en dehors. Cette variante de la technique initiale d'Albee, due à Halsted, est fréquemment utilisée par notre maître le professeur Leriche.

La greffe a réussi : le transplant s'est soudé aux tissus osseux avoisinants, et l'immobilisation de ce segment de la colonne vertébrale a été obtenue. Notre pièce vient ainsi se ranger à côté de celles de Hibbs, Dujarier, Allenbach (2), et à côté de celle que les docteurs Guillot et Dehelly présentèrent à la Société de chirurgie de Paris en 1926 (3).

Mais dans notre cas la prise du greffon est d'autant plus étonnante que les conditions générales étaient moins propices à la réussite de l'intervention. Il est bien surprenant, en effet, de constater que malgré l'existence à ce niveau d'une vaste ulcération cutanée, malgré l'état de cachexie extrême du malade, le transplant se soit greffé. Cela prouve certainement l'excellence de ce procédé opératoire.

Le deuxième point sur lequel nous désirons attirer l'attention concerne le mécanisme de la compression médullaire dans notre cas. En fait, si à la suite des travaux de Ménard presque tout le monde est d'accord pour reconnaître que les compressions médullaires dans le mal de Pott sont rarement la conséquence d'une déviation osseuse, mais proviennent presque toujours d'abcès froids intrarachidiens, l'immense majorité des auteurs situent ces abcès compresseurs toujours en avant de la moelle; ainsi, dans un article récent, Calvé vient à nouveau d'affirmer que toutes les compressions médullaires d'origine pottique résultent d'abcès froids antémédullaires (4).

Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine (5) admettent la compression par des abcès latéro ou rétro-médullaires. Pour ces auteurs, les abcès postérieurs, comme les antérieurs d'ailleurs, proviendraient des

(1) Les pièces de ce cas ont été présentées à la Réunion neurologique de Strasbourg en décembre 1926 par S. Draganesco et R. Fontaine, et à la Société de chirurgie de Paris par notre maître le professeur Leriche, le 6 février 1929.

(2) Allenbach. Pièce anatomique en place trois ans après une opération d'Albee, *Revue orthop.*, 1925, p. 38-42, 2 fig.

(3) Guillot et Dehelly. A propos de trente-quatre ostéosynthèses pour mal de Pott, avec présentation d'une pièce, Soc. nat. de chir., Paris, 1er déc. 1926, *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, t. III, n° 33, p. 1144.

(4) Calvé. Traitement des paraplégies pottiques graves par un procédé nouveau, *Arch. franco-belges de chir.*, 1926, t. XXIX, n° 3, p. 218.

(5) Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine. Traitement des paraplégies pottiques d'après leurs formes anatomo-cliniques, *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1926, t. XXIX, n° 3, p. 202.

parties postérieures des corps vertébraux. Primitivement sus-ligamentaires, ils deviendraient secondairement sous-ligamentaires, après avoir détruit le ligament vertébral postérieur. Arrivés ainsi au contact de la dure-mère, c'est le long de celle-ci qu'ils gagneraient la face postérieure de la moelle.

Nous ne pensons pas que ce mécanisme puisse être invoqué dans notre cas. Il existe bien un foyer osseux dans les parties postérieures des IIIe et IVe vertèbres dorsales; mais sur toute la hauteur le ligament vertébral postérieur est intact.

Par contre, on trouve en avant, sur la face antérieure des corps vertébraux, d'importantes lésions osseuses s'étendant loin sur les faces latérales des vertèbres et jusqu'au voisinage immédiat des trous de conjugaison. De sorte que nous sommes amenés à croire que c'est l'abcès froid prévertébral qui a fusé par les trous de conjugaison directement en arrière de la moelle.

Il existe donc bien dans le mal de Pott des abcès rétromédullaires d'emblée.

Cette notion n'a pas qu'un intérêt anatomo-pathologique et doctrinal; elle peut avoir une importance thérapeutique.

A ce point de vue, on ne manquera pas d'imputer l'issue fatale de notre malade à la conduite thérapeutique suivie. En présence de paraplégies pottiques, la tendance actuelle des chirurgiens est abstentionniste. C'est l'abstention que préconise Mme Sorrel-Déjerine dans sa thèse, et tout dernièrement seulement elle a été défendue devant la Société de chirurgie de Paris par Vulliet [de Lausanne] (1) qui ne reconnaît au traitement sanglant que des indications d'exception.

M. Leriche, dans le cas où il a suivi ces préceptes, n'a pas eu lieu de s'en féliciter.

Observation II. — Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans qui n'avait jamais été malade auparavant, sauf une pleurésie purulente postpneumonique droite, dont il guérit très rapidement, après une pleurotomie. Cinq semaines avant son entrée à la Clinique médicale B, il glissa d'une échelle, et en se redressant il ressentit une vive douleur au niveau de la colonne dorsale. Dans la suite, les douleurs persistèrent, devinrent très violentes, et en même temps il se sentait gêné pour marcher. Dix jours après son accident, souffrant beaucoup, il se fit admettre à la Clinique médicale B, où l'on ne constata qu'une exagération des réflexes rotuliens et achilléens, mais pas de Babinski, pas de clonus, ni aucun autre signe pathologique. Mais le surlendemain de son arrivée, brusquement en marchant dans la salle, le malade s'affaissa, ne put plus se lever, et présenta immédiatement tous les signes d'une paralysie spasmodique.

Quarante-huit heures plus tard, la paralysie des membres inférieurs était complète et des troubles sphinctériens apparurent nécessitant des cathétérismes vésicaux répétés.

Au cours d'un de ces cathétérismes une fausse route fut faite. Le malade saigna beaucoup du canal, puis s'infecta. C'est dans cet état, paralysé des membres inférieurs avec une sensibilité émoussée jusqu'au rebord sternal, que le malade fut transféré au service du professeur Leriche. La radiographie ne montra qu'une légère irrégularité des contours de la 1re dorsale et au même niveau un arrêt complet du lipiodol.

M. Leriche fit le diagnostic de paraplégie pottique, mais en raison de l'état fébrile du malade il décida de s'abstenir d'une intervention chirurgicale, et de s'en tenir à l'immobilisation au lit.

L'infection urinaire fut combattue par des lavages vésicaux journaliers; la température ne cédant pas, une cystostomie sus-pubienne fut faite. Bientôt des œdèmes apparurent des deux côtés. Une escarre énorme mit à nu le sacrum, et d'autres apparurent à tous les points de friction.

La cachexie fit des progrès rapides, et le 7 octobre 1926, trois mois à peine après le début de sa maladie, le malade mourut. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une carie des trois premières vertèbres dorsales avec un volumineux abcès antémédullaire écrasant la moelle.

L'histoire clinique de ce malade est donc absolument superposable à celle de l'observation I. Chez les deux malades, la paralysie pottique spasmodique s'installa très rapidement et précocement. Les deux présentaient à leur arrivée une légère infection urinaire. Les deux succombèrent en quelques mois aux progrès de leur paralysie et de leur cachexie. L'un fut opéré, l'autre ne le fut pas. Il serait donc injuste d'imputer à l'opération la mort du premier malade. En réalité, il y a des cas de paralysies pottiques, surtout lorsque cette complication survient chez des malades infectés ou atteints de tuberculose d'autres organes qui sont au-dessus de nos ressources thérapeutiques. La greffe d'Albee ne saurait les sauver; mais nous ne croyons pas qu'elle en précipite l'évolution. Entre les mains de notre maître le professeur Leriche, l'opération d'Albee, qu'il exécute sous anesthésie locale avec une hémostase parfaite, nous a toujours paru d'une très grande bénignité; nous n'avons jamais eu l'impression qu'elle expose à des dangers particuliers des malades même affaiblis, même paralysés.

Aussi M. Leriche ne voit-il pas dans la paraplégie spasmodique une contre-indication au traitement sanglant du mal de Pott. Au contraire, c'est l'intervention qu'il préconise dans son *Traité de thérapeutique chirurgicale* (1). Il lui doit, entre autres, le succès suivant :

Observation III. — Il s'agissait d'un ingénieur de trente-huit ans qui commença à souffrir en février 1925 de douleurs dans les deux jambes. Rapidement celles-ci se paralysèrent. Puis le bras droit se prit à son tour, enfin le bras gauche. En quelques semaines la quadriplégie devint complète à l'exception de quelques mouvements dans le bras gauche. Elle était du type spasmodique. Très vite le malade complètement impotent ne put plus manger seul. Il avait des troubles sphinctériens très accusés. Au début du mois d'avril 1925, le malade fut examiné par M. le professeur Barré qui confirma le diagnostic de quadriplégie spasmodique. Une radiographie ayant montré une destruction des corps vertébraux C6 et C7, M. Barré demanda à M. Leriche, malgré la gravité du cas et à cause d'elle, d'intervenir si possible. M. Leriche pratiqua une greffe, le 17 avril 1925, sous anesthésie locale. Deux greffons demi-rigides, d'une longueur totale de 10 centimètres, furent insérés entre les apophyses épineuses fendues.

(1) H. Vulliet. Les indications de la laminectomie dans le traitement des paraplégies pottiques, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 3 mars 1928, n° 7, p. 303-308.

(1) P. Lecène et R. Leriche. *Thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 366, Masson, 1926. — V. aussi R. Leriche. *A propos du traitement chirurgical des paraplégies pottiques chez l'adulte*, *Soc. de chir.*, 20 mars 1929.

Le malade fut couché ensuite à plat dans son lit durant deux mois, sans aucune autre immobilisation. Dès la première semaine ces mouvements reparurent aux membres supérieurs et les troubles sphinctériens disparurent. L'incontinence qui l'obligeait à avoir toujours un urinal entre les cuisses cessa. L'évacuation de la vessie devint régulière, et de même pour les fonctions intestinales. En quelques semaines, le malade récupéra l'usage de ses bras et de ses mains ; puis les mouvements des jambes reparurent. En juillet 1925, l'amélioration était suffisamment avancée pour que l'on pût permettre au malade de se lever. La marche fut reprise progressivement. Elle était très spasmodique, le malade lançait ses jambes et elles ne touchaient le sol qu'avec hésitation. A ce moment, notre maître conseilla au malade d'aller compléter sa guérison par une cure de soleil de plusieurs mois dans le Midi. Le malade promit de le faire et quitta la Clinique dans cette intention.

C'est alors qu'il apprit qu'il risquait de perdre son emploi; son administration ayant eu connaissance de la gravité de sa maladie et le croyant incurable, cherchait en effet à le remplacer. Aussi, au lieu d'aller dans le Midi se soigner, retourna-t-il à son travail dans les mines de la Sarre. Il ne l'a pas interrompu depuis. M. Leriche a revu ce malade parfaitement guéri sans trace aucune de sa quadriplégie en juillet 1926. Fin 1928, soit trois ans et demi après l'opération, l'état est toujours très satisfaisant : Le rachis cervical est ankylosé. La marche est normale. Il n'y a plus de spasmodicité. Les réflexes sont normaux. Il ne reste qu'une certaine gêne dans quelques mouvements de la main droite.

On ne saurait nier que cette observation ne constitue un très beau succès à l'appui du traitement sanglant des paraplégies pottiques. On pourra nous objecter que Mme Sorrel-Déjerine a montré que les paraplégies pottiques totales, rapidement installées, rétrogradent très habituellement. Cela n'est pas toujours le cas, nos observations I et II le démontrent bien, et même dans l'hypothèse la plus favorable nous ne croyons pas que la régression spontanée eût été aussi rapide. Le malade de M. Leriche a été complètement guéri en deux mois et demi. Cela constitue certainement un temps record. La greffe n'aurait-elle qu'accéléré une guérison spontanée, son utilité serait déjà grande (1).

Aussi, en nous *basant sur l'observation précédente et sur d'autres analogues, pensons-nous pouvoir dire que l'intervention est souvent indiquée dans les paralysies pottiques.*

En regardant d'ailleurs attentivement les pièces provenant de notre premier malade, on ne saurait se défendre de l'impression qu'il aurait peut-être été possible de guérir ce malade en lui faisant une laminectomie au lieu d'une greffe d'Albee simple : l'agent de compression médullaire est représenté dans ce cas par un abcès uniquement postérieur, indépendant de la dure-mère, encapsulé et apparaissant sur la pièce comme une tumeur scléro-lipomateuse facilement énucléable. La laminectomie très probablement aurait fait cesser la compression.

Nous savons bien que cette intervention jouit d'une mauvaise presse dans le mal de Pott. L'an dernier encore, à la Société de chirurgie, Vulliet, qui lui doit un beau succès, ne lui reconnut que des indications très limitées.

Mais sa défaveur actuelle ne tient-elle pas, en grande partie, à l'opinion par trop absolue que l'on a sur le siège antémédullaire des abcès froids intrarachidiens, d'où découlerait l'inutilité de la laminectomie comme agent de décompression?

En tout cas, des observations comme celle que nous venons de rapporter semblent bien démontrer que parfois une laminectomie pourrait utilement lever la compression médullaire dans des cas de paraplégies pottiques. C'est là la conclusion qu'en a tirée notre maître, le professeur Leriche. Ceci lui a permis d'obtenir un beau succès dans le cas suivant :

Observation IV. — Di..., âgé de quarante ans, ouvrier mineur, fit le 4 décembre 1925 une chute sur la région lombaire d'une hauteur de 1 mètre. Il n'en continua pas moins son travail, mais dut l'interrompre définitivement trois mois plus tard, souffrant violemment dans la jambe et dans la région lombaire gauche. Traité d'abord pour sciatique, pour lombarthrie ensuite, il resta durant six mois à l'hôpital de Merlebach d'où il fut finalement dirigé sur la Clinique neurologique du professeur Barré le 20 avril 1926. A ce moment il se plaignait de violentes douleurs lombaires basses, s'irradiant en ceinture vers les deux fosses iliaques. La marche était devenue impossible et dans la station debout il souffrait de fortes douleurs jusque dans les bourses.

L'état général était mauvais; le malade avait beaucoup maigri et son appétit était médiocre.

L'examen général ne révélait rien de particulier. Le cœur et les poumons étaient normaux. La tension artérielle à 12-7; les organes abdominaux s. p. Le Bordet-Wassermann négatif.

De l'examen neurologique nous retiendrons :

Il n'existait rien d'anormal au niveau des membres supérieurs. Par contre, la motilité active et passive des membres inférieurs était diminuée.

La démarche était lente; le malade marchait péniblement, soutenu par deux personnes, courbé en avant et lançant ses jambes.

La sensibilité superficielle et profonde étaient intactes. Les réflexes rotuliens étaient vifs et polycinétiques des deux côtés. On nota du clonus de la rotule et du pied. Le Babinski était positif à droite. De trop vives douleurs rendaient impossible la manœuvre de la jambe de J. Barré.

La *ponction lombaire* donna :

Pression en position assise au Claude, 25.

Albumine selon Sicard, 2 grammes.

Cellules, 2 (Nageotte).

Wassermann négatif, benjoin colloïdal positif.

Sur la *radiographie* on reconnaît un volumineux abcès froid englobant les dernières dorsales et premières lombaires. Le disque intervertébral entre D10 et D11 est pincé; le dessin des vertèbres D11 et D12 est flou et leurs bords sont irréguliers.

M. le professeur Barré posa le diagnostic de *compression médullaire par mal de Pott* et transféra le malade à notre Clinique en vue d'une intervention chirurgicale.

Le 6 mai 1926 M. Leriche fit, sous anesthésie locale, une

(1) Nous ne voudrions pas que le lecteur tire de notre observation la conclusion que M. Leriche estime deux mois et demi un terme suffisant pour permettre au malade après la greffe d'Albee de retourner à une vie active. Cela a réussi au malade dont nous venons de parler, mais pourrait avoir des conséquences désastreuses dans d'autres cas. Voici la conduite que tient M. Leriche : le malade est opéré après une dizaine de jours d'immobilisation au lit. L'intervention est suivie d'une immobilisation (sans appareil plâtré) durant deux mois et demi à trois mois. Ensuite, au mieux des conditions sociales, M. Leriche essaie de placer tous ses malades pour trois mois au moins dans des établissements où ils peuvent faire de l'héliothérapie.

M. Leriche attache une importance très grande à la cure solaire comme complément de la greffe.

laminectomie de D9 à L1. Sur toute cette hauteur la dure-mère fit immédiatement saillie. L'espace épidural avait disparu. Après avoir récliné la moelle avec ses méninges on constata en avant un tissu rougeâtre et mou, fongueux indice d'une tuberculinisation et d'un abcès en voie de formation. On n'y toucha pas, puis M. Leriche plaça latéralement sous les muscles vertébraux deux greffons ostéopériostés de chaque côté des lames, dans l'angle des lames avec les apophyses transverses.

La guérison survint sans incident. Le 22 juin le malade retourna à la Clinique neurologique en excellent état.

C'est là que le professeur Barré constata, le 1er septembre 1926, que le malade avait repris du poids et que son appétit était bon. Ses douleurs lombaires s'étaient atténuées et la motilité des jambes était meilleure. Il marchait maintenant légèrement soutenu. Le Babinski restait positif à droite.

Un mois plus tard (le 2 octobre 1926), le malade quitte la Clinique neurologique. Sa note de sortie porte : état général maintenant très satisfaisant. Reprise nette de poids. Les douleurs ont complètement disparu. Sa marche est facile à l'aide d'une canne. Le Babinski reste positif à droite.

*
* *

Des quatre observations de paraplégie pottique que nous avons rapportées, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Il est inexact de dire que la compression médullaire dans le mal de Pott est toujours due à un abcès antémédullaire. La pièce que nous avons disséquée montre un exemple de compression uniquement postérieure.

Il faut tenir compte de cette notion au point de vue thérapeutique.

2° Si, dans leur ensemble, les conclusions de Mme Sorrel sont valables, à savoir que les paralysies pottiques rapidement installées et précocement survenues sont habituellement curables parce que dues à un œdème ou un abcès intrarachidien, alors que celles qui surviennent tardivement et s'installent lentement sont ordinairement incurables et traduisent une pachyméningite, il faut se garder de trop généraliser; il faut surtout ne pas en tirer la conclusion à laquelle semble être arrivée Mme Sorrel qui pense que dans les paraplégies rapidement et précocement survenues l'opération est inutile parce qu'elles guérissent spontanément, et dans celles qui s'installent lentement, tardivement, parce que les lésions méningées sont telles qu'elles ne sont plus modifiables.

Il nous semble au contraire à nous qu'en parlant du traitement chirurgical des paralysies pottiques, il faut partir des trois points suivants :

1° L'abcès comprimant la moelle peut — même si cela est exceptionnel — être uniquement postérieur. Il est facile alors de l'atteindre chirurgicalement.

2° Un grand pourcentage d'*abcès intrarachidiens* régressent spontanément, mais tous ne le font pas, et beaucoup entraînent finalement la mort.

3° La notion d'évolution n'est pas toujours suffisante pour permettre de distinguer avec certitude la compression par abcès intrarachidien de celle par la pachyméningite.

Devant ces incertitudes, *il ne nous paraît pas justifié de toujours se croiser les bras en présence d'une paralysie pottique, et peut-être convient-il de faire à l'avenir plus fréquemment que par le passé des laminectomies exploratrices suivies de l'application de greffes osseuses d'Albee*, comme M. Leriche l'a fait dans notre observation IV.

L'opération ne sauvera pas tous les malades. Mais pour ceux qu'elle ne permet pas de guérir, le traitement orthopédique serait probablement tout aussi inopérant. Au moins l'intervention systématique évitera-t-elle de temps en temps au chirurgien — en présence de constatations autopsiques comme celles que nous avons faites — d'avoir à se faire le reproche amer de s'être croisé les bras, alors que par une opération simple et bien réglée, il eût pu lever la compression du névraxe.

Aussi nous semble-t-il que la formule par trop simpliste : paraplégie pottique équivaut à abstention opératoire, devrait être abandonnée en faveur d'une thérapeutique plus interventionniste, et que la laminectomie exploratrice — parfois curatrice — suivie d'applications de greffes, est indiquée chaque fois qu'il persiste un doute sur le siège (antérieur ou postérieur) et la nature (pachyméningite ou abcès intrarachidien) de l'agent compresseur. Ces cas ne sont pas rares.

LIVRES NOUVEAUX

L'Epilepsie, conceptions actuelles sur sa pathogénie et son traitement (1), par Ph. PAGNIEZ.

Rien de plus mystérieux, malgré tant de recherches, que l'épilepsie! Quelle est son étiologie? Par quel mécanisme se produit-elle? Comment diriger son traitement? Autant de questions que, depuis bien des siècles, se posent les chercheurs, et auxquelles beaucoup d'entre eux ont désespéré de donner une réponse satisfaisante.

Pour la résoudre, M. Pagniez cherche, tout d'abord, à faire le bilan de nos connaissances, à distinguer soigneusement ce qui est acquis de ce qui ne l'est pas, ce qui est vrai de ce qui n'est que vraisemblable. Que nous apprend l'expérimentation? La nécessité, pour réaliser l'épilepsie, de deux facteurs : une lésion nerveuse, un trouble humoral d'origine toxique. L'anatomie pathologique? Elle ne nous décèle que des lésions inconstantes, de signification discutable, tout à fait incapables de nous faire comprendre à elles seules le comment et le pourquoi de l'épilepsie. La physiologie pathologique ne nous enseigne qu'une chose : qu'il existe indiscutablement, au moment des crises, des modifications considérables de la circulation cérébrale, sous la dépendance, elles-mêmes, de causes extracérébrales. L'étude des troubles humoraux? Elle n'avait abouti qu'à des résultats discordants, abstraction faite de l'instabilité des humeurs, lorsque M. Bigwood est venu montrer l'importance, dans cette affection, des troubles de l'équilibre physico-chimique du sang, et la constance, dans l'épilepsie essentielle, de l'hyperalcalinité du plasma, d'une augmentation du pH, cette alcalose agissant en modifiant la teneur du plasma en ions calcium, dont on connaît le pouvoir modérateur, mais ne suffisant pas, à elle seule, à produire la crise, si bien que l'on est arrivé à conclure qu'il intervient, en plus, un facteur toxique, que les recherches physico-chimiques n'ont pu jusqu'à présent dégager. Le rôle du liquide céphalo-rachidien? Peu considérable. Celui de l'anaphylaxie? Intéressant, sans doute, mais non décisif. Le choc anaphylactique n'est-il pas caractérisé par une forte acidose, la crise comitiale, par de l'alcalose? Les témoins humoraux considérés comme les plus certains de ce choc ne font-ils pas constamment défaut chez le comitial? La perte de conscience, si typique dans l'épilepsie, ne manque-

(1) In-8 de 199 pages. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie

t-elle pas dans l'anaphylaxie? N'en concluons pas, d'ailleurs, que les manifestations de l'épilepsie n'ont jamais rien à voir avec des phénomènes de colloïdoclasie ou d'anaphylaxie! L'auteur n'a-t-il pas démontré le rôle occasionnel de certains aliments : chocolat, haricots, etc.? MM. Bouché et Hustin (de Bruxelles) n'ont-ils pas justement insisté sur le rôle, dans le déchaînement de certaines crises, d'un choc vasculo-trophique qu'ils ont étudié dans les moindres détails? L'anaphylaxie doit donc être retenue comme une cause occasionnelle d'épilepsie, mais, à vrai dire, elle n'intervient que rarement. La toxicité des humeurs dans l'épilepsie? Fréquente, sinon constante, et liée à l'existence de produits convulsivants. La participation des glandes endocrines? Secondaire, réserve faite pour les parathyroïdes : si la maladie peut être influencée dans son apparition et dans son développement par l'activité des glandes endocrines, elle n'est pas causée par celle-ci. L'action du système organo-végétatif? Certaine, s'exerçant dans le sens d'une instabilité spéciale, plus souvent vago que sympathicotonique, mais qui, probablement, n'est que l'expression d'un autre trouble, humoral ou glandulaire. Les relations de l'épilepsie avec d'autres états morbides? Assez nettes pour que l'on entrevoie, dans ceux-ci comme dans celle-là, la prépondérance d'un facteur humoral. Le régime? Les meilleurs effets ont été obtenus du régime cétogène, qui produit artificiellement de l'acidose. Les traitements, surtout par les barbituriques? Ils n'agissent qu'en modifiant l'équilibre physico-chimique et en produisant de l'alcalose.

Nous voilà à même de faire la synthèse de nos connaissances sur l'épilepsie et de comprendre que, selon toute vraisemblance, l'épilepsie est la conséquence de deux facteurs associés : un humoral, un lésionnel, avec prépondérance du premier sur le second. Tout se passe comme si, dans cette maladie, à la faveur d'une lésion souvent, cicatricielle, cérébrale, cérébro-méningée, les paroxysmes étaient déterminés avant tout par un phénomène vasculaire, commandé lui-même par une action nerveuse organo-végétative. Ces crises vaso-motrices sont le plus souvent déclanchées par des mécanismes différents selon les cas, soit par l'intervention des phénomènes de choc, soit par l'action directe d'un produit toxique. Les phénomènes de choc sont pour certains au moins, conditionnés dans leur action par un état humoral antérieur, consistant essentiellement en une alcalose, et par une instabilité vago-sympathique spéciale.

Conclusion que l'auteur donne modestement comme provisoire, mais qui satisfait l'esprit par la rigueur du raisonnement! Qui d'ailleurs, aurait pu mieux parler de l'épilepsie que M. Pagniez qui en a analysé, de longues années, le mécanisme intime, qui a fait faire à l'étude biologique, clinique, expérimentale, thérapeutique, de cette affection, de si grands progrès et qui aujourd'hui met à la porté de tous, grâce à son talent vigoureux et sobre, à son esprit de clarté et de méthode, à son art de l'exposition, l'un des sujets jadis les plus obscurs, et aujourd'hui encore, les plus complexes de la pathologie?

L. BABONNEIX.

La pratique psychiatrique (1), par les docteurs LAIGNEL-LAVASTINE, A. BARBÉ et DELMAS.

Nous avions, il y a quelques années, le plaisir de présenter à nos lecteurs l'ouvrage de M. Laignel-Lavastine et de ses collaborateurs, et de dire tout le bien que nous en pensions. Nous lui prédisions un rapide succès. Pronostic que se sont empressés de justifier les événements, puisque le voilà aujourd'hui à sa seconde édition! Le plan général n'est pas changé : la séméiologie est toujours rédigée par M. A. Barbé, la nosographie par M. Delmas, la médecine légale par M. Laignel-Lavastine. Mais les différentes parties ont été revues soigneusement et mises au point. Les auteurs y ont ajouté un intéres-

(1) Deuxième édition, 1927. Un volume in-8 de 891 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.* INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12 Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine. 210.439 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE GUILLAUMIN

VANADARSINE
GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE
injectable
EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., *13, rue du Cherche-Midi, PARIS*

sant chapitre sur la *Sociologie médico-légale*. Ainsi conçu, cet excellent ouvrage ne peut que rendre service, non seulement aux spécialistes, mais aussi à ceux qui font de la médecine générale et qui, grâce à lui, pourront dépister une psychose périodique, une démence précoce, un délire d'interprétation, et prendre, incontinent, toutes les mesures que nécessitent et l'état du malade et l'intérêt de la société.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS DU KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

GÉNÉRALITÉS

On désigne sous le nom de kyste hydatique du foie une tumeur développée par greffe et évolution kystique de l'embryon hexacante de tænia échinocoque dans le foie, organe de prédilection de ce parasite.

C'est une affection très longtemps latente qui peut se manifester par une brutale complication, et dont le diagnostic souvent difficile est largement aidé par la radiologie, les épreuves de laboratoire au premier rang desquelles se place désormais l'intradermo-réaction de Casoni.

1. **Début.** — 1. *Insidieux*, c'est la règle.

2. *Brutal*, c'est rare, par une complication.

Bref, c'est le plus souvent par l'interrogatoirs qu'on retrouvera les symptômes du début de la maladie.

Dieulafoy avait insisté sur les troubles digestifs : nausées, inappétence, dégoût des graisses, diarrhée postprandiale, et sur la tendance aux épistaxis. Plus importantes seraient :

a. *Certaines manifestations douloureuses* :

Pesanteur dans l'hypocondre droit;

Névralgie intercostale;

Douleur sourde permanente dans l'épaule.

b. Mais, beaucoup plus important serait l'*urticaire* qui, survenant par poussées répétées, doit faire songer au kyste hydatique.

En réalité, *ces symptômes manquent le plus souvent*, et le premier symptôme, qui restera souvent le seul, est la *tumeur hépatique*.

2. **Etat.** — Le malade vient souvent consulter pour cette tumeur :

Soit qu'il l'ait reconnue lui-même ;

Soit que la pesanteur, les névralgies qu'elle détermine, le gênent.

Signes physiques. — C'est l'examen physique qui permet en général de soupçonner le kyste.

Les renseignements fournis variant suivant le *siège de la tumeur*, nous décrirons schématiquement :

1. Un kyste à évolution *antéro-inférieure*;
2. Un kyste à évolution *thoracique*;
3. Un kyste à évolution *abdominale*;
4. Un kyste à évolution *kyste central*.

I. **Kyste à évolution antéro-inférieure** venant faire saillie sous les fausses côtes.

C'est la forme la plus fréquente, celle aussi où le diagnostic est le plus aisé.

A. **Inspection.** — Il faut la pratiquer de face et de profil à jour frisant, en comparant les points symétriques, et l'on notera parfois l'existence d'une *voussure* épigastrique ou *déjetant en dehors les fausses côtes*.

B. **Palpation.** — Très soigneuse, elle permettra de percevoir une *tumeur*, à surface *arrondie*, *régulière*, *lisse*, absolument indolente, se distinguant du tissu hépatique par un caractère important sur lequel avait déjà insisté Trélat : *sa rénitence.*

Le bord inférieur du foie est *régulier* ou *arrondi*, *voussuré* par la tumeur.

C. **Percussion.** — Elle permet de repérer le *bord supérieur du foie* qui est *bien en place*, l'organe n'étant pas ptosé. De plus, la percussion peut révéler un signe qui serait *presque pathognomonique du kyste hydatique*, *le frémissement hydatique.*

C'est une *sensation tactile*, obtenue par la percussion unique et forte de la tumeur, la main restée en place, percevant une sensation très spéciale, comparée classiquement à la vibration d'un ressort.

Si on ausculte en même temps, on peut entendre un *bruit prolongé* et vibrant (signe de Santelli).

La pathogénie du frémissement est discutée :

a. Collision de *vésicules filles* pour les uns.

b. Il serait dû, pour Milian, à la haute tension du liquide kystique.

c. Actuellement, il semble que l'on penche vers une *théorie éclectique* : le frémissement s'obtiendrait dans des kystes bien tendus, contenant de nombreuses vésicules filles. Pratiquement, s'il est presque pathognomonique, il est très *rare*, et *c'est un symptôme sur lequel il ne faut pas compter pour faire le diagnostic de kyste hydatique.*

D. **L'auscultation** pourrait faire entendre encore quelques frottements dus à la pleurite diaphragmatique.

En somme, la *tumeur kystique* est en général le seul symptôme, et si le diagnostic est assez facile lorsqu'elle fait nettement *voussure*, il devient beaucoup plus délicat quand la tumeur se *confond avec la masse du foie.*

C'est au total un gros foie et rien de plus.

Mais c'est un gros foie :

Sans ascite;

Sans ictère;

Sans splénomégalie;

Sans signe d'ictère hépatique;

Avec bon état général, et l'on ne saurait trop insister sur l'*importance considérable* de ces *signes négatifs*.

II. **Forme supérieure à évolution thoracique.** — Les symptômes sont ici moins nets encore, et le kyste emprunte une symptomatologie respiratoire avec :

Signes fonctionnels. — Points douloureux, névralgie intercostale, toux sèche et quinteuse, parfois de la dyspnée.

A l'examen physique. — Dilatation de l'hémithorax droit.

— Abolition de vibrations locales.

— Matité absolue.

— Abolition du murmure vésiculaire.

En somme, *signes de pleurésie*, cependant qu'existent quelques signes distinctifs :

— La limite supérieure de la matité est convexe, différente de la ligne parabolique de Damoiseau.

— Mais *surtout*, il existe un contraste entre la *dilatation de l'hémithorax* et le *degré restreint de la matité.*

C'est dans ces cas que Chauffard a signalé deux symptômes : *Le ballottement sus-hépatique* et le *flot transthoracique et transabdomino-thoracique.* *(A suivre.)*

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Train rapide de wagons-lits (1re et 2e classes), Paris-Marseille. — Les rapides 3 et 4 (Côte d'Azur rapide de nuit), qui ne circulaient que pendant l'hiver entre Paris et Menton, sont maintenus toute l'année, entre Paris et Marseille. Ils sont désormais exclusivement composés de wagons-lits de 1re et de 2e classes et d'un wagon-restaurant.

Départ de Paris 19 h. 25. Arrivée à Avignon 5 h. 38, à Marseille-Saint-Charles 7 h. 32.

Départ de Marseille Saint-Charles 19 h. 30, d'Avignon 20 h. 59. Arrivée à Paris 8 h. 06.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe
R. C., 225,781 B



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano, PARIS

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R. C. PARIS 134.569

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Circulation d'un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan. — Les rapides Bordeaux-Milan et Milan-Bordeaux comportent un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan, ce qui permet d'effectuer, avec tout le confort désirable, le trajet de nuit entre ces deux villes.

Départ de Lyon-Perrache, 22 h. 58; de Lyon-Brotteaux, 23 h. 17. Arrivée à Turin, 8 h. 45; Milan, 11 h. 35.

En sens inverse : départ de Milan, 19 h. 10; de Turin, 22 h. 40. Arrivée à Lyon-Brotteaux, 6 h. 03; Lyon-Perrache, 6 h. 21.

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

MUTHANOL

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE

LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd DE STRASBOURG PARIS (10)

BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Les alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES X à XX, trois fois par jour.

COMPRIMÉS 1 à 2, trois fois par jour.

AMPOULES 1/2 à 2 par jour.

SIROP par cuillerée à café.

PRODUITS "SANDOZ", 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e

M. CARILLON, pharmacien de 1re classe

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.

DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES **SEPTICEMINE CORTIAL** 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 167.143, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un arrêté en date du 4 mai 1929 modifie les articles 228, 229, 230, 231, 232, 232 *bis*, 233, 234, du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris. Cet arrêté, que nous publierons dans notre prochain numéro, concerne les concours d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste et de stomatologiste.

Hôpitaux de province. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bernheim.

Facultés de médecine. — Paris. — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter la donation faite à ladite faculté par M. Bernard-Antoine Girard, de 3.000 fr. de rente sur l'Etat français 3 p. 100 perpétuelle.

Cette somme sera affectée à la création d'un prix de 3.000 fr. portant le nom de « Prix Girard-Martinet », à attribuer annuellement à un étudiant en médecine pourvu de douze inscriptions au minimum et poursuivant des recherches dans un laboratoire pour découvrir un médicament, un sérum ou une méthode propres à atténuer les ravages causés en France par les maladies contagieuses.

Écoles de médecine. — Reims. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le lundi 2 décembre 1929, devant la faculté de pharmacie de l'Université de Nancy.

Avis de concours. — Un concours sur titres sera ouvert à Evreux, dans le cours de la deuxième quinzaine de juin, pour la nomination d'un second médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de l'Eure.

Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. avec indemnités pour charges de famille, participation à une retraite et frais de déplacements.

Les candidats devront être âgés de moins de cinquante ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose.

(Consulter le règlement intérieur type du Comité national.)

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

— Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des cinq circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans le courant du mois de juillet 1929.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins 28 ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement de début est fixé à 33.000 fr., susceptible d'augmentation de 1.000 fr. tous les deux ans, jusqu'au maximum de 38.000 fr. Les médecins spécialisés bénéficient, en outre, des frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 fr. Les médecins mariés reçoivent une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 fr., et, le cas échéant, bénéficient des indemnités familiales.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, ancien évêché, Quimper.

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La conférence qui devait être faite au petit amphithéâtre de la Faculté par M. le professeur C. Chagas, directeur de l'Institut Oswaldo Cruz à Rio de Janeiro, sur la « Maladie de Chagas », les mercredi 29 et vendredi 31 mai auront lieu aux dates et lieux suivants :

Deuxième conférence : vendredi 31 mai, à la clinique thérapeutique médicale (Hôpital de la Pitié), à 10 h.

Troisième conférence : lundi 3 juin, à la clinique des maladies nerveuses (Hôpital de la Salpêtrière), à 10 h.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE PSYCHIATRIE ET D'HYGIÈNE MENTALE. — Séance inaugurale le lundi 3 juin 1929, sous la présidence de M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat à l'Hygiène.

A l'hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, première séance (publique), à 9 h. :

Rapport de M. le professeur Sommer : « L'introduction des méthodes objectives dans l'examen des psychopathes. »

Rapports de MM. les délégués étrangers sur le « mouvement d'hygiène mentale et d'assistance aux psychopathes dans chaque nation adhérente ».

A l'Institut international de coopération intellectuelle de la Société des Nations, Palais Royal, 2, rue de Montpensier, deuxième séance (réservée aux membres de la Conférence internationale), à 14 h.

Troisième séance (publique), à 15 h. :

Rapport de MM. les docteurs Toulouse et Dupouy : « Les services ouverts devant la législation des aliénés. »

Rapport de M. le professeur Ley : « L'organisation générale de la prophylaxie mentale. »

A l'issue de la troisième séance, un thé sera offert aux membres de la Conférence et aux invités de la Ligue d'hygiène mentale, dans le grand salon de l'Institut international de coopération intellectuelle de la Société des Nations.

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — LE PROBLÈME DE GLOZEL. — Le jeudi 20 juin, à 21 h., à la salle Pleyel, le docteur Morlet (de Vichy) fera pour la première fois à Paris et avec toute l'objectivité désirable, une conférence sur le *problème de Glozel*. Cette conférence qui sera accompagnée de nombreuses projections est organisée par et au profit du sanatorium des étudiants et étudiantes. Loges orchestre : la place, 200 fr.; balcon : la place, 40 fr.; fauteuil orchestre : réservé, 50 et 60 fr.; 1re série, 45 fr.; 2e série, 40 fr.; 3e série, 35 fr.; parterre, 20 fr.; 1er balcon : 1re série, 30 fr.; 2e série, 25 fr.; 2e balcon : 1re série, 20 fr.; 2e série, 15 fr. Il ne sera pas délivré de billets de faveur. Location à partir du 3 juin, à la salle Pleyel, de 11 h. à 17 h. 30, et au secrétariat du sanatorium, 1, rue Pierre-Curie (Ve), de 9 à 11 h.

CHRONIQUE

LE Xe SALON DES MÉDECINS (26 mai-3 juin 1929)

Le Xe Salon des médecins, toujours organisé d'une façon si heureuse par notre excellent confrère Rabier, s'est ouvert cette semaine au Cercle de la Librairie.

Ce qui caractérise cette exposition est très certainement la conscience des auteurs de toutes les œuvres exposées. Pas d'extravagances, un dessin ferme, des couleurs sincèrement observées et rendues : c'est la note dominante.

Les paysages sont bons et souvent excellents. Citons d'abord ceux de M. Hallé : *Notre-Dame, le Pont-Marie, la pointe de Saire*, tous trois délicieux, et, d'un mérite égal, ceux qu'exposent MM. Frogier et Grimbert.

Excellents aussi, les envois de M. Sénéchal : *le vieux port de Nantes, une vieille rue bretonne, le vieux navire*; de M. Phelipeau, *le pont de Chambeau, le moulin de Puynard*; de M. Léon Lortat-Jacob : *près du moulin à Nogent-l'Artaud* et *le matin à Saulchery*; de Mme Ary Chapard, des maisons sur le Loing à Moret; de M. Bocquet : *automne en pays basque*; de M. Wilborts : quatre excellentes détrempes, décoratives et vraies, où contrastent la Provence et la Bretagne; de Mlle Zabeth : deux lumineuses aquarelles, en Provence aussi; trois autres aquarelles de M. Rendu nous font passer des *gorges de l'Ardèche*, inondées de soleil, à un sombre *crépuscule sur le quai Conti*, à Paris; de M. Colin : *San Gignimano delle Belle Tore*; et de M. W. S. Dawenport : la *chapelle près de Saint-Germain* et la *chapelle près de Longjumeau*; de M. Brintet deux aquarelles, des *bords de la Saône*, enveloppées, et, pleine de lumière, la *plage de Cagnes* où l'auteur s'est souvenu du soleil de Montpellier où il commença ses études médicales.

Comme ceux de l'an dernier, les tableaux de Mlle Busquet sont remarquables, et, particulièrement, son *portrait de Mme B....*

Il faut voir aussi les trois belles allégories de M. Marc La Marche, les îles Canaries de M. Ménètrel, les maisons et [illegible] de Carantec de M. Jaugeon, et les fleurs, en tous points dignes d'éloges, de M. Barbié.

Admirons un très beau portrait de médecin, en lithographie, par M. Antoine; de Mme Flamine-Mayné une grande toile, *Le Bénédicité* plein d'intimité charmante; de M. de Hérain une gravure remarquable : *Le Berceau*.

Ne manquons pas de nous arrêter devant les deux cadres où M. Oberthur expose des croquis d'animaux qui atteignent la perfection, et, avant d'aborder la sculpture, égayons-nous devant les joyeuses plaisanteries de M. Laby.

La sculpture est particulièrement bonne, nous nous y attendions : le professeur Hayem expose des médaillons remarquables et surtout celui qui nous montre, en ronde bosse, le visage de Laennec. M. Villandre, au tout premier rang, a envoyé trois œuvres très admirées par les visiteurs du Salon : *le docteur Ameuille, trois enfants* (bustes) et *Saint Vincent de Paul* (médaillon plein d'inspiration).

On admirera également la médaille du docteur Pauchet par M. de Hérain, le *Cauchemar* par Mlle Hébert-Coeffin.

L'art décoratif est très agréablement représenté par les envois de Mlles Clément et Henne et de M. Oliviéro.

Le Xe Salon des médecins est ouvert jusqu'au 3 juin, nous ne saurions trop inviter nos lecteurs à le visiter; cette rapide revue, forcément bien incomplète, ne signale que trop peu d'œuvres parmi plus de 350 envois; nous espérons cependant qu'elle facilitera la visite de cette exposition. Rappelons qu'en prenant des billets de la tombola qui doit avoir lieu, comme l'année dernière, au profit de la Société de secours mutuels et de retraites pour les femmes et enfants des médecins, on s'associera à une bonne œuvre en s'assurant une chance de gagner une des œuvres d'art que nous venons de mentionner.

R. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR FRANÇAIS, 28 ans, nombreux remplacements, références, remplacerait confrère Marseille ou banlieue immédiate à partir du 15 juin.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul Cantonnet, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au SUC D'ORANGE
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif – Délicieux
AUBRIOT 56, Boulᵈ Ornano PARIS



Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone.
ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

CRÈME de PROTÉINES

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA
EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

ÉDIFICATION de L'ORGANISME
Nourrissons débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS
Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS DE PHYSIOLOGIE INTÉRESSANT LES FONCTIONS PEPSIQUE ET CHLORHYDRIQUE DE L'ESTOMAC

Par Lucien DELOYERS.

(*Clinique chirurgicale A, Strasbourg.*)

Dans une étude critique sur le « traitement des ulcères gastro-duodénaux » (1), le professeur Leriche a repris la question de la pathogénie de ces affections à la lumière des connaissances actuelles que nous apportent l'histologie et la physiologie.

Il est certain que parmi toutes les causes auxquelles on a attribué l'apparition de l'ulcus, l'hyperchlorhydrie est celle qui à tort ou à raison, a été la plus constamment et la plus certainement reconnue. Facteur déterminant ou simple symptôme d'accompagnement? Sa présence néanmoins s'associe selon les statistiques les moins élevées à 50 p. 100 des cas.

La question de la topographie glandulaire de l'estomac et de la détermination des zones physiologiques à sécrétion pepsique, acide ou muqueuse, reste donc toujours d'actualité et mérite d'être passée en revue rapidement dans la littérature physiologique.

Schiff (2) déjà (1856), dans ses admirables leçons sur la digestion, décrit deux espèces de glandes dans l'estomac. D'abord des glandes ramifiées, noduleuses, tapissées dans le premier tiers de leur longueur par l'épithélium cylindrique de la muqueuse stomacale et, plus dans la profondeur, cet épithélium étant remplacé par des cellules arrondies, grosses, à noyaux bien visibles.

A côté de ces premières glandes en figurent d'autres, tubuleuses également, à orifice stomacal non élargi, tapissées jusqu'en leur fond par l'épithélium de la muqueuse.

Cet auteur partageait l'opinion déjà courante à cette époque que les premières sécrétaient la pepsine; que le mucus ou « peut-être un suc acide » était émis par les secondes, mais, ajoute-t-il, le cul-de-sac des glandes dites peptiques peut également présenter une réaction acide même quand on a lavé à grande eau la surface de la muqueuse.

Suivant quelle topographie ces glandes sont-elles réparties?

Chez l'homme, les glandes peptiques occupent toute la région moyenne de l'estomac, y compris le grand cul-de-sac; la région cardiaque en est dépourvue et, à mesure que l'on s'approche du pylore, elles deviennent de plus en plus rares, sans qu'il y ait de ligne de démarcation bien tranchée. Les glandes muqueuses commencent à apparaître à une certaine distance du pylore, plus ou moins entremêlées encore de glandes peptiques; dans le voisinage immédiat du pylore il n'y a que des glandes muqueuses (2').

On trouvera la description détaillée de l'histologie de cette région avec sa terminologie actuelle dans le traité d'histologie de Prenant-Bouin, t. II, p. 800.

Pour quelles raisons attribue-t-on la sécrétion peptique aux glandes à nodosités?

Schiff en donne trois motifs :

1° Ces glandes sont seules caractéristiques de l'estomac, les autres se retrouvant dans d'autres portions du tube digestif;

2° Les districts de la muqueuse stomacale où se trouvent le plus grand nombre de ces glandes à nodosités sont les seuls qui, infusés dans l'eau, fournissent un liquide à qualités peptiques;

3° Le renouvellement et la destruction des amas de grosses cellules « paraissent coïncider avec les différentes phases digestives ».

Cette dernière assertion, émise par Frerichs (3), est controuvée par Schiff lui-même, pour être reprise pourtant dans la suite par Heidenhain, Langley et Sewall, Bensley et Théohari, sous une autre forme.

Mais l'argument le plus important est le second. Etayé par une expérimentation solide sur le chien et l'homme par Schiff, corroboré par des recherches de Koelliker et Goll sur le chat, le surmulot et le porc, il est donc permis de considérer dès cette période comme acquis que la sécrétion peptique est l'apanage du fundus, tandis que la région pylorique ne possède jamais qu'à « un degré insignifiant de pouvoir digestif » (1).

La question des territoires glandulaires et sécrétoires fut souvent soulevée depuis l'époque de Schiff et son étude maintes fois reprise. Citons :

Klemensiewicz (4) (1875) lequel eut l'idée d'isoler chirurgicalement le pylore, à la façon dont Thiry avait réalisé des abouchements d'intestin grêle à la peau. Il ne réussit jamais à conserver ses chiens plus de soixante-douze heures en vie. Néanmoins, le temps suffisait pour constater au niveau de la fistule pylorique la présence d'une sécrétion alcaline, filante, muqueuse, souvent mélangée de sang ou de pus, mais qui digérait l'albumine si on lui ajoutait une solution à 0,1 p. 100 d'acide chlorhydrique.

Heidenhain (5) (1878) reprit la technique de Klemensiewicz et grâce aux méthodes Listériennes d'antisepsie put réaliser des survies importantes de ses chiens opérés.

En se mettant à l'abri de diverses causes d'erreur, il constate et confirme les mêmes faits que l'auteur précédent, à savoir qu'il s'écoule de la fistule pylorique une sécrétion muqueuse, visqueuse, alcaline, claire comme de l'eau, qui digère l'albumine après adjonction d'acide chlorhydrique à 0,1 p. 100.

L'année suivante (6), avec une technique qui devait

---

(1) R. Leriche. Congrès français de chirurgie, 1928, *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 85, p. 1477, et n° 86, p. 1489.

(2) M. Schiff. *Leçons sur la physiologie de la digestion faites au Muséum d'histoire naturelle de Florence*, 2 vol., Paris 1876, Germer-Baillière.

(2') D'après Schiff.

(3) Frerichs. Art. digestion, *Wagner's Hand. der Physiol.*, p. 749.

(4) Klemensiewicz. Ueber den succus pyloricus, *Wiener Sitzung.*, Bd LXXI, Sitzung vom 18 märs 1875. Cité d'après Heidenhain.

(5) Heidenhain. Ueber die Pepsinbildung in den Pylorusdrüsen, *Pflug. Arch.*, Bd XVIII, p. 169.

(6) Heidenhain. Ueber die Absonderung der Fundusdrüsen des Magens, *Pflug. Arch.*, Bd XIX, p. 148.

être reprise et perfectionnée par Pawlow et Chigin, il étudie la sécrétion fundique qu'il démontre et pepsique et acide.

Akerman (7) (1895) établit aussi que le pylore émet une sécrétion contenant de la pepsine et ayant une réaction alcaline.

Enfin Pawlow (8), sans rien préciser de la sécrétion pylorique, établit par la méthode du « petit estomac » les lois rigoureuses de la sécrétion gastrique fundique.

Ultérieurement, S. Kresteff (1899), F. Klug (1902), A. S. Schémiakine (1904), confirment par des méthodes physiologiques la présence au niveau du pylore d'une sécrétion muqueuse, alcaline, agissant sur l'albumine en milieu acide, *mais avec une intensité moindre* (jusque cinq fois) que la sécrétion fundique.

Ivy (9) (1919), pratiquant une poche pylorique, à nerfs intacts, étudia systématiquement la sécrétion de cette région. Elle est épaisse, visqueuse, claire, légèrement alcaline et contient un peu de pepsine.

Dans un travail de 1921, A. C. Ivy et Yutaka Oyama (10) poursuivent l'étude du suc pylorique. Ils confirment les observations antérieures de l'un d'eux, mais n'obtiennent sur douze chiens consécutivement opérés jamais de sécrétion possédant un pouvoir pepsique.

Critiquant les résultats de leurs prédécesseurs, ils déclarent que la présence de pepsine est due à l'inclusion dans la poche pylorique chirurgicalement isolée, de fragments plus ou moins importants de muqueuse fundique et en conséquence à un mélange de la sécrétion antrale proprement dite avec celle du fond.

La conclusion générale que l'on se croit autorisé à formuler à la confrontation de ces différents travaux est, nous semble-t-il, résumée dans l'opinion des derniers auteurs.

Toutes les causes d'erreur étant éliminées, les conditions d'expériences étant soigneusement épurées, il règne une certaine unanimité parmi les chercheurs, et nous pouvons formuler avec Ivy que la région pylorique a une « sécrétion simplement muqueuse ne contenant aucune substance qui joue un rôle spécifique dans la digestion » (10).

Avant de passer à l'étude de la formation de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, terminons-en avec les propriétés de l'antre pylorique. S'il semble que la région du prépylore doivent être considérée plutôt comme une ponction vectrice de l'estomac étant donné son faible degré d'activité glandulaire, les physiologistes nous engagent cependant à la considérer comme une « zone réflexogène » jouant un grand rôle dans la genèse de la sécrétion.

Edkins (11), en 1906, quasi simultanément avec Gross (élève de Pawlow), signala l'existence d'une « sécrétine » gastrique, stimulant physiologique hormonal de la sécrétion de l'estomac.

Si l'existence de la « gastrine » d'Edkins reste discutable, si l'interprétation opposée à la précédente par Popielsky (12) peut nous laisser dans le doute également, il n'en est pas moins vrai qu'au-dessus de cette discussion d'ordre purement physiologique et interprétatif, des faits doivent nous rester très suggestifs.

Témoin cette expérience d'Edkins et Tweedy (13) :

Introduisant par le pylore un disque élastique, ils arrivent à cloisonner parfaitement le fundus de la région pylorique. Ils injectent alors dans la partie pylorique différentes substances et ils extraient par lavage le contenu du fundus. Les extraits de viande le saccharose, la dextrine et l'acide chlorhydrique, provoquent de cette manière des sécrétions actives du fundus. Les injections dans le fundus ne provoquent, par contre, aucune sécrétion active dans le fundus lui-même ni dans l'antre prépylorique.

Ces faits ne se trouvent nulle part controuvés ; ils précisent et peuvent peut-être même fournir une explication au mécanisme d'action des substances « peptogènes » de Schiff (1) ou des éléments « succagogues » de Pawlow.

Quoi qu'il en soit, pour en terminer avec la région pylorique, notons sa grande sensibilité aux excitants chimiques introduits dans l'estomac en même temps qu'un certain pouvoir de résorption de sa muqueuse — soit pour la « gastrine » d'Edkins, soit pour la « vasodilatine » de Popielsky, soit pour toute autre substance se trouvant à son niveau dans un état physique permettant la résorption.

Ce pouvoir de résorption, *si minime soit-il*, à ce niveau pourrait amener à l'explication de la particulière vulnérabilité de cette région. Sans que la chose ait été étudiée [cf. cependant Cl. Bernard (14), p. 405], elle permettrait à certaines quantités d'acide chlorhydrique de s'insinuer dans l'épithélium lui-même, d'où l'érosion localisée de celui-ci, stade initial peut-être de l'ulcération.

C'est à ce point de vue surtout que nous désirions rappeler les très intéressantes conceptions d'Edkins.

***

Si l'opinion des physiologistes est unanime à reconnaître les modalités, la nature et la répartition de la sécrétion pepsique, il n'en est pas de même au sujet de l'origine de l'acidité chlorhydrique.

Les plus anciens observateurs des questions de sécrétion gastrique (Réaumur, Spallanzani), les pre-

(7) J. H. Akerman. Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Pylorussekretes beim Hunde, *Skandin. Arch. f. Physiol.*, 1895, Bd V, p. 134.

(8) J. P. Pawlow. *Le Travail des glandes digestives*, Paris 1901, Masson.

(9) A. C. Ivy. Studies on the Secretion of the Pyloric and of the Stomach, *Proc. Amer. phys. Soc.*, in *Amer. Journ. of phys.*, 1919, n° 49, p. 142.

(10) A. C. Ivy et Yutaka Oyama. Studies on the Secretion of the pars Pylorica gastri, *Amer. Journ. of physiol.*, 1921, n° 57, p. 51.

(11) Edkins (J. S.). The chemical mechanism of gastric secretion, *Journ. of physiol.*, 1906, t. XXXIV, p. 133.

(12) Popielsky. Zur Frage der Magensekretion, *Pflug. Arch.*, 1913, Bd CLII, p. 168.

(13) Edkins et Tweedy. The Natural channels of absorption evoking the chemical mechanism of gastric secretion, *Journ. of physiol.*, 1909, t. XXXVIII, p. 263.

(14) Cl. Bernard. *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, 2 vol., Paris 1856, J.-B. Baillière.

miers expérimentateurs qui ont réalisé des fistules gastriques (Bassow, Blondlot, Cl. Bernard, Schiff), ont décrit la réaction acide du suc gastrique. Bien plus, il ne tarda pas à être démontré que la sécrétion gastrique comprenait deux éléments distincts, dont la juxtaposition était indispensable à la fonction de digestion. Il est acquis depuis longtemps que la pepsine réclame la coopération d'un milieu acide pour manifester son action spécifique de désintégration de la mollécule protéique. L'acide chlorhydrique joue ce rôle [Schmidt, Ch. Richet (15)].

On a parlé de « sécrétion » d'acide et, cherchant immédiatement un substratum morphologique à cette sécrétion, on a recherché quelles étaient les cellules de la muqueuse gastrique auxquelles on semblait pouvoir accorder ce rôle. D'où des recherches multiples dans cette voie.

Cl. Bernard (16), puis Lépine (17 et 18) démontraient déjà par de très jolies expériences — critiquées du reste — qu'il n'était pas possible de trouver, à aucun moment, de l'acide chlorhydrique dans les cellules de la muqueuse gastrique.

Si nous en croyons l'opinion des histologistes, il apparaît qu'aucun procédé de coloration ne permet de mettre en évidence la présence d'acide à l'intérieur des cellules sécrétantes.

Mais sommes-nous bien en présence d'une sécrétion? Ce mot impliquant un acte d'élaboration cellulaire active s'accompagnant de modifications histologiques mitochondriales tout à fait caractéristiques.

Il est certain que non.

La question est loin d'être résolue, mais il semble bien que l'on se trouve en présence d'échanges particuliers pour lesquels jouent les lois de pression osmotique, la perméabilité des membranes et la loi d'équilibre de Donnan.

De nombreuses hypothèses ont été émises sur ces points sans qu'une explication précise et expérimentale ait été formulée.

L'état du sang importe si nous nous rappelons qu'un régime achloruré, en diminuant le nombre d'ions (Cl) circulant, diminue du même coup l'acidité du suc gastrique. De même le remplacement du chlore alimentaire par du brome, amène au niveau de l'estomac la libération d'acide bromhydrique.

La concentration en ions H^+ du sang joue forcément un rôle fort secondaire, étant donnés les facteurs de régulations importantes (réserve alcaline, poumons, reins, etc...) mis à la disposition de l'organisme pour maintenir le pH sanguin constant.

Accessoirement il est pourtant possible d'envisager le rôle de ce facteur, car von Liebermann (19), dans le cas de la sécrétion pancréatique alcaline, montrait qu'une diminution de la concentration du sang en ions OH— (relevant donc des mêmes mécanismes régulateurs), par injection intraveineuse d'acide lactique, cause une diminution de la vitesse du flux de la sécrétion sous l'effet d'un stimulant constant.

La réaction chimique de synthèse de l'acide chlorhydrique se produit vraisemblablement à la limite cellulaire, car il est difficile de s'imaginer une réaction chimique possible — ayant ce terme acide — dans les limites des conditions compatibles avec la vie cellulaire.

Pourtant, dans cet ordre d'idées, des phénomènes aussi troublants que celui-ci sont rapportés chez certaines espèces animales (Dolinum galea) possédant des glandes à acide sulfurique produisant cet acide à une concentration de 4 à 5 p. 100 (*).

Rapkine et Damboviceanu (20) décrivent des enclaves vacuolaires de certaines cellules de la tunique d'Ascidies, contenant de l'acide sulfurique libre à un pH voisin de 2, alors que le pH du plasma de ces animaux est compris entre 7 et 7,3 et que le pH intracellulaire est voisin des mêmes chiffres. L'acide sulfurique, toujours intracellulaire, sous une forme ionisée, est rigoureusement séparé du cytoplasme par la fine membrane qui limite la vacuole.

Par quel processus cette membrane vivante se défend-elle contre un milieu aussi acide?

Ces faits révèlent quand même des potentialités cellulaires d'adaptation et de résistance à des milieux nocifs au normal développement de la vie, qu'il est intéressant de signaler sans malheureureusement pouvoir encore en imaginer le mécanisme.

Pour en revenir à l'élaboration de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, citons l'hypothèse de la perméabilité élective des membranes aux ions H^+ et Cl^-, par opposition aux autres ions [Fitzgerald (21)]. On a aussi envisagé la différence de vitesse de translation propre des ions. On sait, en effet, que l'ion H^+ est le cation le plus vite, et que Cl^- est le plus rapide des anions, OH^- excepté cependant.

La possibilité de déplacer l'acide chlorhydrique des chlorures par l'acide carbonique agissant en masse suffisante, a fait entrevoir aussi cette réaction comme le processus possible réalisé au niveau de l'estomac.

Bref, aucune certitude quant au mode de formation de l'acide chlorhydrique.

Faut-il néanmoins croire que le processus d'élaboration de l'acide appartient à une espèce cellulaire plutôt qu'à une autre, et est par conséquent limité, soit à la région des glandes pepsiques, soit à celle des glandes muqueuses pures?

Autrement dit, quelles sont les zones à formation

(15) Ch. Richet. *Du Suc gastrique chez l'homme et les animaux, ses propriétés chimiques et physiologiques*, Paris 1878, Germer-Baillière.

(16) Cl. Bernard. *Leçon sur les liquides de l'organisme*, t. II, p. 375.

(17) Lépine. Expériences sur les glandes de l'estomac, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1872, p. 221.

(18) Lépine. La réaction des cellules des glandes dites à pepsine est-elle acide? *C. R. de la Soc. de biol.*, 1873, p. 351.

(19) Von Liebermann. *Beiträge zur Physiologie der Sekretionsvorgänge*, 1911, diss. Erlangen, p. 48.

(*) Cité d'après Bayliss.

(20) Rapkine et Damboviceanu. Sur le pH intérieur de certains éléments du sang et de la tunique chez ascidia mentula, *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCIII, p. 1427.

(21) Mabel P. Fitzgerald. The origin of the hydrochloric acid in the gastric tubules, *Proc. royal Soc.*, London 1911, vol. LXXXIII p. 56.

d'acide et l'apparition de celui-ci est-elle liée à la nature des glandes et des cellules qu'on y rencontre?

Différentes méthodes ont été utilisées pour répondre à cette question.

P. Grützner (22), à l'aide d'une élégante méthode consistant à faire ingérer à des rats des aliments colorés au rouge congo, puis en congelant l'estomac de ces rats, pouvait mettre en lumière les endroits ayant subi l'action de l'acide.

H. Ahrens (23), par un procédé assez semblable, introduit dans l'estomac des ballons en séreuse péritonéale enduite d'albumine et de rouge congo. Il a constaté que la sécrétion de l'acide débute au pylore et se propage lentement vers le cardia, principalement le long de la petite courbure, la réaction de l'estomac vide étant alcaline.

Une objection naît de suite à l'énoncé de telles expériences. L'indicateur a pu ne virer à la réaction acide que dans les endroits où l'acide se trouvait à l'état libre et où il ne subissait pas l'action neutralisatrice du bol alimentaire. Nous savons en effet très bien, et c'est Grützner (22) qui un des premiers a fait remarquer la chose, que le bol est extrêmement hétérogène, surtout dans les premiers moments de la digestion. Le pylore, d'autre part, est la partie exposée aux aliments de la façon la moins permanente, puisqu'il paraît exister une sorte de sphincter fonctionnel partiel entre le fundus et l'antre.

De plus, il est de toute évidence que l'antre a une réaction acide durant la digestion, étant donné qu'il contient le chyme complètement digéré dont l'acidité elle-même conditionnerait pour certains auteurs l'ouverture du pylore.

Disons plutôt que ces méthodes portent en elles des causes d'erreurs grossières, car le fait de trouver dans une portion de l'estomac, surtout dans sa portion terminale, un milieu acide, n'implique pas que cette acidité a été élaborée sur place.

Mieux vaut rappeler des travaux dont les conclusions portent sur des faits observés à l'aide de fistules artificielles.

Nous avons antérieurement exposé les résultats de Klemensiewicz, Heidenhain et Akerman. Ils sont formels et insistent sur la formation au niveau du pylore d'un suc filant, muqueux et constamment alcalin. Seul Contejean (24) décrit la sécrétion pylorique comme étant acide et attribue les résultats des trois auteurs précédents à une atrophie de la muqueuse de la poche gastrique isolée, amenant la dégénérescence des cellules à sécrétion chlorhydrique. Cette opinion est fausse, et Ivy (1920), qui a contrôlé histologiquement la muqueuse de la poche, a pu montrer que celle-ci restait inchangée même dix mois après l'intervention, sans aucun signe d'altération cellulaire.

En réalité, Contejean incluait une portion de muqueuse fundique dans sa poche pylorique, erreur du reste souvent signalée et dans laquelle il est assez difficile de ne pas tomber quand on se rappelle qu'il n'y a pas de limite visible précise entre la région cellulaire du fundus et celle du pylore.

Ivy et Yutaka Oyoma, dans un travail déjà signalé, ont déterminé le pH de la sécrétion pylorique et l'ont trouvé limité entre 7 et 7,5.

Pawlow — dont nous n'avons malheureusement sous les yeux actuellement que l'édition française résumant les travaux de son école durant les dix dernières années du siècle dernier — ne semble pas préoccupé de préciser la nature ou le lieu de la sécrétion chlorhydrique.

Son « petit estomac » pratiqué, pour des raisons techniques facilement compréhensibles, au niveau de la grande courbure, lui donne toujours une pepsine activée et nous n'avons relevé nulle part le terme d'hyperchlorhydrie mais bien d'hypersécrétion.

La chose se conçoit d'autant mieux que Pawlow mesure l'activité de la sécrétion non à son degré d'acidité, mais à son pouvoir protéolytique évalué par la méthode de Mett.

Dans un cas d'ulcère spontané du « petit estomac » (25), il constate « concurremment à son développement une hypersécrétion » et non une hyperchlorhydrie, ou du moins il n'en fait pas mention.

Il est donc impossible de tabler sur les enseignements du grand physiologiste pour confirmer le point de vue précédent dans la question qui nous occupe.

Un dernier ordre d'argument sera trouvé dans les résultats obtenus par les méthodes chimiques.

J. Lopez-Suarez (26), se livrant à des dosages des muqueuses du pylore et du fundus en chlore, a constaté que la muqueuse fundique en contenait proportionnellement davantage.

Résultat intéressant et que l'on peut interpréter en disant que l'acide chlorhydrique se forme en majeure partie dans la portion fundique, si l'on admet, a priori, que cette accumulation de chlore dans la muqueuse constitue une réserve de matière première nécessaire à l'élaboration de cet acide.

En résumé donc, il est admis, et c'est là une conclusion fort importante, que la partie pylorique de l'estomac ne possède, à aucun moment de la digestion, la faculté de libérer de l'acide chlorhydrique.

Deux questions du plus grand intérêt restent néanmoins encore sans réponse :

1° Y a-t-il un rapport entre la structure histologique des glandes pepsiques — qui constituent la formation cellulaire typique de l'endroit où naît l'acide chlorhydrique — et l'élaboration de cet acide?

Où la sécrétion pepsique des glandes du fond conditionnerait-elle la formation de l'acide? Si celle-ci, d'autre part, est indépendante de la structure histologique des cellules, pourquoi ne naît-il pas d'acide dans le pylore?

2° Ce qui revient, autrement dit, à poser la ques-

(22) Grützner. Ein Beitrag zum Mechanismus der Magenverdauung, *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1905, t. XVI, p. 403.

(23) H. Ahrens. Eine Methode zur funktionnellen Magenuntersuchung, *Centralbl. f. Physiol.*, 1907, t. XX, p. 338.

(24) Contejean. Sur les fonctions des cellules des glandes gastriques, *Centralbl. f. Physiol.*, 1892, p. 648.

(25) Pawlow. Loc. cit., p. 275.

(26) J. Lopez-Suarez. Zur Kenntnis der Salzsäurebildung im Magen, *Magen. Bioch. Zeit.*, 1912, t. XLVI, p. 490.

tion de savoir quel est l'excitant physiologique déterminant la formation de l'acide chlorhydrique.

La question est fondamentale, et sa réponse nous donnerait la clé de la pathogénie ultime de l'hyperchlorhydrie et en même temps une arme thérapeutique sérieuse pour lutter contre elle.

Le problème se présente encore sans doute sous maints autres aspects, mais ils nous entraîneraient trop loin du but précis que nous poursuivons aujourd'hui.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MAI 1929)

Sur la respiration en milieux suroxygénés. — M. Bounhiol. Les belles expériences de Ch. Achard, Léon Binet et Albert Leblanc laissaient sans réponse la question du déterminisme exact de la mort rapide des animaux en milieux suroxygénés. M. Bounhiol a repris ces expériences sur des cobayes.

Elles lui ont montré que la reprise des oxydations est mécaniquement impossible parce que l'air oxygéné à 80 p. 100 et au delà ne permet pas la reprise des vitesses circulatoires fonctionnelles normales ou subnormales qui dissiperaient les états congestifs correspondants. Ceux-ci persistent, la mort survient par asphyxie totale dans une atmosphère de O presque pur, parce que le sang d'abord, les tissus ensuite ne peuvent plus le fixer.

Le traitement des états asphyxiques devra dorénavant s'inspirer de ces notions nouvelles et ne jamais comporter l'application prolongée, à la pression atmosphérique, de mélanges dont la teneur en O dépasse 40 ou 50 p. 100.

(SÉANCE DU 27 MAI 1929)

Sur les résultats thérapeutiques donnés par un nouveau sérum antistreptococcique. — M. H. Vincent. « Si, du point de vue immunologique, le streptocoque a un pouvoir antigène moindre que n'en ont chez le cheval d'autres microbes pathogènes, cette propriété n'en est pas moins réelle lorsqu'on s'adresse à des races spéciales de streptocoques, entretenues dans des milieux où ils donnent des cultures très riches et de forte vitalité. De très faibles doses initiales de culture peuvent alors amener la mort du cheval.

Le sérum antistreptococcique que j'ai préparé a donné des résultats thérapeutiques qui méritent d'être signalés. Il a déterminé des guérisons inespérées dans des infections très graves, à pronostic considéré comme mortel.

Aux doses moyennes et quotidiennes de 80 centimètres cubes, ce sérum a amené dans l'érysipèle à forme maligne (hyperthermie, ataxo-adynamie, délire, albuminurie, hématurie) la chute brusque de la fièvre en vingt-quatre ou quarante-huit heures, avec disparition des symptômes locaux et généraux.

En voici des exemples. Jeune homme atteint d'érysipèle de la face, étendu ensuite à la nuque, aux *membres supérieurs* et *à la totalité du dos. Oligurie très prononcée*, albuminurie, *prostration, perte de connaissance, facies figé, fixité du regard, état catatonique. Incontinence d'urines*. Peu après, *myocardite*, dyspnée, pouls incomptable. *Escarre sacrée*. Le malade est considéré comme perdu.

Il a cependant guéri après injections, d'abord intraveineuse, puis sous-cutanée, de sérum. « L'amélioration a été très rapide, presque à vue d'œil. »

L'érysipèle ombilical du nouveau-né, dont le pronostic est presque toujours mortel, peut également céder au sérum. Chez un nouveau-né dont l'état était extrêmement grave, et dont la température avait atteint 42 degrés, la première injection de 10 centimètres cubes de sérum fit descendre en vingt-quatre heures la température à la normale. Cet enfant guérit en quelques jours.

La fièvre puerpérale cède le plus souvent avec une grande rapidité, lorsqu'elle est soumise à la sérothérapie précoce.

Bien qu'il y ait eu d'abord une amélioration évidente et précoce, le sérum n'a pas amené la guérison dans deux cas de septicémie à streptocoques et d'endocardite lente à *streptococcus viridans*. Peut-être les doses de sérum ont-elles été insuffisantes. Mais il a déterminé la guérison d'une jeune femme atteinte de *septicémie* bactériologiquement vérifiée par l'hémoculture (*S. hemolyticus*), ayant succédé à un accouchement pénible avec hémorragie massive, shock, pouls à 180, imperceptible, violents frissons et hyperthermie. Cette malade reçut dix injections de sérum antistreptococcique.

Ainsi qu'il a été dit, dans les localisations streptococciques traitées par le sérum, on observe souvent la défervescence en vingt-quatre à quarante-huit heures. Mais il est nécessaire de maintenir les malades sous l'influence du sérum pendant encore trois ou quatre jours. Chez deux femmes atteintes de fièvre puerpérale à streptocoques, la disparition complète en vingt-quatre heures, sous l'influence de la sérothérapie, de la fièvre et des symptômes infectieux, avait laissé croire à la guérison définitive. Malgré mon conseil, on cessa l'emploi du sérum. Or, ces deux malades, non traitées complètement, ont succombé à un retour brusque d'infection. Par contre, si on reprend sans tarder les injections de sérum antistreptococcique, la fièvre s'éteint de nouveau et la guérison est assurée.

La même constatation a été faite dans l'érysipèle malin (température 41°1, délire violent alternant avec stupeur, albuminurie intense, œdème de la glotte, etc.). Une nouvelle injection a arrêté net une récidive inquiétante.

Ces faits ont la signification d'une contre-épreuve expérimentale. Ils confirment d'une autre manière l'activité spécifique du sérum dans les infections qui relèvent du streptocoque.

Dans les formes graves, le sérum doit être injecté par la voie intraveineuse. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MAI 1929)

Applications du sérum de bovidés jeunes à la thérapeutique infantile. — Mme le docteur G. Pouchet-Souffland présente une note relative aux excellents résultats obtenus dans le traitement des états infantiles (rachitisme, athrepsie, adénopathies multiples, adénopathies tuberculeuses suppurées) par l'emploi à doses répétées de sérum de bovidés jeunes.

Dans ce travail, l'auteur fait ressortir l'intérêt tout particulier que cette médication présente relativement aux suppurations, soit d'origine bacillaire, soit aiguës, que ces dernières remontent à plusieurs mois ou se présentent très récentes.

Le docteur G. Pouchet-Souffland rapporte, entre autres, la guérison de deux cas de mastoïdite qui suppuraient depuis une année.

Dans ce travail, l'auteur présente plus de cinquante observations.

Troubles régulateurs de la glucose dans la parotidite épidémique. — MM. Mironesco, Nicolicesco et Stefanesco-Dina.

Fonctionnement de la crèche dépositaire des Enfants-Assistés et de l'Abri maternel des Bouches-du-Rhône en 1928. — M. Cassoute.

Élection d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). — Classement des candidats : en première ligne, M. Le Noir; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lereboullet, de Massary, Rathery, Ravaut et Rist; adjoints par l'Académie : MM. Crouzon, Laignel-Lavastine et Loeper.

Au premier tour de scrutin, M. Le Noir obtient 50 voix sur 69 votants; M. Ravaut obtient 12 voix; M. de Massary, 4 voix; M. Rist, 3 voix.

M. Le Noir, médecin honoraire des hôpitaux, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 MAI 1929)

A propos d'un syndrome neuro-anémique traité par la méthode de Whipple. — M. CROUZON, à propos de la récente communication de M. Dereux, considère que l'évolution n'est pas, dans ce cas, fatalement progressive, et cite à ce propos un cas dans lequel il semble que l'évolution des accidents nerveux est arrêtée, l'auteur surveillant le malade depuis deux ans.

Syndrome de Stokes-Adams. Rétrécissement aortique. Endocardite végétante sous-aortique. Mort subite. — MM. A. LEMIERRE et Maurice RUDOLF rapportent l'histoire d'un homme qui fut admis à l'hôpital après avoir présenté pendant trois semaines de la fièvre, de la toux et de la dyspnée. On constata chez lui un souffle systolique s'étendant sur toute l'aire cardiaque et une bradycardie régulière à 34 par minute. Le lendemain de son admission, le malade présenta deux crises convulsives et mourut subitement par syncope. A l'autopsie, on constata une très grosse dilatation des cavités cardiaques, un rétrécissement aortique ancien et une grosse végétation endocarditique récente implantée sur la face gauche de la partie supérieure de la cloison interventriculaire. La mort a été provoquée par des phénomènes d'ischémie cérébrale déterminés, soit par une exagération de la bradycardie, soit par un arrêt du débit sanguin par l'aorte en raison de l'oblitération du canal sous-aortique due à l'endocardite végétante.

Etude, à propos d'un malade, du diagnostic d'infarctus du myocarde. — MM. P. LÉCHELLE, BERGENSTEIN et BOUCOMONT présentent un malade atteint en pleine santé d'une série de signes qui firent soupçonner chez lui l'infarctus du myocarde : douleur précordiale atroce, à début foudroyant, paroxystique, irradiant dans les membres supérieurs, fièvre modérée, signes d'insuffisance cardiaque très accusés, effondrement de la tension artérielle.

Les auteurs ont trouvé dans les modifications des tracés électrocardiographiques des éléments qui corroborent ce diagnostic : allongement de P. R., bifidité et élargissement des complexes ventriculaires en D_2 et D_3, inversion de T en D_2 et précession en D_2 et D_3 de cet accident par un segment curviligne (onde coronarienne de Pardel).

Azotémie aiguë postarsenobenzolique avec rétention chlorurée. — MM. Etienne MAY, M. KAPLAN et M. BOLGERT communiquent une observation d'azotémie aiguë consécutive à une injection de 0g30 de novarsénobenzol. Sans qu'il y ait eu anurie véritable, le taux de l'urée sanguine monta jusqu'à 5g26 et ne rétrocéda que très lentement; la malade finit cependant par guérir. Cette azotémie s'accompagnait d'une rétention chlorurée à 7g12 malgré l'existence de vomissements abondants.

L'action des lysats vaccins polymicrobiens administrés par injection sous-cutanée ou par voie intranasale sur les manifestations et complications respiratoires de la grippe. — MM. Ch. FLANDIN et L. DUCHON ont pu, par l'emploi précoce des lysats vaccins polymicrobiens, dès la période d'invasion de la grippe, empêcher les complications bronchiques et pulmonaires d'infection secondaire habituelle.

A propos de deux cas d'agranulocytose chez des syphilitiques, dont l'un survenu après traitement par le bismuth. — MM. AUBERTIN, BLANKSTEIN et LEHMANN rapportent deux cas d'agranulocytose rapidement mortelle chez des syphilitiques jeunes et bien constitués, traités, l'un par l'acétylarsan et le bismuth, et l'autre par le bismuth seul et n'ayant pas eu de traitement par le novarsénobenzol depuis plusieurs années.

Guérison ou rémission exceptionnelle dans trois cas de méningites tuberculeuses traitées par l'allergine. — MM. A. JOUSSET et PÉRISSON présentent trois adultes guéris respectivement depuis cinq mois, sept mois et deux ans d'une atteinte de méningite tuberculeuse bien caractérisée et confirmée par toutes les réactions bactériologiques possibles.

Les auteurs attribuent la guérison, en partie à l'hypovirulence du bacille responsable de la maladie, mais ils estiment qu'elle est surtout le fait du traitement nouveau appliqué à ces sujets, qui a consisté en injections d'allergine, substance soluble extraite du bacille de Koch.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 MARS 1929)

Une station thermale de Grèce : les eaux de Loutraki. — M. ATHANASSOULAS (d'Athènes). Il y a deux sortes d'eaux de Loutraki :

1° Une première classe qui sont bicarbonatées, chlorurées, sodiques, radio-actives;

2° Une deuxième classe qui sont magnésiennes, alcalines.

Ces eaux étant diurétiques, éliminant l'urée et les chlorures sont tout à fait indiquées pour les affections de la nutrition et celles du tube digestif.

L'auteur donne ensuite une étude générale détaillée sur la cholestérinémie, uricémie, azotémie.

Traitement du diabète par le pétrole. — M. ARTAULT DE VEVEY, ayant constaté que des tuberculeux glycosuriques, auxquels il donnait des préparations par injections, à base de pétrole, avaient une réduction dans le taux de glucose éliminé a pensé traiter systématiquement les diabétiques glycosuriques par le pétrole : ses essais ont été couronnés de succès.

Voici les formules utilisées :

1° Soit en ingestions : donner 1 à 2 grammes de pétrole par jour, en capsules de 50 centigrammes, et de préférence au milieu des repas;

2° En injections : faire des injections de 5 à 10 centimètres cubes par jour d'une solution à 10 p. 100 de pétrole dans de l'huile d'olive stérilisée.

L'auteur conclut que l'action du pétrole dans le diabète glycosurique peut être comparée à l'action de l'insuline.

Les problèmes de la guérison, du mariage et du traitement des syphilitiques. — M. Marcel PINARD expose les raisons qui lui font penser que la syphilis est une maladie parfaitement guérissable, surtout quand elle est traitée dès le début.

Avec l'arsénothérapie surtout, les échecs ne tardent pas à se révéler quand la stérilisation a échoué. Au contraire, nombreux sont les malades traités et observés depuis de longues années, surtout à la période préhumorale, qui n'ont jamais connu de sérologie positive, qui ne présentent aucun signe clinique, et dont les réactions céphalo-rachidiennes sont normales.

Aussi, l'autorisation médicale du mariage doit être accordée quand le malade bien traité et surveillé, ne présente plus par tous les moyens d'investigation, actuellement connus, aucun signe de la maladie.

Dès qu'un signe positif indique que la maladie existe encore chez un individu, l'autorisation médicale ne doit pas être accordée; dans le cas contraire, pour limiter les conséquences désastreuses, le médecin insistera, pour que le malade révèle à son futur conjoint la maladie dont il est atteint.

Le traitement le plus efficace est resté, sans aucun doute, l'arsénothérapie à doses fortes, à séries successives, avec des repos courts.

Il faut croire à la guérison de la syphilis, enseignés par les faits, prouvée par la clinique, les examens de laboratoire, les réinfections syphilitiques authentiques qui n'ont apparu qu'après la mise en œuvre de thérapeutiques puissantes, et qu'on ignorait avec l'ère mercurielle, et aussi par les réactions de descendance minutieusement observées.

Il faut croire à la guérison de la syphilis, car le médecin qui n'y croit pas est mal armé pour l'obtenir.

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1929)

Hémorragie intestinale grave arrêtée par une transfusion citratée de 40 centimètres cubes. — M. Georges ROSENTHAL, a pu juguler une hémorragie intestinale grave par une transfusion minime citratée. A cette occasion il oppose le sang dit « pur » qui subit à sa sortie des vaisseaux des altérations des hématoblastes, et le sang immédiatement stabilisé par le citrate qu'il dénomme sang « intact ».

Le romarin dans les maladies de foie. — MM. G. PARTURIER et Paul ROUSSELLE, signalent les bons effets cholagogues, et comme excitant de la cellule hépatique, des infusions à 5 p. 100 de romarin prises à jeun, et avant les repas, selon l'emploi qu'en font les Marocains. Diverses observations avec contrôle de la méthode par la sonde d'Einhorn montre le bien-fondé de celle-ci.

Note sur le marrube blanc dans les affections bronchiques. — M. Henri LECLERC signale la triple action : fluidifiante, expectorante et désinfectante de la préparation pilulaire d'extrait hydro-alcoolique de marrube blanc, à la dose de 0g60 à 1 gramme *pro die* (pilules de 0g10 chaque), dans les affections bronchiques aiguës et chroniques surtout.

Il signale également les effets antithermiques du marrube blanc dans la fièvre typhoïde et les effets cardio-toniques particulièrement utilisés dans les arythmies à la façon de la quinidine.

L'aérocolie « pelote hypogastrique », son action sur la dilatation de l'estomac. — MM. G. LEVEN et G. BARRET, montrent comment l'aérocolie, soulevant l'estomac fait disparaître le symptôme « douleur signal », décrit par l'un d'eux, et comment ce symptôme reparaît à certaines heures du jour, lorsque l'aérocolie est diminuée ou supprimée. Il résulte de cette observation clinique, confirmée par l'examen radioscopique, des possibilités d'erreurs de diagnostic pour qui ignore cette éventualité. Il en résulte encore des erreurs de thérapeutique dans les cas où aérocolie et dilatation atonique coexistent, comme il arrive parfois ou encore chez les malades ayant des vomissements graves ou incoercibles au cours de la grossesse, comme l'un d'eux l'a démontré.

En pratique dans ces cas spéciaux, le traitement du début modifie si rapidement l'aérocolie qu'il faut tout d'abord la supprimer et rechercher alors si la dilatation atonique est agissante. Un échec thérapeutique découlerait d'un examen insuffisant n'ayant pas mis en évidence une dilatation existante.

Louis DUBRISAY

Nous avons appris avec une vive peine la mort du docteur Louis Dubrisay, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, décédé le 25 mai dernier à l'âge de 66 ans.

Notre regretté confrère était le fils du docteur Jules Dubrisay, ancien interne des hôpitaux, membre du Conseil supérieur d'hygiène et du Conseil de surveillance des hôpitaux, qui avait fondé à Paris le premier dispensaire pour enfants. Décidé à suivre la carrière paternelle, Louis Dubrisay fut l'élève de Terrillon, de Budin et de Tarnier dont il devait être le dernier chef de clinique. Il acquérait bientôt comme accoucheur une grande notoriété que justifiaient son habileté professionnelle et sa haute culture médicale. Tous les praticiens ont entre les mains le *Précis d'accouchements* qu'il a publié en collaboration avec le professeur Jeannin : il laisse en outre de nombreuses publications, parmi lesquelles nous citerons sa thèse sur la *Version dans les bassins rétrécis*, des articles sur la *Constipation et la stercorrhémie dans l'état de grossesse*, sur l'*Emploi de l'hypophyse en obstétrique*, etc.

En 1892, Dubrisay était interne de Proust à l'Hôtel-Dieu quand survint une épidémie de choléra. Le dévouement dont il fit preuve à cette occasion lui valut la médaille des épidémies. Vingt ans après, lorsqu'éclata la guerre, il était dans l'apogée de sa carrière. Bien qu'affranchi par son âge de toute obligation, il n'hésita pas à prendre du service et à solliciter son envoi dans les formations de l'avant. Pendant les combats de 1916, il était à Verdun, médecin-chef d'un hôpital dont il dut en février assurer l'évacuation sous le bombardement ennemi. Peu de temps après, il était affecté au centre de gazés d'Epernay, qu'il devait à nouveau évacuer lors des dernières offensives allemandes. Sa conduite en ces circonstances lui valait une citation à l'ordre de l'Armée, la Croix de Guerre, la médaille de Verdun, et bientôt aussi la décoration de la Légion d'honneur.

La guerre avait été pour lui une rude épreuve : néanmoins, dès la fin des hostilités, il reprenait l'exercice de sa profession : jusqu'en 1925, sa clientèle fut plus nombreuse que jamais, et il fut certainement à cette époque un des accoucheurs les plus occupés de Paris. Mais l'âge était venu, s'ajoutant aux fatigues d'une carrière épuisante. Il fut atteint d'une terrible maladie, qui pendant de longues semaines mit ses jours en danger. Et cependant, grâce à son exceptionnelle vigueur, grâce à l'admirable dévouement de sa femme et de ses médecins qui étaient ses amis, il se rétablissait avec une rapidité que personne n'osait espérer. Sa guérison fut presque miraculeuse : mais par un rare scrupule il décida d'abandonner sa profession, craignant de ne pas retrouver au moment du besoin la plénitude de ses moyens physiques. Tous ceux qui l'ont entouré dans ses dernières années ont pu voir la douce opiniâtreté avec laquelle il savait résister soit à d'anciennes clientes qui venaient demander ses soins, soit aux confrères qui sollicitaient l'assistance de son expérience et de son talent.

Dubrisay vient de mourir après une courte maladie. Ses confrères conserveront le souvenir d'un praticien habile, d'un clinicien éclairé, d'un homme d'une grande bonté et d'un ami fidèle. GEORGES ROUHIER.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (9 au 14 juin 1929) organisées par la *Revue médicale française*, sous le haut patronage de M. le Président de la République.

Comité d'organisation. — Président : M. le professeur P. Delbet, professeur de clinique chirurgicale, membre de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : M. le professeur Sergent, professeur de clinique à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; M. le professeur Desgrez, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut; M. le médecin général Lévy, directeur du service de santé militaire au ministère de la guerre.

Commissaire général : M. le professeur Balthazard, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire général : M. le docteur Léon Tixier, médecin de l'hôpital de la Charité.

Trésorier : M. le docteur Léon Giroux, médecin de l'hôpital Foch.

Membres du Comité : MM. les chefs de rubrique de la *Revue médicale française*; secrétaire général : M. le docteur Paul Descomps, médecin de l'hôpital Foch.

Avantages accordés aux médecins français et étrangers adhérents et à leur famille. — L'adhésion aux Journées médicales (versement de l'une des cotisations) donne droit :

1° A participer à toutes les démonstrations cliniques ou conférences faites dans les hôpitaux ou au Palais des Expositions :

Tous les matins des 10, 11 et 12 juin, démonstrations pratiques dans les cliniques de la Faculté, les hôpitaux publics et privés; opérations chirurgicales, etc. Un programme détaillé sera remis à chaque adhérent.

Tous les après-midi : visite de l'Exposition au Palais des expositions de la ville de Paris et grandes conférences d'actualité dans la salle des conférences du Palais des expositions :

Le lundi 10 juin, à 15 h. — M. le professeur Pierre Delbet : Du rôle biologique des sels halogènes de magnésium.

Le lundi 10 juin, à 16 h. — Conférence par M. le professeur Maranon (de Madrid) : Les accidents graves des surrénalites aiguës. Symptômes et traitement.

Le mardi 11 juin, à 15 h. — Conférence par le docteur Jean Charcot : Le *Pourquoi-Pas?* à la recherche du *Latham*, avec projections.

Le *Le mardi 11 juin*, à 16 h. — M. le professeur Sergent : Bronchectasies abcédées et abcès pulmonaires bronchectasiants.

Le mercredi 12 juin, à 15 h. — Docteur Lesné : Causes et traitement du rachitisme.

Le mercredi 12 juin, à 16 h. — Professeur Leclerc (de Lille) : L'examen médical pré-nuptial.

Le vendredi 14 juin, à 15 h. — Au Bourget, démonstration d'aviation sanitaire, sous la présidence de M. le ministre de l'Air.

Deux conférences seront faites au cours des Journées.

a. M. le médecin-colonel Beyne, du ministère de l'Air : la sélection médicale du personnel navigant dans l'aéronautique militaire;

b. M. le médecin-colonel Schickelé, de la section technique du Service de santé : Sur les conclusions adoptées par le premier Congrès de l'aviation sanitaire.

2° A l'entrée permanente à l'Exposition au Palais des expositions (Porte de Versailles), sous le patronage officiel de M. le ministre du Commerce (livres, instruments, médicaments, eaux minérales, etc.), par le Comité français des expositions, 42, rue du Louvre.

Exposition importante du matériel sanitaire par le Service de santé militaire.

3° Au catalogue-programme officiel des Journées médicales :

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 *de Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam



Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.

FORMULE

Iode	0.01
Cholestérine	0.10
Cinnamate de Benzyle	0.05
Eucalyptol	0.05
Goménol	0.05
Gaïacol	0.05
Huile stérilisée. 1c.c.	5

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Échantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3ᵉ) - Téléphone: Archives 08-27

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

magnifique volume illustré avec plans de l'exposition, portraits, gravures, etc.;

4° Au numéro spécial que la *Revue médicale française* consacrera aux comptes rendus des Journées médicales de Paris;

5° A participer au tirage au sort gratuitement entre les adhérents à 50 fr. d'une automobile 5 CV Peugeot 1929;

6° A assister gratuitement à une réception avec partie de concert et goûter au Palais des expositions le dimanche 9 juin à 15 h., et le même soir, à 8 h., à une représentation de gala à l'Opéra : *Lohengrin*; le mardi soir, 11 juin, à une représentation de gala dans un grand théâtre de Paris.

7° A prendre part le jeudi 13 juin à l'excursion d'une journée en autos-cars de luxe dans la vallée de Chevreuse avec visite des châteaux de Versailles (Trianon), de Dampierre, de l'abbaye des Vaux-de-Cernay. Déjeuner servi à Versailles par la maison Potel et Chabot. Réception et goûter aux Vaux-de-Cernay, par M. le docteur Henri de Rothschild. Places limitées. Prix tout compris : 70 fr.

8° A effectuer le vendredi 14 juin le voyage d'une journée au Touquet-Paris-Plage par train spécial : déjeuner au Casino de la forêt. Thé dinatoire. Concert. Prix tout compris : 85 fr. Places limitées.

9° A faire à prix très réduits divers voyages dans des stations hydro-minérales (Cévennes, Pyrénées, Vichy, stations d'Auvergne, stations des Vosges, etc.).

10° Pour les dames, en plus des avantages ci-dessus : réceptions-thés chez deux grands couturiers : maison Rouff et maison Worth; visites et conférences dans les musées Carnavalet, Victor-Hugo et dans le muséum (collections du duc d'Orléans, Vivarium).

11° Pour tous : avantages dans certains hôtels et restaurants (liste envoyée à chaque adhérent):

12° Voyage à demi-place sur tous les réseaux de chemins de fer français. Billet individuel au départ d'une gare française.

Dernier délai : 25 mai, instructions détaillées envoyées à chaque adhérent.

Compagnies de navigation et voyage en avions : réduction de 10 à 20 p. 100.

13° Pour les officiers de réserve. — Les médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration du Service de santé, inscrits préalablement aux Journées médicales, pourront recevoir une convocation pour une période d'instruction, sans solde, d'une durée de six jours et bénéficier du voyage à quart de place sur les chemins de fer.

14° Pour les visas de passeports : tarif de faveur, 1 franc-or pour le séjour n'excédant pas quinze jours; 5 francs-or au-dessus de quinze jours.

Cotisations. — La cotisation est fixée à :

50 fr. pour les médecins français et étrangers, ainsi que pour les étudiants étrangers participant aux Journées médicales de Paris (seule cotisation permettant de participer au tirage au sort de l'automobile 5 CV Peugeot).

20 fr. pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français.

20 fr. pour les femmes ou enfants des membres des Journées médicales.

Secrétariat. — Le secrétariat sera ouvert au Palais des expositions, à partir du samedi 8 juin, à 14 heures. Les membres des Journées médicales pourront y retirer leurs cartes d'invitation et tous documents utiles.

Adhésions. — Les médecins qui désirent prendre part aux Journées médicales sont priés de retourner la carte ci-jointe à M. le docteur Léon Tixier, secrétaire général, au Siège social 18, rue de Verneuil, en indiquant le nombre des personnes de leur famille qu'ils amèneront. Prière de lui adresser également le montant des cotisations par chèque, mandat-poste ou chèque postal n° 1155-60, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Troubles des échanges nutritifs dans la tuberculose pulmonaire (1), par R. Monceaux, docteur ès-sciences, lauréat de l'Académie de médecine, chef de laboratoire à l'hôpital Cochin.

Dans cet important ouvrage l'auteur a rassemblé l'ensemble de ses travaux sur la nutrition des tuberculeux, travaux qu'il poursuit depuis bien des années dans son laboratoire de l'hôpital Cochin, à Paris.

Ce livre est un véritable livre de polémique car les nouvelles théories de Monceaux sur la tuberculose sont exactement l'opposé des idées courantes du monde médical sur la nutrition des tuberculeux.

On croyait en effet que le terrain tuberculeux était caractérisé par des oxydations organiques exagérées et des échanges nutritifs considérablement augmentés. Une telle intensité des combustions amenait ainsi rapidement la consomption du malade : c'est ainsi que l'on expliquait l'amaigrissement du tuberculeux. Un autre point important de la théorie officielle c'était la déminéralisation et la décalcification considérées comme résultant de l'exagération des combustions.

Avec un luxe impressionnant d'arguments tirés de la physiologie et de la chimie biologique, grâce à de multiples dosages effectués par les procédés les plus perfectionnés, Monceaux démontre que toutes ces idées sont fausses et reposent sur des erreurs. Sa théorie est exactement l'inverse : les tuberculeux ont une nutrition ralentie et des oxydations très diminuées; on ne peut être plus catégorique.

Cette conception explique les améliorations obtenues par le traitement des cures d'air, les bons résultats donnés par cette médication oxydante qui étaient en contradiction absolue avec la théorie des échanges exagérés deviennent ainsi tout à fait clairs.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 4 juin. — Jury : MM. P. Duval, président; Claude, J.-L. Faure et Lecène. — M. Jablow. Alcoolisme et épilepsie. — M. Dragomiresco. Etude sur la grossesse extra-utérine. — M. Farach. L'infarctus hémorragique de l'intestin. — M. Frémont. Le traitement par la cure de Vichy des troubles digestifs.

Mercredi 5 juin. — Jury : MM. Roger, président; Villaret, Tanon et Duvoir. — M. Aletru. La destruction des ordures ménagères par incinération. — M. Bezançon. Fonctions internes du rein.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Panisset et Robin. — M. Daviaud. Une épizootie de grippe équine.

Jeudi 6 juin. — Jury : MM. Carnot, président; Nobécourt, Binet et Donzelot. — M. Kaplan. Recherches sur les variations des plaquettes sanguines.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Lecène, Tanon, Moussu, Robin, Bresson, Coquot et Panisset. — M. Bazin. Etude de l'infection puerpérale chez la génisse. — M. Dumont. Les fistules chez les animaux. — M. Mourot. Clinique de la morve chronique.

(1) Un volume 450 pages avec 12 microphotographies, dont 8 hors-texte, en couleur. — Prix : 50 fr. — Saint-Cloud, Girault, éditeur, 3, place de l'Eglise.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



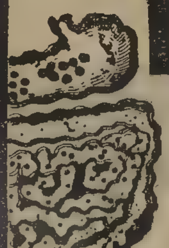
NESTLÉ

FARINE LACTÉE

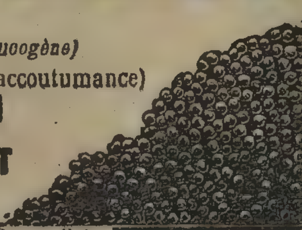
Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inaltérable, complètement assimilable, soigneusement malté à l'avance.

Sté NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN
(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)
AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE
AROMATISÉS à l'ANIS
GRAINS ANISÉS de
CHARBON TISSOT
Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.



AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs) par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)
Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)
ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT
DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.
DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES



ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

PEPTONATE DE FER ROBIN
Gouttes - Vin - Élixir
ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer **DEUX COMPRIMÉS** de Bulgarine ou boire un verre à madère de **BOUILLON** de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

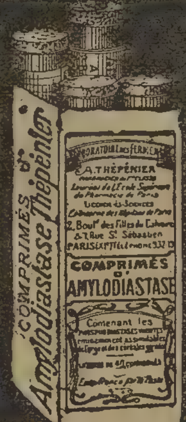
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer **DEUX COMPRIMÉS** d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accord de réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve pratique.* — Séance du 30 mai. — MM. Ordioni, 8; Pelizza, 10; Delapchier, 14; Quivy, 3; Porcher, 10.

Electrologie. — *Epreuve pratique.* — MM. Boissy, 7; Beau, 11; Serrand, 13; Desgrez, 15.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par arrêté du directeur général de l'Assistance publique à Paris, Mlle le docteur Roussy est nommée médecin assistant de l'hôpital marin de San Salvadour, à partir du 1er juin 1929.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour un emploi de médecin adjoint à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le jeudi 25 juillet 1929, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les candidats devront être âgés de moins de 55 ans et adresser leur demande un mois au moins avant l'ouverture du concours à M. le ministre du Travail et de l'Hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau), 7, rue Cambacérès, à Paris (VIIIe).

ÉCOLE D'APPLICATION DE MARSEILLE DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — La chaire de chimie, pharmacie, toxicologie est déclarée vacante à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues à l'article 9 du décret du 22 août portant organisation de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état signalétique et des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 15 octobre 1929, au plus tard.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Breuil (Henri), professeur à l'Institut de paléontologie humaine, est nommé professeur titulaire de la chaire de préhistoire du Collège de France.

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Un concours sur titre pour un emploi d'inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Pyrénées est ouvert à Tarbes jusqu'au 15 juillet 1929.

Pour les conditions, consulter le *Journal officiel* du 31 mai 1929, p. 6066.

VOYAGES MÉDICAUX AUX PYRÉNÉES. — Deux voyages médicaux seront organisés en 1929, sous le patronage de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne. Leur programme est particulièrement intéressant et instructif à divers points de vue :

1° *Voyage Cévennes-Pyrénées.* — Concentration à La Malou le 16 juin. On peut rattacher ce voyage aux Journées médicales de Paris (9-14 juin). En ce cas, on prendra la voiture directe qui partira de Paris le 15 à 17 h., et arrivera à La Malou le 16 à 8 h.

Du 16 au 19 juin, visite des Cévennes, des Gorges du Tarn, de l'Aven-Arman et de la Cité de Carcassonne.

Du 19 au 25 juin : Font Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Luchon, Superbagnères, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

26 juin, Lourdes (pèlerinage Catalan). Dissociation du voyage (voiture directe pour Paris le 27 à 17 h. Arrivée le 28 à 8 h.).

2° *Voyage Pyrénées-Océan.* — Concentration à Périgueux, le 8 septembre (voiture directe de Paris, départ à 7 h. 42, arrivée à 16 h.). Les stations préhistoriques du Périgord.

Du 10 au 18 septembre : Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Luz, Argelès, Eaux-Bonnes, Pau, Cambo, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, Saint-Sébastien, Bayonne, Salies-de-Béarn, Dax, Arcachon.

Du 19 au 21 septembre : Bordeaux. Excursions dans la région des vignobles et en mer. Le 21 septembre : dissociation du voyage (voiture salon pullman pour Paris à 17 h. 23, arrivée à 24 h.).

Ces voyages sont réservés aux médecins et à leurs familles. Le nombre des adhérents est strictement limité. Les séjours seront assurés partout dans les meilleurs hôtels. Les transports seront effectués en auto-cars, de La Malou à Lourdes et de Bagnères-de-Bigorre à Dax. Des conférences avec démonstrations sont prévues dans toutes les stations.

Pour tous renseignements, écrire à la direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

A L'OCCASION DU CONGRÈS NEUROLOGIQUE, le docteur de Martel et le docteur Cl. Vincent feront, avant les séances du Congrès, des démonstrations neuro-chirurgicales. Elles auront lieu le mardi 4 et le mercredi 5 juin, à la Clinique neuro-chirurgicale, 219, rue Vercingétorix, à 9 h., et le mardi 4, à 14 h. 30, à l'hôpital de la Pitié (service 5), 83, boulevard de l'Hôpital.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Dimanche 26 mai, a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine la 67e Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. le docteur Bellencontre, président.

70 Sociétés départementales avaient envoyé des délégués à cette réunion, chargés de donner leur avis sur les questions d'entr'aide et de solidarité professionnelle qui étaient portées à l'ordre du jour.

M. le Président Bellencontre, réélu pour une nouvelle période de cinq ans, leur a souhaité la bienvenue dans son discours d'ouverture. Il les a remerciés de cette marque de confiance dont il s'efforcera d'être digne et a évoqué le souvenir de tous les disparus et des généreux bienfaiteurs de l'Association grâce auxquels plus de 300.000 fr. de pensions ou de secours sont distribués, chaque année, aux vieux médecins dans la gêne, aux veuves et aux orphelins.

Les questions de l'ordre des médecins, de la patente et de l'encombrement médical ont fait l'objet de discussions intéressantes, clôturé par un ordre du jour exprimant le vœu qu'à la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'ordre des médecins l'Association générale soit représentée.

A 20 h., dans les Salons du Foyer médical, un banquet de 120 couverts réunissait, sous la présidence de M. le docteur Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail et de l'Hygiène, les invités de l'Association et les présidents et délégués des Sociétés locales.

Au dessert, M. le docteur Bellencontre remercia en termes choisis et délicats M. Oberkirch et toutes les personnalités qui avaient honoré de leur présence ce banquet confraternel et les représentants de nos Sociétés qui, chaque année, nous apportent l'appui de leurs conseils et de leur influence locale pour la prospérité de l'œuvre que nous poursuivons.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Vendredi 24 mai, à 9 heures du soir, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du docteur Hartenberg, l'assemblée générale du S.M.S.

Séance importante, étant données les questions à l'ordre du jour et notamment celle des assurances sociales; car des décisions prises vont dépendre la libre et utile collaboration du Corps médical parisien au fonctionnement de la loi.

Après approbation des comptes du trésorier (exercice 1928 l'assemblée adopte les statnts de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, projet depuis longtemps à l'étude et dont la réalisation, maintenant prochaine, va permettre une action concertée et énergique pour la défense des intérêts généraux de la profession dans le département de la Seine.

On aborde ensuite la discussion des trois questions posées par la Confédération des syndicats médicaux de France, en vue de son assemblée extraordinaire du 2 juin. Ces questions sont :

1° Les assurances sociales; 2° l'ordre des médecins; 3° la loi des pensions.

Assurances sociales. — *A l'unanimité* le S. M. S. décide de ne pas collaborer à la loi actuelle des assurances sociale, tant que cette loi et son règlement d'administration publique n'accorderont pas au Corps médical les conditions qu'il estime indispensables pour la qualité des soins donnés aux assurés, pour l'indépendance et la dignité du médecin, pour la science médicale française, pour là moralité publique.

Ces conditions sont les suivantes :

1° Respect du secret professionnel;

2° Liberté de thérapeutique et de prescription;

3° Habilitation par un organisme central, médical, des syndicats médicaux aptes à contracter avec les caisses;

4° Libre choix et entente directe (absence de tout tarif contractuel et paiement direct en espèces par le malade) comme mode exclusif des rapports entre assurés et médecins;

5° Libre choix obligatoire des établissements d'hospitalisation privés;

6° Représentation normale et suffisante du Corps médical dans les différentes commissions prévues par la loi.

7° Contrôle des soins exclusivement médical.

Ordre des médecins. — Le S.M. S. accepte le projet élaboré par la Commission du droit syndicaliste de la Confédération des syndicats médicaux, déclarant que l'ordre doit être fait d'accord avec les syndicats et non contre eux.

Loi des pensions. — Le S. M. S. accepte *provisoirement* le relèvement des tarifs offert par l'administration, pour les visites et consultations, mais constate que ces relèvements sont insuffisants en ce qui concerne l'indemnité de déplacement dans les villes, et inexistants pour les visites de nuit, des dimanches, les tarifs des spécialistes, les indemnités des commissaires, etc., tous points sur lesquels notre action devra se poursuivre en vue de leur réalisation.

Enfin, l'assemblée générale a approuvé le rapport de MM. Sénéchal et Colanéri, demandant au S. M. S. d'adhérer à la C. T. I.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTEUR FRANÇAIS, 28 ans, nombreux remplacements, références, remplacerait confrère Marseille ou banlieue immédiate à partir du 15 juin.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Cibalgine

AMPOULES
Remplacent la morphine dans les 3/4 des cas

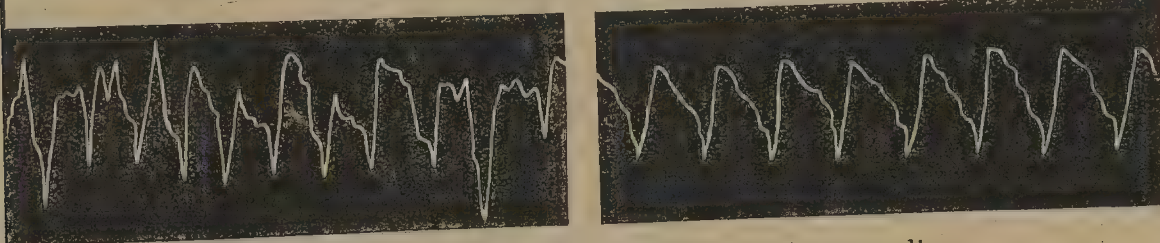
Sédation de la Douleur sans alcaloïdes

COMPRIMÉS
Céphalées et toutes algies

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON. 249

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique
Médicament toni-cardiaque ingérable et injectable



Arme puissante et fidèle pour combattre la défaillance cardiaque, les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses — Injection indolore vite résorbée

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

GARDENAL

PRÉSENTÉ EN COMPRIMÉS DOSÉS A UN CENTIGRAMME DE PRODUIT ACTIF

La présentation sous forme de comprimés à un centigramme de produit actif **spécialement réalisée pour la thérapeutique infantile**, convient également pour la thérapeutique dite : **« à doses réfractées »**, chez les adultes.

La méthode des **« doses réfractées »** est employée dans le traitement des phénomènes vasculaires à formes spasmodiques, ainsi que dans les spasmes des fibres musculaires lisses.

Rentrent dans ces phénomènes les manifestations des :

MIGRAINES — HYPERTONIE — ANGINE DE POITRINE

LARYNGOSPASMES — ASTHME BRONCHIQUE

POSOLOGIE : Thérapeutique infantile.... : 1 à 4 centigrammes par jour;
Thérapeutique pour adultes : 1 centigramme toutes les heures pendant la veille. Cesser naturellement le traitement pendant le sommeil. Dose maxima : vingt centigrammes par vingt-quatre heures.

Les Établissements POULENC FRÈRES

PARIS (3e). — 86 à 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e).

R. C. : Seine 5.386

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES -- ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX -- PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LES RÉACTIONS NEURO-VASCULO TISSULAIRES EN CLINIQUE

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Sous ce nom de réactions neuro-vasculo-tissulaires je me propose d'étudier à nouveau les réactions fonctionnelles cliniquement appréciables dans les tissus interstitiels, que j'ai tenté ailleurs (1) de décrire et d'interpréter. Elles sont de deux ordres :

1° Les unes indiquent un trouble humoral atteignant la lymphe. Dans les mailles des tissus interstitiels apparait l'infiltrat, distinct de l'inflammation et des œdèmes véritables, communément appelé « cellulite ». Dans les voies du drainage lymphatique, vaisseaux et ganglions présentent l'engorgement simple sans l'inflammation, qui caractérise les adéno-lymphangites.

2° Les autres témoignent d'une réaction du système nerveux végétatif : ce sont, outre les troubles vaso-moteurs, connus de tous, la rétraction, bien moins étudiée, des tissus interstitiels. Cette dernière fixe sur place infiltrat et engorgement lymphatique, et peut être considérée comme le véritable mécanisme régulateur de la circulation blanche, au même titre que les réactions vaso-motrices représentent celui de la circulation rouge.

Ainsi comprises, les réactions neuro-vasculo-tissulaires sont, à chaque instant, mises en jeu par tout ce qui peut agir sur le fonctionnement de notre organisme, et, dans les divers états pathologiques, ces réactions interviennent pour enrichir le tableau clinique de nombreux symptômes, sans elles inexpliqués. Leur connaissance permet donc une interprétation plus exacte des troubles morbides et assure au diagnostic et au traitement un guide fidèle et précis.

Pour exposer les syndromes cliniques attribuables aux réactions neuro-vasculo-tissulaires, il nous semble commode de procéder par régions. Nous envisagerons donc successivement : 1° les syndromes cervico-céphaliques; 2° les syndromes para-vertébraux; 3° les syndromes thoraco-abdominaux; 4° enfin, les réactions neuro-vasculo-tissulaires dans les membres.

I

Syndromes cervico-céphaliques. — Ils sont constitués par quatre ordres de symptômes diversement combinés, ce sont : 1° la céphalée; 2° les troubles vaso-moteurs; 3° les troubles laryngés; 4° les troubles mentaux.

1° Céphalée. — C'est la céphalée cellulitique, dont nous avons, ailleurs, décrit les caractères et modalités (2). Elle se présente sous deux aspects principaux : la forme facio-cervicale, et la forme cranio-nucale. La première est surtout due aux petites infections naso-buccales, y compris celles des cellules ethmoïdales et des sinus frontaux et maxillaires. Elle est discontinue, paroxystique, lancinante, souvent névralgiforme. En pinçant la peau, dont on fait rouler le pli entre les doigts, on constate des bouffissures inégalement réparties, prédominant vers le siège de l'infection, où elles deviennent plus douloureuses, plus dures, adhérentes à l'os. On trouve, de plus, des traînées de grains cellulitiques orientés suivant le drainage lymphatique et aboutissant aux ganglions péricarotidiens et prétransversaires. Toute irritation de l'infiltrat détermine une poussée congestive avec chaleur, sueur locale, distension des tissus et leur rétraction douloureuse. Au contraire, toute manœuvre agissant sur l'engorgement lymphatique diminue l'infiltrat et apaise la douleur; l'accalmie dure jusqu'à récidive de l'engorgement lymphatique. Notons, enfin, que les crises sont surtout provoquées par l'infiltrat immédiatement adjacent aux vaisseaux sanguins, spécialement en leur point de bifurcation, et à l'émergence de leurs branches. L'irritation d'un minuscule grain de cellulite occupant un point réflexogène suffit pour déterminer les crises les plus violentes, alors que d'énormes ganglions, plus superficiels et sans rétraction tissulaire ne provoquent aucun malaise. Ceci explique l'intensité des douleurs déterminées par de minimes infections localisées, si difficiles, parfois, à dépister, alors que de grosses suppurations sont beaucoup mieux tolérées. Chez plusieurs patients antérieurement atteints de névralgie du trijumeau, j'ai pu observer la cellulite dans les territoires anesthésiés par injections tronculaires d'alcool ou radiculotomie rétro-gassérienne, douleur et cellulite présentent, ici, leurs caractères cliniques et leur évolution habituelle, non modifiés par l'anesthésie cutanée.

La seconde variété, ou céphalée cranio-nucale, est celle des neurasthéniques, dyspeptiques, intoxiqués, par insuffisance du foie et des reins. Les malades accusent une pesanteur alourdissant crâne et nuque, jusqu'aux épaules, ne cédant que par moments et plus désagréables qu'intense. Parfois, cependant, si la cause est une petite infection du sinus sphénoïdal, ses recrudescences s'accompagnent de paroxysmes aussi violents que dans la céphalée facio-cervicale. A l'examen on trouve l'infiltrat dur, diffus, de la nuque et de la région occipitale, avec cuir chevelu dur, épaissi, collé aux os, spécialement au niveau des sutures. Les parties infiltrées sont froides au palper et leur refroidissement gêne les malades, toute irritation détermine une poussée congestive avec réchauffement des tissus. Modérées, ces poussées congestives soulagent, plus fortes, elles exaspèrent douleur et nervosisme. Toute manœuvre diminuant l'engorgement lymphatique fait céder l'infiltrat; sa résorption commence par la base du cou, pour remonter progressivement vers l'occiput et les tempes. A mesure que l'infiltrat diminue, on peut percevoir l'engorgement profond des ganglions des gouttières vertébrales et de la région scalénique. Sa disparition permet d'obtenir l'assouplisse-

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 3 mai 1928, n° 28.
(2) *Revue neurol.*, 1923, t. I, p. 18 et *Concours méd.*, 28 nov. 1926, n° 48, p. 3053.

ment du cuir chevelu et la sédation de la céphalée. Des douleurs névralgiformes peuvent irradier suivant les branches nerveuses qui montent, derrière l'oreille, vers l'occiput, si elles sont irritées par la cellulite.

2° **Troubles vaso-moteurs.** — Ils consistent en crises de vaso-dilatation ou de vaso-constriction de la face et du cou.

Les crises de vaso-dilatation appartiennent, surtout, aux sujets à vaso-motricité facilement excitable, qui, pour la moindre cause, choc émotif ou irritation de l'inervation végétative, rougissent avec ou sans chaleur, et sueur, battements artériels exagérés. Chez ces malades, j'ai noté, d'anormales variations de la pression artérielle avec hyperexcitabilité et instabilité du cœur et du pouls. Les mêmes crises peuvent s'observer dans les affections du névraxe, surtout celles intéressant la région comprise entre l'écorce cérébrale et la moelle dorsale. La moindre excitation des parties latérales du cou détermine chez ces prédisposés, une crise vaso-motrice facio-cervicale. Toute pression légère, dirigée vers les carotides et les apophyses transverses, la détermine aussi bien que les crises de congestion et de rétraction des parties infiltrées ou engorgées. On arrête, d'ordinaire, la crise en attirant en avant et en dehors, à plusieurs reprises, l'extrémité interne de la clavicule, ou, simplement, la peau qui la recouvre.

Chez d'autres malades, la crise vaso-motrice s'oriente vers la vaso-constriction, avec pâleur et refroidissement de la face, et, parfois, de tout le corps. Le patient accuse un étourdissement et craint de tomber, on peut noter quelques mouvements convulsifs.

L'une et l'autre forme s'accompagnent d'autres signes d'irritation nerveuse végétative : rétraction tissulaire prétrachéale et épigastrique, avec angoisse, agitation, crises congestives du foie et de la rate. Les signes avertisseurs de la crise sont : la rétraction locale des tissus, avec chaleur et sueur locales. Au contraire, le phénomène de la chair de poule est inconstant, variable. Enfin, la crise peut être provoquée par l'excitation de points réflexogènes éloignés, irritant les plexus solaire, cœliaque, hypogastrique, etc. En irritant un infiltrat réflexogène situé à l'abdomen, ou même aux membres, on peut provoquer la crise vaso-motrice facio-cervicale. Quelquefois, la crise de congestion facio-cervicale s'accompagne de tension du globe oculaire, qui devient chaud, pesant, endolori, avec trouble momentané de la vision. Ces petits phénomènes glaucomatiformes, qu'exaspèrent, après une détente momentanée, la physiothérapie, localisée sur le globe oculaire, cède au traitement de l'engorgement lymphatique cervical, en même temps que les autres troubles congestifs.

Certaines plaques rouges du nez, des joues ou de toute autre partie de la face ou du cou, peuvent, de même, céder avec l'infiltrat facio-cervical, qui en était la cause.

3° **Troubles laryngés.** — Le plus connu est la toux quinteuse par engorgement des ganglions lymphatiques trachéo-laryngés (toux récurrentielle). Signalons encore les crises congestives avec dysphonie, dyspnée, les modifications de la voix produites par l'enraidissement des muscles moteurs du larynx : chevrotement, difficulté d'émettre successivement des sons de tonalité différente, ou par condensation des tissus péri-laryngés : voix blanche, sans timbre, sourde, sans vibrations. L'infiltrat de la base de la langue gêne l'entrée de l'air dans le conduit laryngo-trachéal, d'où, insuffisance respiratoire avec ses conséquences physiques et morales : gêne de la nutrition générale, parfois, cyanose, torpeur. Enfin, certains sujets ont des crises de spasme laryngo-trachéal, avec rétraction des parties molles voisines, d'où dyspnée asthmatiforme, que fait immédiatement cesser la détente des tissus rétractés. A ces troubles peuvent s'adjoindre douleur et crises vaso-motrices.

4° **Troubles mentaux.** — L'infiltrat cranio-nucal s'accompagne, d'ordinaire, de torpeur, avec difficulté d'exprimer la pensée, élocution pénible, fatigabilité visuelle, bourdonnements d'oreille, troubles du sommeil, surtout dans les positions qui mettent en tension les muscles et l'infiltrat de la région scalénique. Les poussées d'infiltrat, les crises vaso-motrices et de rétraction tissulaire rendent, trop souvent, les malades hargneux et de caractère difficile. Ils deviennent tracassés et tracassiers, avec des sautes d'humeur imprévues. Chez les anxieux, on peut, souvent, à volonté provoquer des crises d'angoisse, en déterminant, par irritation locale, ou par migration trop brusque d'un infiltrat descendant dans la région carotidienne, la rétraction tissulaire des régions sus-claviculaire et sterno-costale. La détente des rétractions met fin à la crise anxieuse.

Certes, tous ces troubles sont de nature fort complexe, mais ce qu'on ne saurait trop souligner en pratique, c'est la façon remarquable et immédiate dont on peut les modifier en régularisant les réactions fonctionnelles neuro-vasculo-tissulaires. Il est aisé de comprendre combien troubles vaso-moteurs, rétraction tissulaire et engorgement lymphatique peuvent influencer la nutrition et le fonctionnement de l'encéphale et irriter le sympathique et le vague dans leur traversée du cou. Par exemple, nombre d'affections intracraniennes s'accompagnent, fait trop méconnu, d'engorgement des ganglions lymphatiques cervicaux. Or, en dégageant, en particulier, ceux de la région scalénique et des gouttières vertébrales, on obtient, parfois, des améliorations motrices nettes et, suivant immédiatement, l'amélioration du drainage lymphatique du cou. Chez certains hémiplégiques, les ganglions cervicaux du côté opposé à la paralysie étant engorgés, il suffit de les dégager pour que l'amplitude des mouvements volontaires soit aussitôt accrue; d'autre part, dans l'encéphalite épidémique, on sait combien intense et tenace est l'infiltrat cervical qui persiste longtemps, l'infection éteinte. On constate un mélange de boufissures et de rétractions tissulaires, variant d'un malade à l'autre, avec engorgement des ganglions

lymphatiques cervicaux. Il est, en général, facile de reconnaître les divers symptômes que nous venons d'étudier; l'amélioration de l'infiltrat, des rétractions et de l'engorgement lymphatique les atténue. Mais, ici, le traitement est rendu particulièrement difficile par les incessantes petites poussées inflammatoires qui rendent les tissus extrêmement irritables, avec exagération considérable des réflexes d'innervation végétative.

Tels sont les symptômes qui, coïncidant avec des modifications spéciales des parties molles, disparaissent, lorsque ces modifications n'existent plus. Ces dernières se présentent à l'examen objectif sous trois aspects :

1° Le type infectieux caractérisé par la présence de ganglions lymphatiques augmentés de volume, tendus ou mous, un peu douloureux à la pression. Leur localisation à certains groupes peut servir à orienter le diagnostic vers une infection localisée. Les parties molles voisines présentent un infiltrat plus ou moins diffus et étendu, donnant l'impression de grains inégaux, mal limités, disposés en traînées suivant les voies de drainage lymphatique, et donnant au palper l'impression de coulées de bougie. Ou bien il s'agit de périadénite œdémateuse plus diffuse et répartie plus régulièrement autour des lymphatiques. Cet infiltrat est souvent un peu douloureux à la pression qui provoque aisément des battements artériels et la rétraction tissulaire. L'infiltrat devient alors plus dur, ou plus turgescent, tant que dure la crise d'irritation nerveuse, après quoi, il reprend ses caractères primitifs.

La nature de l'infection peut donner à l'infiltrat interstitiel et à l'engorgement lymphatique un cachet spécial. On connaît la plaque indurée que laissent après soi, un anthrax, une injection hypodermique irritante, une suppuration circonscrite, ayant traîné en longueur. Elle est formée d'un infiltrat cellulitique, avec poussées congestives et crises d'enraidissement rétractile douloureux; en la dissociant, on la réduit en d'innombrables petits éléments cellulitiques, dont la résorption, quand elle est possible, amène la guérison.

Nous avons indiqué, ailleurs, la dureté et la cohésion spéciales à l'infiltrat des syphilitiques, l'intensité, la diffusion et la tenacité de l'infiltrat des colibacilloses avec rétractions tissulaires particulièrement douloureuses et réflexogènes. Enfin, on est en droit de suspecter une tuberculose torpide, forme Poncet, en présence de ganglions mous, avec périadénite à grains souples, irréguliers, sur lesquels les tissus se rétractent à la moindre occasion, par crises qui peuvent être abominablement douloureuses et se reproduire tant qu'on n'a pas réduit l'infiltrat et l'engorgement ganglionnaire.

2° Le type toxique est caractérisé par la présence d'un infiltrat étendu, régulier, œdématiforme, plus ou moins dur, suivant son abondance et la résistance des tissus au gonflement. Il est indolore et moins sujet que la variété précédente aux crises congestives et de rétraction tissulaire. Etiologiquement, il va de l'œdème angioneurotique aigu de Quincke, et de la maladie des sérums, d'une part, aux bouffissures molles, variables d'un moment à l'autre, des intoxiqués par insuffisance du foie et des reins. d'autre part. L'engorgement lymphatique existe, mais masqué par l'abondance de l'infiltrat, et non plus au premier plan, comme dans le type infectieux.

3° Le troisième type a les caractères de l'œdème de l'innervation végétative. Tantôt, c'est la bouffissure diffuse, congestive, très irritable et sujette, pour la moindre cause, à de violentes crises congestives et de rétraction douloureuse.

C'est l'œdème dit sympathique, celui de la causalgie semble bien n'en être qu'une exagération; il prédomine d'habitude au niveau des gaines périvasculaires, autour des carotides et jugulaires. Dans bien des cas, il apparaît provoqué par une cellulite très réflexogène, et qui peut être absolument minime; sa disparition entraîne immédiatement celle de l'œdème.

D'autre fois, l'œdème nerveux a les mêmes caractères et localisations, mais avec cette différence que la rétraction tissulaire l'emporte sur la congestion. Toute irritation détermine l'algidité locale, ou même généralisée au thorax et à l'abdomen, avec rétraction intense des tissus, pâleur, angoisse, bradycardie.

Chacun de ces trois aspects objectifs peut se rencontrer isolément à l'état de pureté. Mais, nous avons dit que le type infectieux peut s'accompagner de signes d'irritation nerveuse végétative. Inversement le type nerveux est, d'ordinaire, déterminé par un petit reliquat infectieux. La bouffissure toxique s'accompagne souvent de petites infections. Aussi, en pratique, c'est un mélange des trois types que l'on observe habituellement avec prédominance de l'un d'entre eux et des variations incessantes, suivant les conditions biologiques du moment.

En confrontant l'aspect objectif des tissus avec les troubles morbides qu'ils occasionnent, on s'aperçoit vite qu'à tel ou tel caractère objectif correspondent les troubles morbides variables, suivant le tempérament nerveux, congestif, lymphatique, etc., propre à chaque sujet. Ce qui importe surtout pour établir un lien entre les uns et les autres, c'est, d'une part, la coïncidence des deux et, d'autre part, la subordination des troubles morbides aux modifications objectivement constatées dans les tissus. L'étude des variations cliniques et surtout l'épreuve du traitement sont ici les meilleurs guides.

En résumé, la céphalée, ayant les caractères de la céphalée cellulitique, les troubles vaso-moteurs, laryngés ou mentaux, que nous avons indiqués, sont attribuables aux réactions neuro-vasculo-tissulaires-cervico-céphaliques. Dans les tissus interstitiels apparaissent infiltrat et engorgement lymphatique, indices d'un trouble humoral causé par un traumatisme, une infection, une intoxication. Par irritation neuro-végétative, ces réactions humorales déterminent les troubles vaso-moteurs et la rétraction tissulaire, que peuvent également causer les émotions et les troubles affectifs.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS

LES ENSEIGNEMENTS D'UNE RÉCENTE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE (ANGLETERRE 1929)

Un événement s'est produit, il y a quelques semaines déjà, qu'annonça la presse de grande information sans heureusement susciter dans le grand public de notre pays l'énorme émotion qu'on eût pu redouter. Les jours ont passé, le danger a disparu, il est maintenant permis de faire le point; le risque fut grand en vérité et l'on peut comprendre la préoccupation des autorités responsables. Les récits imaginatifs nous évoquent de temps à autre par la plume de quelque Wells ce qui se passe dans un pays où un fou ou un anarchiste a répandu le germe de quelque infection dangereuse; l'infection dangereuse ici s'est répandue sur le continent; le plus angoissant était que le nombre des porteurs de contagion pouvait être grand et qu'en raison des circonstances on ne pouvait jalonner leur parcours que par la contagion qu'ils auraient déjà semée. Si le tourbillon a passé parmi nous sans laisser plus de traces c'est à la qualité réfractaire d'un milieu qu'il faut l'attribuer.

***

Un paquebot anglais le *Tuscania* a séjourné à Bombay du 4 au 14 mars, à un moment où une épidémie sévissait dans cette ville (1). Le 14 mars, il appareillait avec 1.117 passagers et 437 hommes d'équipage tous anglais. Une vaccination ou revaccination de précaution fut, paraît-il, offerte à ce moment par le commandement du bord avec le plus complet insuccès.

Le 22 mars il touchait à Suez et à Port-Saïd où il débarquait respectivement 21 et 14 passagers; il en chargeait 19 dans ce dernier port et repartait pour Marseille.

Depuis le 17 mars séjournait à l'infirmerie du paquebot un marin de l'équipage admis pour fièvre céphalée, angine intense. Le 20 mars avait apparu une éruption érythémateuse qui dès le lendemain s'étendait à tout le corps en même temps que la prostration s'accentuait. Le médecin du bord n'y reconnut pas un rash variolique, non plus du reste que deux passagers du *Tuscania*, médecins eux aussi, appelés en consultation, ni les médecins des ports de Suez et de Port-Saïd. En raison de l'intensité de l'angine le malade reçut du sérum antidiphtérique et le voyage continua.

A Marseille débarquèrent 457 passagers, soit le tiers de l'effectif transporté, qui s'acheminèrent par voie de terre vers leurs destinations respectives et le navire repartit pour Gibraltar (escale du 29 mars) où il débarqua 10 passagers et en reprit 9, pour Liverpool (1er avril) où il débarqua 651 passagers et 176 hommes d'équipage, avant d'aller terminer son voyage au port de Glasgow (4 avril au soir).

(1) D'après la réponse du secrétaire d'État pour l'Inde à un membre de la Chambre des Communes, la dernière épidémie de variole à Bombay remontait aux semaines précédentes (du 1er janvier au 18 mars 1929, 368 décès).

Le malade cité plus haut dont l'état s'était aggravé fut débarqué à Marseille et admis à l'hôpital britannique où on l'isola. Les symptômes observés firent reconnaître une variole grave et moins de vingt-quatre heures après le débarquement, le décès survenait.

La Santé de Marseille avisa aussitôt Liverpool et par T. S. F. le *Tuscania* lui-même qui avait appareillé dans l'intervalle. On procéda aussitôt à bord à la revaccination de tous les occupants du navire; l'opération était terminée lorsqu'on arriva à Liverpool.

Dès le 18 mars il semble qu'un second malade ait été présent à bord; il ne fut débarqué qu'à Liverpool où l'on porta pour la première fois le diagnostic de variole; variole qui fut légère semble-t-il.

Chose plus remarquable, deux autres passagers soignés à l'infirmerie du bord en même temps que le malade mort à Marseille — l'un d'eux lui ayant même occasionnellement servi d'infirmier — demeurèrent indemnes.

A l'arrivée à Glasgow on pratiqua l'examen médical de tous les passagers; aucun ne présentait à ce moment de symptômes suspects.

Ces deux cas ne devaient malheureusement pas demeurer isolés. Si les voyageurs laissés à Gibraltar et qui n'ont plus fait parler d'eux semblent être demeurés bien portants, si l'on peut aussi penser qu'un bon nombre des passagers débarqués à Marseille et dont il n'a plus été question ont échappé, il n'en reste pas moins que la succession rapide des événements n'avait pas permis de prendre à temps toutes les précautions ni d'isoler non plus que de prendre en surveillance tous les sujets devenus suspects. C'est ainsi qu'un de ces voyageurs fut, quelques jours après, retrouvé à Paris et hospitalisé parce qu'atteint lui-même d'une variole qui ne paraît pas du reste avoir été particulièrement grave.

Les conditions de la vie à bord sont cependant à tel point favorables aux transmissions contagieuses qu'on pouvait concevoir de sérieuses craintes quant au nombre des sujets infectés et d'autant plus à même de transmettre la contagion qu'on avait perdu leurs traces.

En ce qui concerne les passagers débarqués à Liverpool de même que ceux débarqués à Glasgow les dispositions conformes aux règlements britanniques furent prises et la surveillance médicale put s'exercer sur eux pendant le temps nécessaire.

En ce qui concerne le navire les dispositions utiles furent prises et il ne semble pas qu'il ait été l'origine d'une transmission indirecte (1).

Un autre navire le *Mashobra* venant également des Indes aurait vers la même époque transporté des varioleux, moins gravement atteints du reste, et pour lesquels l'isolement pratiqué à temps semble avoir enrayé le développement d'une épidémie.

***

L'histoire médicale de cette épidémie ne se ter-

(1) L'ensemble de ces détails est extrait du rapport officiel du Medical Officer of Health de Glasgow.

mine malheureusement pas avec la traversée; la lecture des journaux médicaux anglais, sans donner le détail des événements, permet d'en reconstituer l'ensemble.

Le détail des observations cliniques de la plupart des sujets atteints nous est et nous demeurera sans doute toujours inconnu; le nombre des cas identifiés est de 45 ayant donné lieu à *7 morts soit 15,50 p. 100.*

Tous les sujets présents à bord après le passage à Marseille furent vaccinés ou revaccinés, sauf 3 qui s'y refusèrent. Pour la plupart on ignore l'histoire vaccinale antérieure. Mais même parmi les passagers vaccinés à bord avec succès des cas de variole se sont produits ce qui implique l'existence d'une infection antérieurement en incubation.

Les divers cas ont été de gravité inégale puisque parmi eux les rapports officiels se sont dans certains cas contentés de relever l'aspect de l'éruption : très discrète, discrète, abondante, confluente. Dans un cas, même, on a eu affaire à une forme ambulatoire.

La virulence du germe n'en a pas moins été dans d'autres cas extrême comme le prouvent la contagion indirecte dans un cas et le nombre appréciable des formes hémorragiques reconnues. Le taux de mortalité incontestablement élevé a de plus été comme nous le verrons une surprise pour les milieux anglais et n'a pas peu contribué à créer l'émotion.

Dans les divers cas, le début clinique s'échelonne entre le 1er et le 10 avril. Un seul est apparu le 18; c'est un cas résultant sans doute possible d'une contagion indirecte qui ne s'est exercée que sensiblement plus tard.

Pour tous les autres cas le ou les agents contagionnants d'origine ont donc été présents à bord entre le 22 et le 29 mars; leur influence s'est exercée, sur les passagers, les matelots, les maîtres d'hôtel et le personnel des machines. Les rapprochements de dates permettent aussi de penser que les débarquements de Marseille n'ont pas été sans influence sur la cessation des cas à bord.

Les seuls cas pour lesquels nous ayons pu retrouver des documents cliniques sont les suivants :

I. Une femme de vingt-huit ans, enceinte de quatre mois, voyage sur le *Tuscania* de Port-Saïd à Liverpool. Elle n'a jamais été vaccinée depuis la vaccination du premier âge. Le 5 avril elle est atteinte de malaise général avec fièvre et douleurs lombaires que l'on attribue à sa grossesse. L'avortement se produit le 8 avril; la rachialgie persiste. La mort survient le lendemain 9; elle présente à ce moment un rash purpurique des deux aines et des aisselles, quelques taches sur l'avant-bras droit et des hémorragies sous-conjonctivales.

II. Son mari tombe malade le 9 avril et présente un rash dont la tendance confluente est nette dès le début. Il meurt à l'hôpital le 16 avril.

III. Une femme de vingt-neuf ans enceinte de six mois et demi revient en Angleterre par le *Tuscania* sur lequel elle est revaccinée avec succès. Elle tombe malade chez elle dans la soirée du 9 avril : céphalée frontale intense, rachialgie. Le 11 son état est déjà grave : sur tout le tronc existe un rash scarlatiniforme; à la partie inférieure de l'abdomen des macules nombreuses. Le 12 l'éruption a bruni, des papules se montrent sur la face et les membres. Dans la soirée du lendemain expulsion d'un fœtus qui meurt aussitôt.

Le 14 toxémie profonde; l'éruption a pris une teinte livide; quelques pétéchies apparaissent autour de l'ombilic; on trouve des vésicules sur l'abdomen et aux poignets. Il se produit alors des hémorragies buccales, des métrorrhagies et de nombreuses ecchymoses. La malade meurt le sixième jour.

Son mari et un enfant de deux ans qui avaient voyagé avec elle restent indemnes; tous deux avaient été vaccinés en 1925 et 1927 avant de l'être à nouveau et sans succès sur le *Tuscania*.

IV. Un voyageur débarqué à Liverpool passe quelques jours à Londres avant de se rendre à Glasgow où un médecin consulté le 9 avril trouve une éruption de nature incontestablement variolique apparue la veille sans être précédée d'aucun malaise. Son histoire clinique ultérieure n'est pas connue.

V (contagion indirecte). — Un maître d'hôtel du *Tuscania* rentre à son domicile à Glasgow le 4 avril. Il confie le 6 à sa sœur, pour réparation et nettoyage, un manteau qu'il avait pendant son voyage.

Le 18 avril la sœur tombe malade; un rash caractéristique apparaît le 20 avril.

Il est à remarquer que le maître d'hôtel avait séjourné à l'infirmerie du bord plusieurs jours durant pour un abcès encore sous pansement à son retour chez lui. A l'infirmerie il a voisiné avec le matelot débarqué à Marseille et a aidé à le soigner. Il n'a cependant à aucun moment présenté de signes de variole.

Nous passons sous silence un cas de variole contemporain chez un sujet de treize ans dont la contagion ne semble avoir en aucune façon été en rapport avec les événements du *Tuscania*.

Quant à la répartition géographique des cas connus elle est des plus étendue puisqu'on a relevé 7 cas à Londres et 6 dans sa banlieue, 7 dans le Nord de l'Angleterre et 8 dans le Sud; en Ecosse, 1 cas à Aberdeen et 13 à Glasgow même.

* * *

En dépit donc des circonstances qui ont favorisé la contagion, de celles qui ont favorisé la diffusion de l'épidémie, en dépit de la virulence du microbe qu'avant toute autre manifestation on pouvait induire de son origine, l'épidémie ne s'est pas étendue en France. Elle a fait, en revanche, en Angleterre, un nombre appréciable de victimes.

Il nous semble qu'un certain nombre de conclusions pratiques sont la leçon à tirer de ces faits.

— Si, en France, nous sommes déshabitués de craindre la variole, il serait imprudent de croire le danger à jamais disparu; l'Extrême-Orient, l'Inde sont des réservoirs de virus que nous ne sommes pas près de tarir (en 1928, 151.000 cas environ de variole aux Indes anglaises, 35.000 décès, soit 23 p. 100). Certaines circonstances peuvent même actuellement forcer l'obstacle que présente à la

diffusion du germe la durée du voyage; de plus, cette durée ne peut qu'aller en s'abrégeant et la contagion indirecte n'est pas un mythe. Il existe encore, tout près de nous, d'autres foyers endémiques sur lesquels notre action est encore incomplète (Afrique du Nord) ou nulle (Espagne).

— Il existe des règlements administratifs et des conventions internationales, sont-ce là des protections suffisantes? Dès la première nouvelle des événements du *Tuscania* les autorités françaises, comme elles en avaient le droit, manifestèrent leur intention d'exiger des voyageurs venant d'Angleterre une preuve de vaccination récente ou une revaccination à la frontière même. La mesure eut surtout pour résultat un tolle dans les milieux anglais, et il faut reconnaître que la gêne portée aux affaires par de semblables mesures, dont la mise en vigueur ne peut par nature comporter aucun préavis est énorme. L'efficacité des mesures aurait de plus été douteuse : itinéraires détournés permettant de se soustraire à l'enquête sanitaire, et surtout comme dans le cas du *Tuscania* : admission de sujets moyennant vaccination à la frontière, sujets déjà infectés et dont l'affection se manifeste avant l'éclosion de l'immunité.

Aussi les autorités prêtèrent-elles plus aisément l'oreille aux protestations d'Outre-Manche qui n'étaient cependant pas le résultat de la seule rigueur scientifique. On se contenta de mettre en application les prescriptions de la Convention sanitaire internationale du 21 juin 1928 : visite à bord des navires suivie de débarquement, d'isolement, puis de désinfection du navire et des effets; vaccination et mise en surveillance sanitaire à domicile des sujets suspects de contamination.

— Ces mesures ont suffi ou paru suffire en France. L'Angleterre les a appliquées chez elle et elles ont fait la preuve de leur efficacité; efficacité toute partielle et assez comparable à de l'inefficacité. Ce ne sont pas des mesures de protection; ce sont des mesures de limitation et l'on peut, sans forcer les choses, penser que si en Angleterre comme à Marseille on avait reçu sans le savoir plus de 400 passagers suspects et immédiatement dispersés, le Royaume-Uni aurait couru de terribles risques.

— La prophylaxie administrative étant une défense insuffisante, force est bien d'en revenir aux mesures individuelles de protection. C'est ce que depuis longtemps la population a compris en France. Nos voisins ont sans doute pour penser différemment leurs raisons; nous en pouvons connaître certaines qui ne sont pas toutes des excuses suffisantes.

D'abord la variole, quoique à l'état endémique en Angleterre puisque les statistiques officielles comptent 280 à 300 cas par semaine pour l'Angleterre et le pays de Galles, n'est pas une maladie grave; elle ne donne lieu qu'à 1 ou 2 décès hebdomadaires au plus. Il y a loin de ces chiffres aux statistiques françaises d'antan — et même d'aujourd'hui — où l'on constate une mortalité de 10 à 50 p. 100. La variole est donc pour les Anglais une incommodité mais non un fléau. Nous ignorons le pourquoi de ces différences, mais ne pouvons en comparaison que rappeler les chiffres de l'Inde anglaise, 23 p. 100 de mortalité en 1928. Ces 23 p. 100 se situent bien loin de l'Angleterre, géographiquement et ethnographiquement, pour vaincre l'indifférence.

Par ailleurs, il semble que dans certains cas les Anglais aient constaté des réactions vaccinales intenses; il s'agit le plus souvent de primo-vaccinés adultes à la vérité (1).

Mais il n'en reste pas moins vrai que les ligues antivaccinales ont beau jeu pour parler de catastrophes vaccinales; ces mêmes inconvénients constituent le meilleur fond de tableau pour mettre en valeur l'encéphalite postvaccinale et stimuler la générosité des souscripteurs pour la propagande antivaccinale. On s'explique ainsi l'état d'esprit qui fait juger une grave témérité de se soumettre à la vaccination et qui parfois signale d'un brassard rouge les imprudents qui côtoient ainsi le danger. Ne doutons pas que les contagionnés du *Tuscania* vaccinés trop tard ne soient quelque jour évoqués comme une preuve de l'inefficacité de la vaccination jennérienne.

Il suffit pour demeurer sur le terrain qui nous occupe de ne pas oublier l'observation III où deux sujets vaccinés avec insuccès dans un passé récent ont échappé à une contagion certaine.

N'oublions pas non plus que les discussions de la Chambre des Communes ont trahi à la fois surprise et inquiétude en présence de varioles graves; et que si les statistiques françaises et anglaises des métropoles sont passablement différentes, une différence du même ordre a été notée dans les périodiques anglais (2) entre les statistiques des Indes anglaises et des Etablissements français des Indes; la vaccination pratiquée de la même façon que dans la métropole assure à nos sujets coloniaux la même protection qu'aux Français de France malgré la proximité du réservoir de virus.

— La vaccination demeure donc la protection principale; quelle que soit la contamination du milieu ambiant elle seule peut suffire.

Il est cependant désirable que des mesures collectives augmentent encore la marge de sécurité. Malgré que la réalité du bienfait de la vaccination obligatoire à la française ait été reconnu du haut de la Tribune britannique (3), nous ne pouvons compter voir se transformer bientôt les dispositions des Anglais. Nous avons heureusement plus d'action sur nos sujets indigènes de l'Afrique du Nord, importateurs avérés de variole. Le gouvernement général de l'Algérie, depuis novembre 1928, ne permet l'embarquement des travailleurs indigènes qu'après vaccination pratiquée ou certifiée. L'embarquement ne peut avoir lieu et un certificat valable ne peut être délivré que huit jours après l'inoculation, à un moment où la pustule vaccinale peut être reconnue et décrite. La gêne au trafic est de la sorte minime et la protection réelle puisqu'on n'observe actuellement en France que des varioles d'importation. La revaccination fréquemment pratiquée, tous les trois ans en moyenne, permettra d'entretenir ou de réveiller l'immunité avec les moindres réactions. Sans doute

(1) Cf. Levent. *Gaz. des hôpit.*, n° 25, 27 mars 1929, p. 482-483.
(2) *Lancet*, 20 avril 1929.
(3) Chambre des Communes, séance du 1er mai 1929.

reverrons-nous ainsi peut-être un jour les temps fortunés d'avant-guerre où la variole était plus un souvenir qu'une réalité. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1929)

Hémiplégie droite postencéphalitique. — M. L. BABONNEIX présente un jeune homme qui a été atteint, il y a deux ans, de troubles nerveux dont quelques-uns (céphalées, vomissements) ont été passagers, alors que d'autres persistent : 1° une hémiplégie droite, sans aphasie; 2° des paralysies oculaires de type fonctionnel. A la ponction lombaire, hyperglycorrachie modérée. Se fondant, d'une part, sur ces constatations, de l'autre sur l'absence complète de tout signe, clinique ou sérologique, de syphilis, il se demande s'il ne s'agit pas, ici, d'une encéphalite aiguë apparentée à l'encéphalite léthargique.

Syndrome cérébello-spasmodique aigu. — MM. L. BABONNEIX et J. SIGWALD présentent un jeune homme de seize ans, chez lequel est apparu, depuis trois mois, un syndrome cérébello spasmodique. Ils discutent les divers diagnostics (sclérose en plaques, ataxie aiguë, encéphalite épidémique, hérédo-syphilis), pour les rejeter et pour montrer qu'aucun d'entre eux n'est pleinement satisfaisant.

Deux cas de chevelure sacro-lombaire. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PAPILLAULT présentent deux femmes chez lesquelles il existe, à la région sacro-lombaire, une touffe de poils qui ont la finesse des cheveux.

Chez l'une des malades, cette hypertrichose localisée coïncide avec une fossette rétro-anale et avec un spina-bifida perceptible à la palpation et évident sur les radiographies. Cette femme a, de plus, une hypertrichose généralisée post-ménopausique de nature bien différente.

L'autre malade, atteinte de psychose périodique, n'a pas de formation osseuse appréciable ni de fossette rétro-anale. Sa tache pileuse pelvienne très étendue coïncide avec l'abolition du réflexe achilléen droit.

Dans ces deux cas, il s'agit donc de chevelure sacro-lombaire par malformation embryonnaire de la gouttière encéphalo-rachidienne.

L'hétéresthésie dans la commotion de la moelle. — M. J. LHERMITTE. Ainsi que l'ont montré Graham Brown et Lhermitte, la commotion de la moelle cervicale peut s'accompagner d'un trouble de la sensibilité très spécial, lequel consiste dans la disparité de la tonalité sensationnelle dans les segments radiculaires qui composent le territoire cutané sous-lésionnel.

Ce phénomène, auquel Graham Brown a donné le nom d'« hétéresthésie », a été observé par ces auteurs dans les phases immédiates ou prochaines de la commotion. Or, chez le malade présenté par M. Lhermitte, l'hétéresthésie se manifeste de la manière la plus nette, onze ans après une commotion cervicale qui avait déterminé un syndrome typique de Brown-Sequard. Ici, le passage lent d'un corps mousse sur la moitié droite du corps thermoanalgésique détermine des sensations différentes selon que l'excitation porte sur certains dermatomères. Emoussée sur les bandes radiculaires dorsales supérieures, la sensation tactile est exaltée sur les bandes de D_{12} et L_1, pour s'atténuer en L_2, et réapparaître subnormale en L_3 et au-dessous.

Selon l'auteur, l'hétéresthésie serait liée à une altération parcellaire et serpigineuse des fibres de la sensibilité tactile, spinale, dont on connaît la topographie radiculaire.

Les réactions psycho-motrices chez les catatoniques. — MM. CLAUDE, BARUK et NOEL ont étudié, chez les catatoniques, les réactions qui se produisent, dans les groupes musculaires correspondants, lors des mouvements passifs. Tantôt ces groupes s'opposent au mouvement passif (négativisme), tantôt ils l'accompagnent, tantôt même ils anticipent sur lui, ou le poursuivent sous forme de mouvements pendulaires, alors qu'il est achevé. Ces différents types de réactions sont très variables d'un instant à l'autre, si bien qu'ils peuvent donner l'illusion du phénomène de la roue dentée, tel qu'il s'observe chez les parkinsoniens. Mais cette fausse roue dentée se distingue de la vraie par son instabilité, par sa labilité, en rapport avec les sautes d'attention du malade. Ces troubles psycho-moteurs, comme l'avait déjà vu Séglas, ne sont pas des troubles d'origine psychique, en ce sens qu'ils ne sont en rapport avec aucun état idéatoire uo émotionnel particulier; mais ils supposent toujours un certain état d'engourdissement psychique.

Spondylose cervicale d'origine traumatique. — MM. HEUYER et RIBADEAU-DUMAS présentent une femme de trente-cinq ans, qui, le 27 février 1928, fit un faux pas, tomba d'un trottoir sur les talons, éprouva une douleur vive de la région cervicale. Six mois après, elle présenta une raideur progressive de la région cervicale avec douleurs radiculaires. Il existe une limitation des mouvements cervicaux, sans véritable contracture, et de petits signes de compression médullaire : hypertension du liquide céphalo-rachidien et légère dissociation albumino-cytologique. Mais l'épreuve de Stocky est négative : la radiographie montre l'intégrité des corps vertébraux, mais une lésion de la troisième et de la quatrième apophyse épineuse cervicale. Le diagnostic de mal de Pott cervical doit être éliminé. Il s'agit d'une spondylose cervicale d'origine traumatique, à évolution tardive, avec légers signes de compression radiculo-médullaire.

Double grille pour radiographies osseuses. — M. PUTHOMME montre que l'adjonction, au Potter-Bucky, d'une seconde grille, dont la direction croise la première à 90 degrés, augmente considérablement la netteté des images, en particulier pour les radiographies de vertèbres chez les sujets obèses.

Traitement orthopédique de la paralysie des « appendeurs » (fessiers). — M. BIDOUX.

Obésité glandulaire précoce avec atrophie optique. — MM. F. TERRIEN, H. SCHAEFFER et J. BLUM présentent un jeune enfant, âgé de cinq ans, qui pèse 32 kilogrammes, ayant une obésité globale qui intéresse le tronc et les membres, mais qui domine toutefois au niveau du bassin, des fesses et des membres inférieurs, avec gynécomastie et qui respecte les mains, les pieds, la nuque et la face, comme dans le syndrome adiposo-génital. Cette obésité s'est développée dès les premiers mois de la vie, comme la cécité, qui se traduit actuellement par une atrophie optique bilatérale. A aucun moment il n'a existé de syndrome d'hypertension intracranienne. Le Wassermann est négatif dans le sang.

Cet enfant a une cryptorchidie bilatérale. La radiographie du crâne montre une selle turcique élargie, sans limites nettes. Le corps thyroïde semble petit.

Les auteurs pensent que l'obésité, qui relève d'un trouble du fonctionnement des glandes génitales et de l'hypophyse, et l'atrophie optique, reconnaissent une seule et même cause, qu'il leur est impossible de préciser.

MM. BABONNEIX et HEUYER ont observé des cas analogues qui relevaient de l'hérédo-syphilis.

MM. HEUYER, ROUSSY et LHERMITTE pensent que l'obésité peut, dans ce cas, être attribuée à une lésion nerveuse qui retentirait sur le plancher du IIIe ventricule.

M. Léri pense que l'atrophie optique et l'obésité pourraient faire penser à une tumeur de l'hypophyse.

Ventriculite aiguë. — MM. L. Babonneix et J. Sigwald présentent le cerveau d'une jeune femme qui a succombé à une méningite aiguë purulente. On y trouve quelques exsudats discrets à la base, au-devant de la protubérance, et, surtout, une ventriculite aiguë prédominant sur la corne frontale des ventricules.

Etude anatomo-clinique d'un ramollissement cérébelleux frappant électivement les pédoncules moyen et inférieur d'un côté. Du rôle des artérites aiguës dans certains ramollissements des athéromateux. — MM. Georges Guillain, Th. Alajouanine, I. Bertrand et R. Garcin présentent l'observation anatomo-clinique d'un ramollissement localisé dans le domaine de l'artère cérébelleuse inférieure, ayant intéressé, outre un certain territoire d'un hémisphère cérébelleux, le pédoncule cérébelleux moyen et le corps restiforme. Cliniquement, la malade présentait une paralysie faciale périphérique, une parésie de la VIe paire, une dysmétrie légère du membre supérieur du côté de la lésion; du côté opposé, des signes légers de spasmodicité. Le diagnostic d'une lésion protubérantielle était facile. Par contre, l'étiologie fut, quelque temps, difficile à préciser. Le début des accidents par un épisode infectieux, la somnolence, la diplopie, paraissaient orienter d'abord vers une localisation bulbo-protubérantielle d'une névraxite épidémique. L'immuabilité du syndrome devait, par la suite, faire rejeter ce diagnostic en faveur d'une lésion vasculaire.

Anatomiquement, sur un cerveau dont les artères sont scléreuses, on trouva un ramollissement dans le domaine d'une artère cérébelleuse inférieure, frappant électivement le confluent du pédoncule moyen et du pédoncule inférieur. L'étude du tronc cérébral montre, consécutivement à cette lésion focale, la dégénérescence de toutes les voies cérébelleuses centripètes. Cette atteinte pseudo-systématique présente les plus grandes analogies avec ce que l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse réalise bilatéralement. Les auteurs étudient les conséquences de la lésion sur les cellules neuro-ganglionnaires des complexes olivaires. Ils insistent enfin sur le rôle des poussées d'artérite infectieuse aiguë ou subaiguë dans la genèse de certains ramollissements cérébraux des scléreux et des athéromateux. Par ailleurs, cette observation, s'ajoutant à de nombreux faits sur lesquels ils ont déjà insisté, montre qu'une lésion en foyer de la région mésencéphalique peut réaliser des symptômes analogues à ceux de l'encéphalite épidémique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 11 mai 1929)

Troubles du rythme cardiaque dans le rhumatisme articulaire aigu. — MM. A. Clerc, Robert Lévy et S. Vialard. De l'étude d'une série de 57 cas suivis systématiquement grâce à la télécardiographie, les auteurs concluent à la fréquence remarquable de la bradycardie et de l'allongement de l'espace auriculo-ventriculaire sur les tracés électriques. Pour l'un et l'autre phénomène, la proportion des cas positifs est d'environ 36 p. 100. Le ralentissement bien que modéré (entre 50 et 60 à la minute) se produit souvent dès la période d'état et en pleine période fébrile; il en est de même de l'allongement P.-R.; tout tend d'ailleurs à la normale vers la convalescence. Bien qu'ils puissent persister plusieurs mois chez certains malades, les deux ordres de phénomènes, ne suivent pas nécessairement une marche parallèle et s'observent parfois même dans les formes légères et sans signes cardiaque appréciables, en clinique.

Signalés déjà par plusieurs auteurs et ne pouvant être mis sur le compte ni de la digitale ni du salicylate de soude, ils confirment la fréquence avec laquelle le myocarde est touché au cours de l'infection rhumatismale. Cette localisation au système unitif et ce trouble de la conduction semblent d'ailleurs se rencontrer ici avec une fréquence toute spéciale par rapport à ce qui se passe au cours des diverses autres maladies aiguës.

Sur l'action cholagogue du naphtoate et de l'oxynaphtoate de sodium. — MM. E. Chabrol, R. Charonnat, M. Maximin, J. Porin et M. E. Piettre ont recherché si l'action cholagogue de l'atophan était annihilée lorsqu'on enlevait à ce corps l'élément azoté et le groupe phényle. Ils ont été ainsi conduits à éprouver le naphtoate de sodium ainsi que les oxynaphtoates de sodium et de potassium. Injectées à la dose de 1g10 par voie veineuse à des chiens porteurs d'une fistule biliaire cholédocienne, après exclusion de la vésicule, ces différentes substances sont capables de tripler le volume de la bile pendant trois à cinq heures consécutives; elles modifient dans les mêmes proportions les courbes de l'extrait sec, des sels biliaires et du cholestérol. Si l'on remplace dans leur formule le groupement acide carboxylé (COOH) par le groupement acide sulfonique (SO^3H), on n'obtient plus d'effets cholagogues. Dans ces expériences la présence d'un carboxyle semble une des conditions nécessaires de l'hypersécrétion de la bile, mais elle ne suffit pas, le benzoate de sodium, dont la formule comprend un groupe COOH, étant dénué de toute action cholagogue.

Modifications de la virulence des virus encéphalitogènes. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et R. Schoen. Les expériences montrent que la virulence névraxique de la souche herpéto-encéphalitique C isolée en 1920, continue à subir des modifications de plus en plus profondes. Cette mutation lente du germe se traduit actuellement par la fréquence des résultats négatifs, par la non rareté des encéphalites chroniques non mortelles et par l'apparition de cas de neuro-infections mortelles auto-stérilisables. L'issue des inoculations intracérébrales dépend du conflit entre cette souche de virus encéphalitogène progressivement atténuée, et la réceptivité variable des animaux. L'influence du facteur « organisme », nulle lorsqu'il s'agit de virus herpétiques fortement neurotropes est des plus manifestes ici. Certaines séries de lapins fournissent un pourcentage d'encéphalite aiguë manifestement supérieur à celui d'autres séries. Il est possible d'augmenter cette réceptivité en changeant les conditions de vie de l'animal, en soumettant par exemple les lapins à une température relativement élevée (25 à 37 degrés). Peut-être les influences saisonnières ou les changement de nutrition devront-ils être invoqués pour expliquer ces variations de la réceptivité.

Encéphalite herpétique du chimpanzé. — M. Delorme, sur les conseils de M. Levaditi et avec les souches entretenues dans son laboratoire, a entrepris une série d'expériences comportant l'inoculation de ces virus à différentes espèces simiennes, en particulier au chimpanzé. Il est possible de conférer au chimpanzé une encéphalite par inoculation intracérébrale du virus herpétique. La maladie évoluant chez cet animal, présente en raccourci le tableau de l'encéphalite humaine; l'examen du névraxe montre des altérations typiques des neurones et des lésions comparables à celle que l'on observe dans la maladie de von Economo.

Sur l'atténuation de la toxicité de l'adrénaline par quelques substances organiques. — M. G. Boivin étudie le mécanisme de l'atténuation de la toxicité de l'adrénaline par des extraits hydro-alcooliques d'organes, d'après les données cliniques récemment rappelées par Vaquez, P. Gley et Kisthinios à propos d'un extrait pancréatique.

Il critique l'emploi d'un extrait pancréatique dans ces sortes d'études, car ses propres recherches lui montrent que la plupart des extraits d'autres organes possèdent la même

action, mais à un degré beaucoup plus fort que l'extrait pancréatique, lorsqu'on les injecte chez le lapin, par voie intraveineuse, en même temps que l'adrénaline.

Quant à la protection que peut présenter l'injection d'extrait pancréatique contre l'œdème aigu du poumon adrénalinique, elle est inconstante, et ce fait s'explique par le mécanisme de phylaxie indiqué par Hallion.

Donc, au point de vue thérapeutique, elle semble bien ne présenter aucun intérêt.

Remarques sur la pharmacodynamie de quelques extraits hypotenseurs. — M. G. Boivin étudiant comparativement une série d'hypotenseurs (histamine, nitrite de soude, peptone de Witte, extrait de gui) fait remarquer que tous les extraits d'organes, en général, lorsqu'on les injecte par voie intraveineuse, ont une action pharmaco-dynamique très inférieure à celle des substances étudiées.

L'unité clinique hypotensive, utilisée pour caractériser l'action de ces extraits, ne tient compte que de l'intensité de l'hypotension provoquée. Or, la durée de cette hypotension provoquée par injection intraveineuse de diverses substances, constitue un caractère de leur action au moins aussi important que l'intensité de la chute de la pression artérielle.

HOPITAUX DE PARIS

ARRÊTÉ MODIFIANT LES ARTICLES 228, 229 (CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE); 230, 231 (CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE); 232, 232 BIS, 233, 234 (CONCOURS DE STOMATOLOGISTE) DU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.

Les articles 228, 229, 230, 231, 232, 232 *bis*, 233 et 234 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX

Art. 228. — Le jury du concours pour les places d'ophtalmologiste des hôpitaux se compose de sept membres : cinq ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les ophtalmologistes, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les ophtalmologistes médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Art. 229. — Les épreuves du concours d'ophtalmologistes des hôpitaux sont réglées comme suit :

Épreuves d'admissibilité.

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de physiologie oculaires et sur un sujet de pathologie oculaire.

Il est accordé quatre heures pour cette composition, la première heure étant consacrée toutefois à la réflexion et à l'élaboration du plan des compositions définitives.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée (par un interne des hôpitaux non affecté à des services d'ophtalmologie, désigné par l'Administration) durant le temps dont le jury disposera pour l'épreuve de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen du malade et la rédaction de leur consultation écrite anonyme). Ce lecteur ne participe pas aux délibérations. Les copies numérotées dans l'ordre de lecture sont lues par le même lecteur.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en mains les copies. Le lecteur se tient à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection oculaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades est isolé des candidats.

Deux censeurs tirés au sort parmi les ophtalmologistes des hôpitaux sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs sont tenus d'accepter de remplir ces fonctions.

Le candidat a trente minutes pour examiner son malade et une heure pour la rédaction de sa consultation écrite. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms; puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

Epreuves de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve de médecine opératoire consistant en une opération sur un animal anesthésié ou sur un cadavre.

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection oculaire. Il est accordé au candidat quarante-cinq minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et quinze minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.

Pour la composition écrite anonyme....	30 points
Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme........................	20

Epreuves de nomination.

Pour l'épreuve de médecine opératoire..	20 points
Pour l'épreuve clinique................	20
Total......	90 points

Mesures transitoires.

Par mesure transitoire tout candidat reconnu admissible définitif dans les conditions fixées par l'arrêté des 30 décembre 1927-12 janvier 1928 est admis à prendre part en surnombre aux épreuves définitives. Dans le cas où un admissible définitif participera à ces épreuves, la cote sera ramenée à zéro à la suite des épreuves d'admissibilité et le jury des épreuves de nomination sera constitué par un nouveau tirage au sort effectué dans les mêmes conditions que pour la constitution du jury des épreuves d'admissibilité. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Toutefois, le bénéfice de cette disposition sera limité à la période de dix années prévue par l'arrêté précité.

CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX

Art. 230. — Le jury du concours pour les places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux se compose de sept membres : cinq oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chi-

rurgien, tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Art. 231. — Les épreuves du concours d'oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité.

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par un interne des hôpitaux (non affecté à des services d'oto-rhino-laryngologie et désigné par l'administration) durant le temps dont le jury disposera pour l'épreuve de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen du malade et la rédaction de leur consultation écrite anonyme). Ce lecteur ne participe pas aux délibérations. Les copies numérotées dans l'ordre de lecture sont lues par le même lecteur.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en mains les copies. Le lecteur se tient à la disposition du jury jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection spéciale.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Deux censeurs, tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, sont chargés ;

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve au cours de la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs sont tenus de remplir ces fonctions.

Le candidat a vingt minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme sur lequel il inscrit, en haut et à droite de la première feuille, ses nom et prénoms; puis l'angle droit de la copie est rabattu de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'administration remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement trois candidats au moins.

Epreuves de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale consistant en une opération sur le cadavre.

2° Une épreuve orale théorique portant sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale d'ordre général; il est accordé au candidat vingt minutes pour faire sa leçon après vingt minutes de réflexion.

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale. Il est accordé au candidat quarante-cinq minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et quinze minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.

Pour la composition écrite anonyme....	30 points
Pour la consultation écrite anonyme....	20

Epreuves de nomination.

Pour l'épreuve de médecine opératoire..	20 points
Pour l'épreuve orale théorique.........	20
Pour l'épreuve clinique..............	20 points
Total......	110 points

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX

Art. 232. — Les candidats qui se présentent au concours pour les places de stomatologiste des hôpitaux doivent justifier :

Qu'ils possèdent, depuis un an révolu, le titre de docteur en médecine obtenu devant une faculté de médecine française de l'Etat.

Toutefois, les internes en médecine seront, s'ils ont accompli quatre années entières d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris, tenus seulement de justifier de la possession du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Pour les internes qui n'auraient pas terminé les quatre années dont il s'agit, à raison de leur nomination comme chefs de clinique dans l'un des services de la faculté établis dans les hôpitaux de Paris, les années de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

Art. 232 bis. — Le jury du concours pour les places de stomatologistes des hôpitaux se compose de sept membres : cinq stomatologistes, un médecin et un chirurgien, tirés au sort parmi les stomatologistes titulaires, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les stomatologistes médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Art. 233. — Les épreuves du concours de stomatologiste des hôpitaux sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité.

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet de pathologie générale (interne ou externe) pour laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux.

La lecture des copies est faite par un stomatologiste des hôpitaux désigné par voie de tirage au sort durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation anonyme).

Les copies numérotées dans l'ordre de lecture sont lues par le même lecteur. En aucun cas les membres du jury ne prennent en mains les copies des candidats. A cet effet, le lecteur se tient à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration.

2° Epreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la manière suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats. Deux censeurs, tirés au sort parmi les stomatologistes des hôpitaux, sont chargés :

a. De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve au cours de la séance.

b. De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs sont tenus de remplir obligatoirement leurs fonctions.

Le candidat a vingt minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation.

A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms; puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'administration remet les copies dans la salle où siège le jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour la composition écrite anonyme et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection dentaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la même manière que pour l'épreuve de consultation écrite anonyme prévue au paragraphe précédent.

Il est accordé au candidat, pour cette épreuve, vingt minutes pour l'examen du malade et trois quarts d'heure pour la rédaction de sa consultation.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire ; il est accordé au candidat quinze minutes pour la réflexion et un temps égal pour la présentation de sa question devant le jury.

2° Une épreuve orale théorique de prothèse. Pour cette épreuve le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Quinze minutes sont accordées au candidat pour faire sa leçon, après quinze minutes de réflexion.

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'affection dentaire ; il est accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et quarante-cinq minutes pour la rédaction de sa consultation; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.	
Pour la composition écrite anonyme. .	30 points
Pour la première épreuve de consultation écrite anonyme...............	20
Pour la deuxième épreuve de consultation écrite anonyme...............	20
Epreuves de nomination.	
Pour la première épreuve orale théorique..........................	20 points
Pour la deuxième épreuve orale théorique de prothèse................	20
Pour la consultation écrite............	30
Total.....	140 points

Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité et des épreuves de nomination des concours d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste et stomatologiste des hôpitaux.

Art. 234. — A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'ensemble des épreuves d'admissibilité.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à :

Trois pour les concours destinés à pourvoir à une nomination.

Cinq pour les concours destinés à pourvoir à deux nominations.

Ce nombre pourra être réduit :

A deux pour les concours destinés à pourvoir à une nomination si le nombre des candidats autorisés à prendre part au concours est inférieur à six.

Quatre pour les concours destinés à pourvoir à deux nominations, si le nombre des candidats autorisés à concourir es inférieur à dix.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de toutes les épreuves d'admissibilité conférant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés *ex æquo*, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213 du présent règlement.

Seuls, les candidats déclarés admissibles prendront part aux épreuves de nomination.

A l'issue des épreuves de nomination, les candidats sont classés suivant le total des points obtenus aux épreuves d'admissibilité et aux épreuves de nomination (sauf l'exception prévue au § « mesures transitoires » du règlement du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux).

Les candidats classés *ex æquo* pour la ou les dernières places sont soumis à une épreuve clinique supplémentaire en ce qui concerne les concours d'ophtalmologiste et d'oto-rhino-laryngologiste et à une épreuve de consultation écrite sur une malade atteint d'affection dentaire en ce qui concerne le concours de stomatologiste des hôpitaux.

A la suite de cette épreuve un classement définitif est établi par le jury. Si des candidats se trouvaient de nouveau *ex æquo*, leur classement serait effectué suivant les règles fixées ci-dessus pour le classement des candidats se trouvant *ex æquo* à la suite des épreuves d'admissibilité.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine et la présidence de M. le professeur Henri Coppez (Bruxelles, 22-26 juin 1929, palais du Cinquantenaire). — PROGRAMME RÉSUMÉ. — Samedi 22 juin : A 16 h., au Palais des Académies, séance inaugurale honorée de la présence de S. M. la Reine. Conférence de M. Luc Durtain (docteur Nepveu); à 21 h., au palais des Beaux-Arts, soirée musicale et raoût (par invitation).

Dimanche 23 juin : au palais du Cinquantenaire (matin et après-midi), conférences. Exposition internationale des arts et des sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire; à 20 h., au théâtre royal de la Monnaie, représentation de gala (par invitation). Au programme : « Judith, La vie brève, impressions de music-hall ».

Lundi 24 juin : matin, démonstrations pratiques et séances opératoires dans les hôpitaux et Cliniques; après-midi, au palais du Cinquantenaire, conférences; à 20 h., au « Résidence-Palace », banquet (par souscription : 90 fr.).

Mardi 25 juin : matin, visite de la nouvelle Faculté de médecine de Bruxelles; après-midi, au palais du Cinquantenaire, conférences.

Mercredi 26 juin : Excursion dans le Hainaut, en auto-car,

— Mons (son Institut d'hygiène et ses beautés archéologiques). — L'hôpital charbonnier des accidents du travail à Warquignies. — Banquet et réception officielle à l'Hôtel de Ville. — L'après-midi : le château et le parc de Mariemont; réception au château de M. Guinotte; Ecaussines (par souscription : 100 fr. par personne).

Les conférences. — Emile Sergent (Paris) : « Conditions pathogéniques et processus anatomiques des réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. »

Vittorio Putti (Bologne) : « Les sciatiques vertébrales. »

A. A. Hymans van den Bergh (Utrecht) : « Porphyrinurie. »

J. Eastman Sheehan (New-York) : « La chirurgie plastique de la face. »

J. W. Nordenson (Upsala) : « Sur le rôle du corps vitré dans la genèse du glaucome primaire. »

Reynaldo do Santos (Lisbonne) : Sujet réservé.

Jules Gonin (Lausanne) : « Le traitement opératoire du décollement de la rétine. »

Carlos Mainini (Buenos-Aires) : Sujet réservé.

Léon Blum (Strasbourg) : « Le sel dans les néphrites. »

Victor Morax (Paris) : « Le problème de l'ophtalmie sympathique. »

Louis Spillmann (Nancy) : « Dermatoses et opothérapie. »

J. Froment (Lyon) : « Qu'est-ce que l'état parkinsonien? »

H.-Louis Rocher (Bordeaux) : « Anesthésie locale et rachianesthésie chez l'enfant. »

Jacques de Fourmestraux (Chartres) : « La diathermo-coagulation dans le traitement chirurgical du cancer. »

Fernand Trémolières (Paris) : « Les péri-entéro-colites. »

Edmond Redslob (Strasbourg) : « Des rapports entre les propriétés physico-chimiques du corps vitré et le tonus oculaire. »

Mathieu-Pierre Weil (Paris) : « Les rhumatismes chroniques. »

René Lutembacher (Paris) : « Cardiologie. Arythmies. »

Hector de Stella (Gand) : « Physiologie du cervelet. »

Jacques Roskam (Liége) : « Le syndrome hémogénique. Signification, diagnostic et traitement. »

J. P. Hoet (Louvain) : « Les indications extradiabétiques de l'insuline. »

Albert Bessemans (Gand) : « L'application locale de la chaleur comme adjuvant dans la prophylaxie sociale et individuelle de la syphilis et le rôle de la température tissulaire dans la pathogénie de l'infection syphilitique. »

Albert P. Dustin (Bruxelles) : Sujet réservé.

Frédéric Bremer (Bruxelles) : « Physiologie de l'hypophyse. »

Corneille Heymans (Gand) : « Le sinus carotidien, son rôle en physiologie et en pathologie. »

Joseph Tricot-Royer (Anvers) : « Les institutions médicales de l'ancienne abbaye d'Orval. »

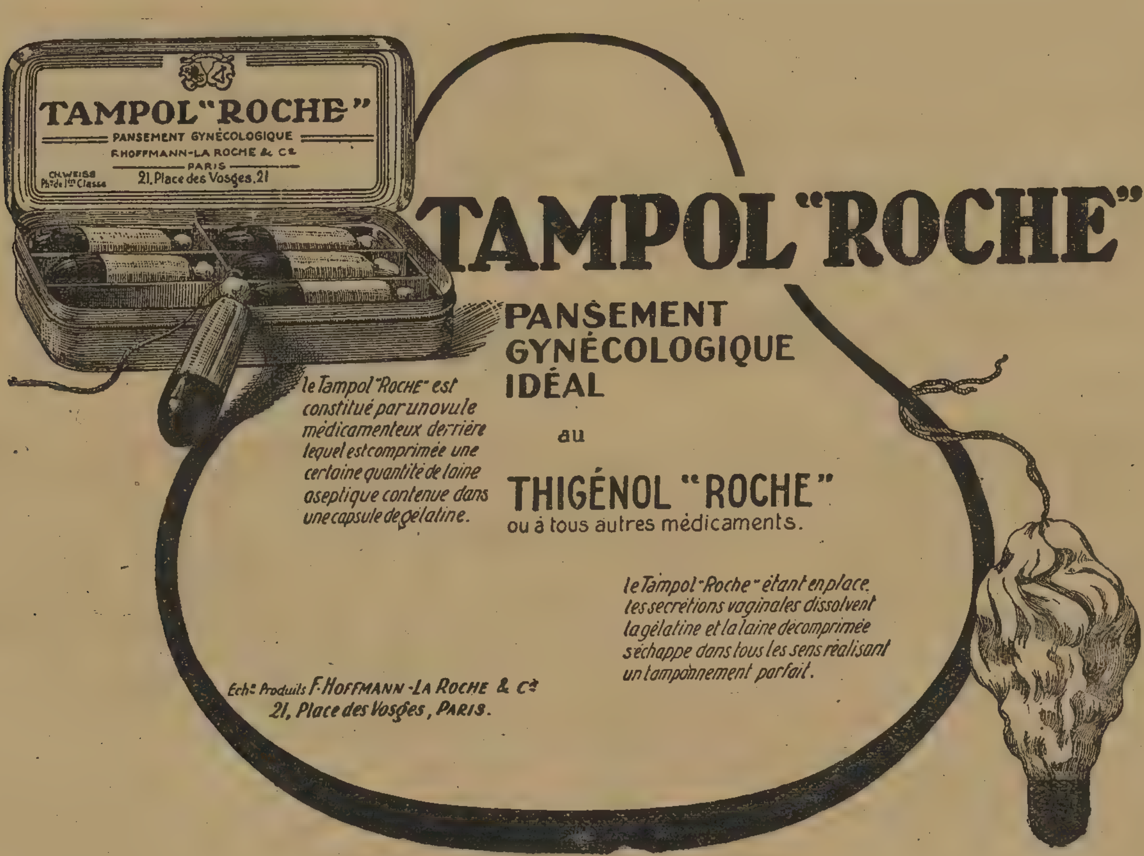
Léon Bertrand (Anvers) : « Rhumatisme. Arthritisme. »

Pierre de Bersaques (Gand) : « L'éphédrine dans le traitement de l'asthme. »

R. Reding (Bruxelles) : « Des altérations humorales de l'état cancéreux et précancéreux et de leur rôle pathogénique. »

Le carnet du congressiste sera envoyé vers le 20 juin.

Renseignements et adhésions (médecins : 75 fr.; dames, 50 fr.) auprès du docteur René Beckers, secrétaire général, 62, rue Froissart, Bruxelles.



Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

Formes : ÉLIXIR GRANULÉ

Doses { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures } par jour { Enfants : 1/2 dose

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement des Amaigrissements, de la Tuberculose et des Asthénies par les cachets de

TRIGANOL VIGIER

Mélange de Poudre de Fenugrec désodorisée et d'extrait hydro-alcoolique de Fenugrec

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LIPOÏDES H.I.
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS DU KYSTE HYDATIQUE DU FOIE [1]

III. **Kyste à évolution inférieure ou abdominale.** — Le kyste se développe ordinairement dans la cavité abdominale, sans donner lieu à aucune déformation apparente du ventre.

Seule la palpation le révèle.

D'abord sessile il tend à se pédiculiser, et constitue alors une *tumeur globuleuse, présentant une certaine mobilité latérale.*

Tantôt *antérieure*, on la palpe sous la paroi abdominale.

Tantôt *postérieure*, lombaire, elle peut donner le signe de *balottement rénal.*

Enfin dans le kyste central, assez fréquent, il y a une tuméfaction diffuse du foie.

C'est le diagnostic d'un *gros foie monosymptomatique.*

En présence de la pauvreté des signes cliniques, les *épreuves de complément* prennent une importance considérable pour le diagnostic du kyste hydatique.

A. **Radiologie.** — Procédé d'exploration très important, la radio peut révéler l'image caractéristique du *kyste hydatique*, image sombre, à contour *régulier* comme tracé *au compas.* Cette image souvent n'apparaît nettement que :

— *a.* Dans les kystes à *évolution thoracique* :

Foie et tumeur dessinent au-dessous du diaphragme un aspect en *brioche*, la coupole diaphragmatique est soulevée, immobilisée, tandis que le sinus costo-diaphragmatique reste clair.

— *b.* Dans les kystes à évolution abdominale, surtout après *insufflation gastrique* ou *colique.*

Par contre, dans les *kystes noyés dans le parenchyme hépatique*, le diagnostic même après radioscopie peut rester très délicat.

B. **Procédés de laboratoire.** — a. *Eosinophilie sanguine.* — Grosse valeur lorsque *importante*, mais peut manquer dans les kystes hydatiques, peut exister sans kyste hydatique (parasitose intestinale).

Après l'opération l'éosinophilie tombe à la normale. Si elle remonte il faut craindre les récidives ou une autre localisation.

b. *Réaction de Weinberg* ou réaction de *fixation*, mais c'est un signe inconstant.

c. Ces dernières années on a proposé un nouveau procédé de diagnostic qui serait le procédé de choix :

L'*intradermo-réaction* au liquide hydatique (Casoni).

Évolution. — Elle est essentiellement *chronique.* Le kyste peut rester :

— Entièrement *latent*, trouvaille d'autopsie.

— La guérison spontanée est exceptionnelle, on a décrit certains cas où spontanément les vésicules se flétrissent, sont remplies par un *magma caséeux*, avec rétraction de la poche et s'infiltrent de sels *calcaires.*

— En règle, l'évolution du kyste hydatique est coupée par des

COMPLICATIONS

Avant tout :

La rupture.
L'infection.

I. **Rupture.** — 1° **Rupture dans le péritoine** (*kyste abdominal*). — Le tableau et la gravité de cet accident sont très variables : autrefois l'on admettait sa rareté et son extrême gravité, et il semble au contraire qu'actuellement on insiste sur sa fréquence relative, sa symptomatologie souvent *fruste*, son pronostic immédiat : bénin ; éloigné : grave, *échinococcose secondaire.*

A. Tableau dramatique, grands accidents de collapsus. — Parfois à la suite d'un traumatisme le sujet se plaint d'une *douleur*, brusque, atroce, à type de perforation, accompagnée de nausées, vomissements, sueurs froides, tendance syncopale.

A l'examen, affaissement de la tumeur, parfois constatée auparavant, mais surtout : ventre *sensible, contracturé.*

En somme, *tableau de perforation d'un organe abdominal,* ce qui permet de faire le diagnostic, c'est l'apparition précoce après un début *cataclysmique* d'une *éruption urticarienne*, violente, généralisée, qui signe l'hydatisme et jette un jour pathogénique sur la nature des accidents, en faisant penser au *choc anaphylactique.*

Mais bien souvent :

B. Le tableau est beaucoup moins dramatique. — Sa symptomatologie peut être *dissociée*, atténuée, *fruste*, réduite à un ou deux symptômes sans signification précise.

Urticaire, douleur, shock, phénomènes péritonéaux peuvent faire défaut ou être à peine *esquissés*, et l'on comprend que la rupture puisse passer complètement inaperçue.

Évolution. — *Variable.*

Dans certains cas :

a. Mort, soit subitement par *shock anaphylactique*, soit très rapidement par hémorragie interne, soit au bout de trois à quatre jours par *péritonite aiguë généralisée.* Cette terminaison était considérée *comme la règle* par les anciens auteurs. Elle semble, en pratique, assez rare et surviendrait en cas de *kyste septique* ou d'infection secondaire d'*origine biliaire.*

b. Parfois, à la suite de la rupture, apparaît un *exsudat péritonéal* qui se surajoute au liquide épanché dans la séreuse et qui est peut-être un cholépéritoine.

c. Le plus souvent, après un *début bruyant*, le malade présente seulement pendant quelques jours un peu de malaise, état nauséeux avec endolorissement abdominal, *puis tout rentre dans l'ordre.* Ce qui domine le pronostic ultérieur, c'est l'*échinococcose secondaire péritonéale*, toujours à craindre.

Elle peut évoluer longtemps avec une *extrême latence* et ne se révèle en général que *tardivement.* Il peut s'agir d'*échinococcose abdominale*, se traduisant par des tumeurs dont les plus superficielles peuvent faire saillie sur la paroi et qui sont souvent assez longtemps bien tolérées. Mais c'est « surtout au bassin qu'est le danger » (Dévé), car l'*échinococcose pelvienne*, souvent associée à l'échinococcose abdominale, entraîne des troubles de compression multiples.

Dans tous les cas d'échinococcose généralisée, l'état général s'altère peu à peu, et ainsi se réalise le *tableau de la cachexie hydatique.*

A côté de l'échinococcose secondaire généralisée, il faut insister sur l'échinococcose péritonéale partielle, *surtout pelvienne*, et à côté de l'échinococcose secondaire péritonéale à forme tumorale, la forme *pseudo-tuberculeuse*, où tout se résume à des granulations miliaires serrées sur le péritoine.

2° **Rupture dans la plèvre.** — Accident dramatique calqué sur celui de la *rupture abdominale*, il se traduit par l'apparition d'un épanchement pleural eau de roche, pouvant se teinter de bile et évoluer vers la purulence si la bile est septique.

La rupture dans le poumon d'une collection aseptique ne se voit pas.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 43, p. 802.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses • Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique • Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL-PARIS 11 Rue Milton (9e)
C. R., 44.342, Seine.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRÉSYL-JEYES

EXIGER BIEN LE " JEYES "
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL** 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 157.143, Seine.

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr. LAFAY
o.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Electrologie.* — *Epreuve pratique.* — Séance du 4 juin. — MM. Porcher, 9; Quivy, 5; Delapchier, 12; Pelizza, 1; Ordioni, 12; Toubert, 14.

Admissibles : MM. Desgrez, 66; Serrand, 52; Busy, 48; Toubert, 47; Delapchier, Beau et Porcher, 45; Ordioni, 43.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 8 juillet 1929, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 5. — II. Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans traitement, 2. — III. Clinicat ophtalmologique : titulaires, avec traitement, 1; adjoints, 2. — IV. Clinicat des maladies infectieuses : titulaires : avec traitement, 1; sans traitement, 1; adjoints, 2. — V. Clinicat médical infantile : titulaire, avec traitement, 1; adjoint, 1. — VI. Clinicat de la première enfance : titulaires, sans traitement, 2.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 29 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 14 à 17 h.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— Un emploi d'agrégé de neurologie et psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 5 juin 1929.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. le docteur Jules Cordier (de Souvigny).

DEUX PRIX DE 100.000 FRANCS POUR DES RECHERCHES SUR LE CANCER. — La Ligue française contre le cancer, 2, avenue Marceau, à Paris, nous prie d'annoncer que de généreux donateurs ont mis à sa disposition deux prix de 100.000 fr. chacun pour encourager les recherches sur le cancer :

Un prix de 100.000 fr. est offert par M. Guy Amerongen à celui dont les recherches permettront d'affirmer de façon certaine que les aliments conservés ou chimiques ont ou n'ont pas d'influence sur la genèse du cancer.

Ce prix sera attribué sans distinction de nationalité.

Un prix de 100.000 fr. désigné sous les lettres S. I. M. (en souvenir impérissable de ma mère), offert par un anonyme, sera attribué à celui qui aura découvert un sérum, un remède ou un traitement pouvant guérir le cancer.

Ce prix est réservé aux Français ou aux étrangers travaillant en France depuis au moins trois ans.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue contre le cancer, 2, avenue Marceau, Paris.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE CHERBOURG. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Cherbourg est déclaré vacant.

Le traitement de début alloué est fixé à 17.393 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 4 juin 1929.)

JOURNÉE MÉDICALE DE LA FACULTÉ CATHOLIQUE DE MÉDECINE DE LILLE (16 juin). — La Journée médicale de la Faculté catholique de médecine est fixée, cette année, au dimanche 15 juin.

Des conférences seront faites sur les sujets suivants :

M. le docteur Okinczyc, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, sur : « Les ulcères peptiques. »

M. le docteur Courcoux, médecin des hôpitaux de Paris, sur : « Le pneumothorax thérapeutique » (avec films radiographiques.

M. le docteur Langeron, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine, sur : « Les compressions médullaires. »

M. le docteur Besson, professeur de médecine légale à la Faculté libre de médecine, sur : « Les Assurances sociales. »

Un banquet amical aura lieu à midi. Les congressistes et leurs familles sont conviés à une réception qui aura lieu à l'issue des conférences de l'après-midi.

JOURNÉE MÉDICALE DE BRIDES-LES-BAINS. — Une Journée médicale aura lieu à Brides-les-Bains (Savoie) au début de la saison 1930. Cette réunion est placée sous le haut patronage ou avec la participation active des professeurs Achard, Carnot, Marcel Labbé, Rathery, Loeper, Villaret, Piéry, Surmont, Perrin, Giraud, Sellier, P. Merklen, des docteurs Laubry, Sainton, Claisse, Bensaude, Trémolières, Harvier, Fiessinger, Stévenin. Des rapports sur diverses questions d'ordre biologique, clinique ou thérapeutique, ayant trait à l'obésité, seront présentés. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Kermorgant, Société médicale de Brides-les-Bains (Savoie).

VOYAGE D'ÉTUDE PAR UN GROUPE DE MÉDECINS EN ALLEMAGNE. — Le 21 juillet partira de Paris pour cinq jours un groupe de médecins avec leur famille vers la Rhénanie avec réception par les facultés de médecine de Cologne et de Bonn et intéressantes visites d'établissements médicaux et paramédicaux.

Les confrères désireux de se joindre à ce groupe sont priés d'écrire d'urgence pour tous renseignements au docteur Montrefet, 197, rue de la Convention.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 13e décade (1er-10 mai 1929), 1.446 décès totaux, dont 1.217 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.171 pendant la décade précédente et de 1.180, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 229 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.217 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 16, au lieu de 24 pendant la décade précédente.

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès ; aucun cas n'a été signalé.

La rougeole a causé 20 décès, au lieu de 22 pendant la décade précédente (moyenne 27). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 270, au lieu de 224 pendant la décade précédente (moyenne 267).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 14 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 255; il s'élevait à 238 pendant la décade précédente (moyenne 110).

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE MONTAGU**

La diphtérie a causé 15 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 87, au lieu de 119 pendant la décade précédente (moyenne 89).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 170 décès, au lieu de 197 pendant la décade précédente, et au lieu de 158, moyenne décadaire correspondante.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de chirurgie obstétricale*, par MM. les docteurs Brindeau, professeur de clinique obstétricale à la Faculté; Metzger, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis; Vaudescal, professeur agrégé; Douay, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Broca; Lantuéjoul et Desoubry, anciens chefs de clinique; de Peretti et Suzor, chefs de clinique; Chomé, chef de clinique adjoint; Jubé, ancien interne.

Ce cours est réservé aux étudiants et docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 10 juin, à 18 h., et aura lieu chaque jour, à la même heure, pendant deux semaines.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Le droit à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

NOTES DE PRATIQUE

ANTISEPSIE PULMONAIRE

L'activité du camphre, menthol, eucalyptol, thymol, éther, n'est plus à démontrer. L'association judicieuse de ces différents corps réalise dans les maladies infectieuses — et tout particulièrement dans la grippe — une synergie médicamenteuse du plus heureux effet.

Si l'on se souvient des travaux récents sur les relations étroites existant entre l'intestin et le poumon, d'une part, et du rôle de l'intestin dans les infections générales de l'autre, on cherchera à prévenir les complications pulmonaires souvent si graves par une action conjuguée sur l'intestin et sur le poumon.

Le Cétémol employé par voie buccale ou par voie sous-cutanée permet d'exercer cette action conjuguée.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — SERVICE DE REMPLACEMENTS. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante (Ve), vient de réorganiser son groupement sur des bases nouvelles, et en particulier son service de remplacements de médecins. Il informe les membres du Corps médical qu'il tient à sa disposition un personnel de remplaçants sélectionnés et répondant à toutes les exigences légales. Le service fonctionne de 13 à 20 h. Tél. Odéon 58-90.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

Londres, 6-11 mai 1929 (1)

Le Ve Congrès international de médecine et de pharmacie militaires s'est réuni à Londres du 6 au 11 mai 1929. Il comprenait 800 membres appartenant à 40 nations.

Avant de donner l'analyse des travaux du Congrès, il y a lieu de signaler les principales cérémonies ou manifestations, dont quelques-unes ont revêtu un grand éclat.

Dès le lundi matin 6 mai, les délégués et les membres du Congrès ont assisté à une imposante cérémonie à l'abbaye de Westminster, où une couronne a été déposée sur la tombe du soldat inconnu. Cette couronne était portée par le président du Congrès, le lieutenant-général sir Matthew H. G. Fell, K. C. B., directeur général du Service de santé de l'armée britannique; par sir Ewen Maclean, président de la British Medical Association; par le médecin général inspecteur Lanne, chef de la délégation française, et par le général Stanislas Rouppert, chef de la délégation polonaise.

La séance inaugurale du Congrès a eu lieu l'après-midi. Elle a débuté par une allocution de bienvenue du secrétaire de la Guerre, sir Laming Worthington Ewans, et par le discours inaugural du lieutenant-général sir Matthew Fell, président du Congrès.

Après une réponse du médecin général inspecteur Lanne et du général Stanislas Rouppert, a eu lieu l'inauguration d'une belle exposition dans laquelle on remarquait tout particulièrement le matériel sanitaire de l'armée, de la marine et de l'aviation britanniques.

Cette première journée s'est terminée par une réception du prince de Galles et par un dîner offert par le Gouvernement sous la présidence de sir Laming Worthington Ewans, secrétaire de la Guerre.

Parmi les manifestations ou réceptions qui ont eu lieu les jours suivants, il y a lieu de signaler tout particulièrement :

1° Une visite au camp d'Aldershoot, où les congressistes ont pu visiter le centre d'instruction sanitaire de l'armée avec ses multiples dépendances;

2° Une excursion à Portsmouth où, après une réception au Guildhall de la ville, a eu lieu notamment une visite détaillée du service sanitaire du cuirassé *Hood*. Un simulacre de bataille navale y a été organisé avec les premiers secours aux blessés;

3° Une excursion au camp d'aviation de Halton avec visite des laboratoires médicaux qui en dépendent;

4° Une réception au Royal College of Surgeons; au cours de laquelle les membres du Congrès ont pu admirer une très belle collection anatomique;

5° Une réception au Royal College of Physicians;

6° Une réception à la Royal Army Medical College, qui est l'homologue de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, avec visite détaillée des laboratoires;

7° Une splendide réception au Guildhall de Londres, suivie d'un dîner présidé par le lord maire, dîner qui, par ses fastes et ses somptueuses traditions, a vivement impressionné les Congressistes.

Travaux du Congrès. — Nous résumerons brièvement les différentes questions mises à l'ordre du jour :

(1) *Association de la Presse médicale française.*

PREMIÈRE QUESTION

Évacuation des malades et des blessés par eau et par air. Liaison des services de santé des armées de terre et de mer.

Rapports présentés par la Grande-Bretagne.

A. G. V. ELDER, D.S.C.R.N.V.R.

Dans ce rapport, l'auteur envisage le problème au double point de vue administratif et clinique.

Les transports par eau étant toujours sous la dépendance des conditions locales et atmosphériques, il n'est pas possible d'établir des règles absolues.

L'auteur décrit alors les différents moyens qui permettent de hisser, au moyen d'une grue, les blessés à bord d'un bateau.

Il suggère à ce sujet, dans les opérations combinés de la guerre navale et terrestre, l'emploi d'un brancard standard, et émet le vœu que le modèle de la marine, qui a été utilisé pendant la guerre, soit généralisé dans tous les services. Dans ces conditions, le blessé évacué du front peut arriver jusqu'à l'hôpital sans transbordement.

Suivent alors une série d'indications, d'ordre clinique, telles que l'emploi de la morphine, de boissons chaudes et de tous les procédés connus de réchauffement des blessés.

Le rapport du Group-Captain HARDI V. WELLS C. B. E., K. H. P., R. A. F. relatif aux évacuations par air conduit aux conclusions suivantes :

Historique. — Ce système d'évacuation n'a trouvé qu'un emploi restreint en Angleterre, mais dans les théâtres d'opérations extérieurs il a pris une grande importance, en particulier en Irak.

Caractéristiques des avions sanitaires. — Les avions pour l'évacuation des blessés doivent pouvoir contenir et fixer des brancards et posséder une porte permettant l'entrée des brancards chargés. On distingue deux catégories d'avions :

1° Les grands avions pour plusieurs blessés;

2° Les petits avions pour un seul blessé, utiles surtout lorsque l'on ne dispose que de terrains d'atterrissage peu vastes.

Système de construction. — Les avions destinés au service sanitaire doivent être de construction monocoque, de façon à éviter les croisillons à l'intérieur du fuselage, mais en cas d'urgence, si l'on ne dispose pas d'avions convenables, on pourra toujours transporter un blessé, couché dans un brancard spécial, sur le dos du fuselage.

Conditions d'utilisation. — L'évacuation par avion est le plus rapide et le plus facile de tous les modes d'évacuation et, de plus, il peut être utilisé sans faire appel aux moyens de transport terrestre.

Il permet d'assurer le traitement des malades gravement atteints dans un délai minimum ainsi que la centralisation des hôpitaux, ce qui évite la multiplication coûteuse des hôpitaux et du personnel.

Les inconvénients de ce mode d'évacuation sont sa dépendance des conditions atmosphériques et de l'existence de terrains d'atterrissage voisins des hôpitaux.

Equipement et matériel. — Supports de brancards et systèmes d'attache appropriés.

Comme matériel : couvertures, oreillers, eau, récipients pour donner à boire, etc.

Soins en route. — Un infirmier doit trouver sa place dans les grands avions.

Brancards. — Un modèle de brancard uniforme pour tous les services est très avantageux, mais, pour l'aviation, un brancard en métal léger présente beaucoup d'avantages.

Emploi de guerre. — L'auteur distingue trois catégories de guerre : « grande guerre », « petite guerre », « guerre des pays chauds ».

Grande guerre. — Evacuation des grands blessés des ambulances avancées sur les hôpitaux permanents.

Petite guerre. — Evacuation directe des blessés des postes de secours sur les hôpitaux permanents.

Guerre des pays chauds. — Evacuation du front sur les hôpitaux permanents, soustrayant ainsi le blessé aux lenteurs d'un transport par chemins étroits et aux atteintes des insectes, etc. Possibilité d'évacuer les blessés et malades bloqués dans un poste.

Opérations avec coopération de toutes les armes. — Il est très important que la responsabilité de l'évacuation des blessés et malades soit définie au préalable et d'une manière non équivoque.

Evacuation sur navire-hôpital. — Les limites de la responsabilité de la marine, de l'armée et de l'aviation pour l'évacuation des blessés devra être définie.

Elle ne pourra être déterminée que sur les lieux.

Transport par voie des cours d'eaux. — Dans le cas où le transport des blessés se fait au moyen de bateaux ou d'hydravions, il appartient à la marine de décider si le transport doit se faire directement aux navires-hôpitaux.

Les avions faisant ce service doivent rester sous la dépendance de l'aviation.

Protection de la Croix-Rouge. — Les avions utilisés exclusivement pour le service sanitaire doivent jouir de la protection de la Croix-Rouge. Il est difficile d'établir des marques qui, de jour, permettront de distinguer la mission de l'avion, mais les difficultés sont moindres la nuit, lorsque des feux spéciaux peuvent être employés.

Il est impossible de prescrire des limites d'altitude de vol ou de préciser les routes utilisées.

Rapport présenté par la France.

M. Oudard, médecin en chef de 1re classe de la marine.
M. Schickelé, médecin lieutenant-colonel de l'armée.

Les conclusions de ce rapport très documenté sont les suivantes :

Les évacuations par eau. — Les évacuations par eau empruntent la voie marinière (voies d'eau intérieures) ou la voie maritime (voies d'eau extérieures).

A. **Voie marinière.** — La voie marinière comprend les voies d'eau naturelles (fleuves, rivières, lacs) et les voies d'eau artificielles (canaux).

Les voies d'eau naturelles ont une direction fixe et un cours invariable les acheminant vers la mer. Elles sont conditionnées par le système géographique (bassins fluviaux) et subissent les influences météorologiques (crues saisonnières, gelées hivernales, etc.).

Les voies d'eau artificielles relient les bassins entre eux et sont navigables en permanence. Elles nécessitent des travaux d'art avec intervention obligatoire d'écluses et un système d'alimentation en eau.

Le Service de santé utilisera pour ses évacuations les bateaux en usage sur la voie marinière après aménagement convenable.

La voie d'eau exploitée devra passer au voisinage des formations sanitaires desservies.

Le rendement est encore faible, mais pourra augmenter avec le perfectionnement du halage mécanique.

Les bateaux peuvent circuler isolément ou en convois.

Le transport par eau convient aux évacués graves déjà traités.

L'exploitation se fera dans le cadre général de l'emploi des voies d'eau par les armées.

B. **Voie maritime.** — La voie maritime peut être employée en cas d'opérations militaires :

Sur le sol national ;

Sur le même continent ou des continents rapprochés ;

Sur mer ;

Sur des continents lointains (expéditions coloniales) ;

Sur le sol national, les évacuations maritimes complètent les évacuations terrestres ou aériennes ou se substituent à elles pour relier entre eux des ports de la métropole.

Dans les guerres continentales, les évacuations par mer se feront au profit de corps expéditionnaires.

Tout d'abord, des navires-hôpitaux pourront se substituer aux formations sanitaires non encore débarquées ou hors d'état de fonctionner.

Dans cette éventualité, il vaut mieux disposer de petits navires rapides, organisés chirurgicalement, qui traiteront en naviguant vers leur base après s'être chargés à bloc.

Si la distance à la base est trop grande, on pourra utiliser une base intermédiaire.

La guerre maritime se prête peu, en haute mer, à l'intervention d'un navire-hôpital, sauf pour porter secours à un bâtiment endommagé réfugié en eaux calmes.

Lors d'expéditions coloniales lointaines, l'action militaire est le plus souvent restreinte, le bateau-hôpital sera surtout médical avec des possibilités chirurgicales.

Trois types de bateaux-hôpitaux sont à prévoir : chirurgical, médical, mixte.

Le navire-hôpital doit être très marin, robuste, très stable, silencieux, avec un minimum de trépidations ; son déplacement moyen sera de 8.000 tonnes, sa vitesse de 15 nœuds.

Les installations réservées aux malades seront aussi perfectionnées que possible et réalisées avec un grand souci de l'hygiène. Les salles seront d'une capacité de 25 à 100 lits avec 6 mètres cubes d'air au minimum par occupant. Les lits seront démontables sans étage, ni accouplement par deux. On prévoira des cabinets d'isolement et une ou plusieurs cabines capitonnées.

Tous les passages seront largement dégagés. Les accès à bord seront facilités.

Les services généraux (cuisine, eau potable, glacières, etc.) seront développés.

Les services chirurgicaux seront installés sur le pont en un ou plusieurs groupes opératoires complets (stérilisation, radiologie, bactériologie).

Les moyens de sauvetage, de signalisation, de sécurité seront très étendus.

Un hydravion amphibie sera utilement embarqué.

Le navire-hôpital mériterait une construction spéciale et le type pétrolier (machines groupées à l'arrière) semblerait particulièrement convenir.

L'idéal exigerait que, dès leur construction, les navires destinés à faire des bateaux-hôpitaux soient étudiés en vue de leur destination future.

A défaut, le Service de santé compétent devrait être consulté pour le choix éventuel des navires-hôpitaux et des aménagements à leur faire subir.

Le navire-hôpital chirurgical doit recevoir après triage sévère à l'embarquement au plus 300 ou 400 blessés répartis en quatre services disposant chacun d'une équipe chirurgicale.

Le navire-hôpital pour malades et gazés doit prévoir la séparation facile des différentes catégories d'évacués.

Pour les expéditions coloniales lointaines, on doit pouvoir lutter contre la chaleur.

Le service à bord des navires-hôpitaux est celui d'un hôpital à terre. Le médecin-chef doit en être le chef effectif, le capitaine ne reste responsable que de la navigation et du personnel réservé à cette mission.

Le personnel médical doit avoir l'habitude de la navigation.

La liaison des services de santé de terre et de mer doit être complète et étroite.

Au départ comme à l'arrivée doivent fonctionner une base sanitaire militaire d'une part, navale de l'autre.

La base sanitaire militaire prépare les évacuations ; elle est tenue exactement au courant de la situation des évacués en

état d'être embarqués; elle dispose de moyens de transport jusqu'au quai d'embarquement.

La base sanitaire navale reçoit avis de la marche des bateaux-hôpitaux dont elle connaît parfaitement la spécialisation et la capacité. D'accord avec l'autorité maritime, elle prépare les moyens de transport du quai à bord.

Les deux bases sanitaires se communiquent les renseignements qu'elles possèdent.

Quand une évacuation par mer doit se faire, la base sanitaire militaire désigne les évacués à embarquer et les amène à quai aux jour et heure convenus. La base sanitaire navale conduit les évacués à bord du bateau-hôpital.

A l'arrivée à destination, les opérations de débarquement s'exécutent dans l'ordre inverse. Le navire-hôpital préviendra utilement à l'avance par un message sans fil le port de débarquement des conditions de son arrivée et de la nature de son chargement.

Les évacuations sanitaires par voie maritime soulèvent plusieurs problèmes de droit international qui justifieraient une revision de la Convention de la Haye du 18 octobre 1907.

Les évacuations par air. — L'aviation sanitaire a rendu des services tels qu'on doit la considérer, dès maintenant, comme un mode normal d'évacuation.

La plupart des types d'avions peuvent être adaptés aux évacuations sanitaires.

Il faut distinguer les petits porteurs, les moyens porteurs, les gros porteurs.

L'aménagement des avions sanitaires doit surtout prévoir le transport d'évacués couchés, en leur ménageant le maximum de commodités pour l'embarquement et le débarquement, de confort et de sécurité pour la route.

L'avion sanitaire demeurera soumis à toutes les servitudes de l'avion en général.

L'avion sanitaire assure un transport rapide et confortable et, à ce titre, convient tout spécialement aux évacués graves.

En temps de paix, l'avion sanitaire peut intervenir dans les cas d'urgence, soit en apportant du secours, soit en transportant rapidement malades ou blessés à un centre de traitement. Pour cette tâche, le petit porteur suffit.

Aux colonies, l'avion sanitaire peut intervenir dans les mêmes conditions. L'hydravion ou l'amphibie pourra être utilisé avec avantages s'il existe d'importants plans d'eau.

En principe, on se servira surtout du petit porteur, mais le moyen porteur sera utile en cas d'opérations militaires.

Sur les théâtres d'opérations extérieurs, le petit porteur permettra d'atteindre le front et de conduire des évacués sur des terrains où pourront atterrir les moyens porteurs qui évacueront sur les bases de traitement éloignées.

Dans une guerre européenne, l'avion sanitaire, pour entrer en grand dans un système d'évacuation, doit avoir un grand débit; ce sera surtout un gros porteur.

Il ne semble pas possible que l'avion puisse dépasser vers l'avant l'échelon du corps d'armée.

L'emploi du petit porteur peut être avantageux dans certains cas favorables.

L'hélicoptère offrirait des facilités nouvelles pour aborder la zone de l'avant.

L'aviation sanitaire semble devoir rester une subdivision de l'aviation militaire.

L'utilisation du dirigeable pour les évacuations sanitaires ne semble pas à retenir.

L'hydravion sera toujours moins marin qu'une embarcation; il ne peut utilement intervenir qu'en mer calme.

L'amerrissage du blessé doit se faire auprès d'un ras d'accostage flanquant le bateau-hôpital.

Si l'hydravion doit intervenir à terre, il devra être amphibie.

Dans la guerre maritime, l'emploi de l'hydravion sanitaire est très problématique. La seule utilisation possible ne peut être envisagée qu'auprès d'un navire de combat endommagé et réfugié dans une rade abritée.

L'hydravion sanitaire doit être à coque avec carène, du type amphibie, pourvu de deux moteurs en tandem. Il doit être de grandes dimensions mais on peut prévoir des types petits ou moyens, désirables en certaines circonstances. La chambre des évacués doit être protégée, bien close et d'accès facile.

L'utilisation de l'avion sanitaire soulève plusieurs problèmes de droit international dont il importe de poursuivre la solution. Leur neutralisation ne paraît pas devoir être contestée.

En montagne, le téléférique peut considérablement faciliter les évacuations sanitaires.

Chaque installation comporte un ou plusieurs câbles fixes à leurs extrémités et s'appuyant dans l'intervalle sur des pylônes.

Des wagonnets appropriés roulant sur un câble porteur sont tirés par un câble tracteur (bicâble) ou sont simplement accrochés à un câble en mouvement continu (monocâble).

Les conditions de sécurité résident tout entières dans la résistance et l'intégrité des câbles; les risques de guerre sont faibles.

Le Service de santé ne pourra pas disposer pour ses évacuations de téléfériques spécialisées mais utilisera les lignes exploitées.

Des wagonnets spéciaux sont à prévoir pour le transport des évacués couchés.

Il serait désirable de prévoir un système de freinage destiné à parer aux dangers de la rupture d'un câble tracteur.

Discussion.

Parmi les orateurs qui ont pris la parole à la suite de ces rapports, il y a lieu de signaler tout particulièrement le pharmacien en chef de 1re classe SAINT-SERNIN, le médecin-colonel VAUDREMER et le colonel H. S. ROCH.

Ce dernier, notamment, expose les résultats de son expérience acquise en 19:3 sur la frontière de Kurdistan.

A signaler également une importante communication du docteur TUFFIER (de Paris) relative au transport et l'évacuation des blessés en avion.

DEUXIÈME QUESTION.

Les fièvres tropicales de courte durée.

Rapport présenté par La Grande-Bretagne.

Lieutenant-colonel W. P. MAC-ARTHUR, D.S.O., O.B.E. M.D., F.R.C., P.I., R.A.M.C.

L'auteur fait une sorte de revue générale de ces fièvres en envisageant notamment les cas bénins de fièvre typhoïde, de paratyphoïde, de fièvre ondulante, le coup de chaleur, la dengue, la fièvre à papataci, la grippe, la spirochétose, etc.

Il expose à ces propos les moyens actuellement connus de différencier au début, et insiste sur la nécessité d'enregistrer avec beaucoup de soin tous les cas de pyrexie d'origine inconnue.

Rapport présenté par les Pays-Bas.

Médecin-officier de 1re classe, J.-C. GERARDS.

L'auteur essaie de grouper d'une façon scientifique les maladies fébriles des pays chauds qu'on ne distinguait autrefois que par leurs manifestations cliniques. Il passe ainsi successivement en revue : la fièvre jaune, la maladie de Weil, la *febris hebdomadis*, la spirochétose ictérogène épidémique de l'Afrique (Blanchard, Lefrou et Laigret), la fièvre hémoglobinurique, la spirochétose fébrile, la fièvre de papataci, la fièvre de Java dite de « cinq jours » (Van der Scheer), la fièvre d'Ancon, la fièvre de sept jours (Rogers).

A propos de chacune de ces formes, il donne les indications

d'ordre étiologique et clinique qui constituent une mise au point de la question.

Discussion.

A noter, à la suite de ces rapports, les communications : du médecin général SACQUÉPÉE et du médecin lieutenant-colonel CRISTAU sur la fièvre méditerranéenne; du médecin colonel CAZANOVE sur quelques observations recueillies dans les colonies françaises; du médecin commandant BLANCHARD, à propos d'une maladie décrite par lui, par LEFROU et par LAIGRET, et ressemblant à la fièvre jaune et à la maladie de Weill; du docteur CAWADIAS (Grèce), à propos d'une épidémie récente de dengue dans le Sud-Est de l'Europe.

TROISIÈME QUESTION.

Les blessures des vaisseaux sanguins et leurs séquelles.

Rapport présenté par la Grande-Bretagne.

Lieutenant-colonel G. DE LA COUR, O.B., E.R.A.M.C.
Surgeon Commander H. F. R. STEPHNS, O.B.B., M.B., F.R.C.S., R.N.

Après avoir exposé en détail l'anatomie pathologique des différentes lésions artérielles et veineuses, ainsi que le processus de la cicatrisation des vaisseaux blessés, l'auteur consacre deux chapitres à la thérapeutique de l'hémorragie primitive et de l'hémorragie secondaire.

Il envisage ensuite certains cas particuliers relatifs aux risques de gangrène et il développe les indications de la suture vasculaire.

Ce rapport se termine par un exposé général de la thérapeutique des anévrismes.

Rapport présenté par la Belgique.

Médecin lieutenant-colonel MAISONNET, professeur de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce.

La première partie de ce rapport a été rédigée par le médecin lieutenant-colonel MAISONNET, et traite plus spécialement les blessures des vaisseaux par projectiles de guerre, dans la zone de l'avant.

Les conclusions en sont les suivantes :

I. Les plaies vasculaires par projectiles de guerre méritent de retenir l'attention des chirurgiens d'armée, car elles sont fréquentes et nécessitent, qu'il s'agisse de sauver la vie d'un blessé, d'éviter une mutilation, ou de conserver la fonction d'un membre, un traitement d'extrême urgence sur le champ de bataille, une intervention chirurgicale précoce et souvent complexe.

II. Les lésions vasculaires sont extrêmement variées et souvent multiples. A côté des différentes formes de plaies artérielles ou veineuses, il faut noter la fréquence des contusions vasculaires et la possibilité d'une véritable « stupeur artérielle ».

III. Les plaies artérielles ont pour résultat :

1° Des hémorragies externes ou internes qui mettent la vie du blessé en danger si l'hémostase n'est pas assurée;

2° Des thromboses réalisant l'hémostase spontanée et déterminant parfois de véritables plaies sèches des vaisseaux;

3° Des hématomes anévrismaux, des anévrismes artériels, des anévrismes artério-veineux.

IV. L'oblitération d'un vaisseau, qu'elle résulte d'une ligature ou d'une thrombose spontanée, a des conséquences variables :

a. Le rétablissement de la circulation peut se faire intégralement ou seulement partiellement, lorsque sont réalisées un certain nombre de conditions anatomiques, physiologiques et cliniques;

b. L'absence de rétablissement de la circulation aboutissant à la gangrène ischémique ou à la gangrène infectieuse.

V. Le pronostic des plaies vasculaires sera d'autant meilleur que le chirurgien pourra améliorer les conditions physiologiques et cliniques qui permettent de favoriser le rétablissement de la circulation. L'hémostase immédiate et provisoire est une nécessité. Elle présente des dangers et sera aussi brève que possible.

VI. Sur le champ de bataille, le garrot est le traitement le plus habituel des plaies artérielles. La compression directe, l'occlusion provisoire de la blessure, sont rarement applicables. Les garrots improvisés sont en général néfastes; chaque nation s'efforce de réaliser un garrot réunissant, pour les armées en campagne, le maximum de qualités. Il est souhaitable que tout soldat soit instruit de son mode d'application. Tout blessé, porteur d'un garrot, sera signalé et évacué aussi rapidement que possible sur une formation chirurgicale.

VII. A l'ambulance, le chirurgien combat l'anémie, traite les lésions déterminées par le projectile, assure l'hémostase.

Celle-ci est réalisable par la forcipressure, qui n'est qu'un pis-aller; par la ligature et exceptionnellement par la suture artérielle. Cette dernière, qui constitue le procédé idéal d'hémostase, est assez rarement réalisable; néanmoins, elle mérite d'être employée aussi fréquemment que possible.

Les détails de technique suivants sont de la plus grande importance :

a. Nécessité d'une hémostase temporaire en amont de la blessure;

b. Nécessité de conserver la perméabilité du territoire sous-jacent à la blessure, par l'application, au cours de l'intervention, d'un clamp en aval de la plaie;

c. Le parage de la plaie, qui évite l'infection, est indispensable; la résection du muscle, par l'intermédiaire duquel se fait en grande partie le rétablissement circulatoire, sera toujours économique;

d. La ligature de la veine collatérale est souvent un complément utile de la ligature de l'artère blessée;

e. Dans les plaies artérielles incomplètes, il est utile de sectionner, entre deux ligatures, l'artère traumatisée.

Le traitement chirurgical des blessures vasculaires diffère suivant qu'il s'agit d'une plaie large avec hémorragie externe, d'une plaie étroite avec hématome diffus, d'une contusion artérielle, d'une hémorragie secondaire.

Dans tous les cas, une voie d'accès large est indispensable pour l'examen et le traitement des lésions. Dans ce but, les chirurgiens ont préconisé, au cours de la dernière guerre, des techniques variables, suivant la région intéressée, qui méritent d'être utilisées.

VIII. Le pronostic immédiat des plaies des gros troncs vasculaires par projectiles de guerre, traitées par la ligature, est toujours réservé. Il est d'autant plus grave que la blessure s'accompagne d'un hématome diffus, ou d'accidents infectieux qui constituent un obstacle au rétablissement de la circulation.

En raison de leurs dispositions anatomiques, la ligature de la carotide primitive, de l'axillaire au-dessous de la naissance de la scapulaire inférieure, de l'iliaque externe ou de la fémorale à son origine, de la poplitée à sa partie inférieure, détermine fréquemment des accidents redoutables, résultant de l'insuffisance circulatoire.

L'existence des « zones dangereuses », remise en discussion depuis le développement de la chirurgie aseptique, est incontestable.

IX. La thérapeutique des blessures vasculaires a largement bénéficié des progrès accomplis dans le traitement des plaies de guerre. Leur pronostic est d'autant plus amélioré que l'organisation chirurgicale aux armées a permis un traitement plus précoce et plus complet.

Néanmoins, on ne saurait comparer les résultats immédiats et fonctionnels jusqu'ici acquis dans le traitement des plaies

vasculaires par projectiles de guerre à ceux obtenus dans les blessures du temps de paix.

La deuxième partie rédigée par le médecin-major VONCKEN, relative aux séquelles des blessures vasculaires, aboutit aux conclusions suivantes :

I. *Les séquelles des blessures vasculaires dépendent* :
1° Des lésions concomitantes (nerfs et muscles);
2° Du rétablissement de la circulation collatérale.

II. La ligature de la veine, en cas de ligature de l'artère, faite au moment où la circulation collatérale n'est pas encore établie, améliore le pronostic.

III. Un des agents principaux de la restauration circulatoire réside dans les vaisseaux des muscles de la région.

IV. Les troubles de la restauration circulatoire sont d'ordre trophique, vaso-moteur ou fonctionnel.

La thérapeutique des troubles vaso-moteurs et trophiques est à l'étude. Les troubles fonctionnels sont justiciables, suivant leur nature, d'une thérapeutique orthopédique.

V. La formation des anévrismes artériels, artério-veineux, hématomes diffus ou cirsoïdes, constitue une complication grave des blessures vasculaires.

En général, la thérapeutique la plus fréquemment applicable est la résection avec les ligatures qu'elle comporte.

VI. Les séquelles des blessures vasculaires sont importantes, et même en l'absence de troubles apparents la fonction doit être étudiée de très près par l'épreuve du travail forcé et les recherches oscillométriques.

Discussion.

Parmi les nombreux orateurs qui ont pris part à la discussion, il faut citer :

Le médecin colonel LÉO (France), qui souligne notamment l'importante contribution qui a été apportée à cette question par sir Georges MAKINS qui assistait d'ailleurs à la séance.

Le professeur CACCIA (Italie), qui rapporte ses recherches personnelles de la grande guerre, et étudie les séquelles des lésions vasculaires observées à l'heure actuelle.

Le médecin lieutenant WALTHER (France), qui parle de la technique opératoire dans les anévrismes.

A noter également les communications :
Du docteur LATROWSKI (Pologne);
Du colonel GOMEZ (Espagne);
Du docteur FRANCESCO (Italie);
Du médecin colonel BOTREAU-ROUSSEL (France);
Du docteur STABHOLZ (Pologne);
Du colonel LEVIT (Tchécoslovaquie);
Des docteurs YAKOUB, FREDER, DE FOURMESTRAUX et JEANNENEY (France).

QUATRIÈME QUESTION

Analyse physique et chimique de la verrerie et des objets en caoutchouc utilisés par le Service de santé.

Rapport présenté par la Grande-Bretagne.

Surgeon-Commander F. LEWIS-SMITH, de la Marine royale.
Mr. F. HOOPER M. B. E., pharmacien en chef de la Marine royale.

Rapport présenté par l'Espagne.

Pharmacien-major don LUIS MAIZ ELEICEGUI.

Dans ces deux rapports, les auteurs exposent les conditions optima que doivent remplir le verre et le caoutchouc, en exposant une série de détails d'ordre chimique qu'il est impossible de résumer. Ils insistent notamment sur les procédés les plus simples qui permettent de donner les résultats les plus satisfaisants dans les expertises auxquelles ces substances doivent être soumises avant d'être utilisées par le Service de santé.

CINQUIÈME QUESTION

L'état de la denture et l'aptitude physique aux différents services militaires.

Rapport présenté par la Grande-Bretagne.

Captain S. H. WOODS, du Corps dentaire de l'armée.

Après avoir donné des chiffres destinés à montrer l'importance des éliminations de l'armée qui dépendent uniquement des lésions d'origine dentaire, l'auteur insiste sur la nécessité d'exiger, pour les engagés volontaires, des conditions sévères relatives à l'état de la denture.

Il signale également que les soins systématiques donnés aux militaires ont pour conséquence heureuse de les mettre à l'abri des complications graves qui peuvent résulter de lésions négligées ou mal traitées.

Rapport présenté par Cuba.

Capitaine dentiste Jésus M. CLARK A MASCARO.

Dans ce rapport, l'auteur entre dans de longs développements sur l'importance du service dentaire dans l'armée cubaine; ce service s'est perfectionné graduellement, au point de posséder dans chacun des districts même les plus éloignés de la capitale, des cabinets parfaits qui ne sont dépassés nulle part, et les praticiens officiels se trouveront à même de remplir leur mission dans les meilleures conditions, le jour où les techniciens qualifiés seront investis d'une autorité suffisante.

Séance terminale du Congrès.

Au cours de la séance terminale du Congrès, les conclusions générales relatives aux questions à l'ordre du jour ont été rédigées et lues en séance, en quatre langues : anglais, français, italien, espagnol.

— Le prochain Congrès se réunira, en 1931, à Budapest.

ROUVILLOIS.

RÉUNION PLÉNIÈRE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(17-18 mai 1929)

Trois rapports ont été exposés, le premier de M. GIAJA, sur le *métabolisme de sommet*, le second, de M. J.-K. PARNAS, sur le *métabolisme du muscle en activité*, le dernier, de M. CUENOT, sur l'*origine des espèces et le mutationnisme*.

***

LE MÉTABOLISME DE SOMMET

Par métabolisme de sommet, M. J. GIAJA, professeur à l'Université de Belgrade, entend « la puissance thermogénétique maxima que peut développer l'homéotherme à jeun, par les seuls mécanismes réflexes et automatiques, c'est-à-dire à l'exclusion de la contraction musculaire volontaire, dans la lutte extrême contre le froid ». C'est donc la limite supérieure de l'accommodation de la thermogénèse, dont la limite inférieure est le métabolisme de base.

On la mesure à la suite de brusques réfrigérations de courte durée, à l'aide d'une douche ou d'un bain d'eau glacée, l'animal étant ensuite placé dans l'appareil respiratoire, à la température de 0 degré environ. Avec une certaine expérience on arrive à réaliser, pour chaque espèce animale, les conditions de sa résistance extrême au refroidissement, dont on juge par l'hypothermie envahissante si ces conditions sont dépassées ou si leur durée est prolongée.

Dans les conditions expérimentales adoptées, la mesure du métabolisme de sommet, répétée chez un même animal à certains intervalles de temps, dont la constance est du même

ordre que s'il s'agissait de la mesure du métabolisme de base.

Si l'on mesure le métabolisme de sommet de différents homéothermes de taille différente et inégalement résistants au froid, on ne trouve pas de différences de la valeur du métabolisme de sommet, exprimé en fonction de la surface corporelle en rapport avec cette résistance, comme on aurait pu s'y attendre. Les résultats obtenus jusqu'à présent sur une quinzaine d'espèces d'oiseaux et de mammifères, pesant de 10 grammes à 6 kilogrammes environ, permettent d'apporter les conclusions suivantes :

1° Le métabolisme de sommet, calculé par unité de poids, est d'autant plus élevé que le poids de l'animal est plus faible.

2° Sans qu'il soit possible d'énoncer une loi des surfaces régissant le métabolisme de sommet, il n'est pas douteux que la surface, ou d'autres facteurs qui lui sont proportionnels, ont une influence prépondérante sur la fixation du niveau du métabolisme de sommet.

3° Il y a donc un certain parallélisme entre la hauteur du métabolisme de base et celle du métabolisme de sommet. Le rapport entre ces deux termes, le quotient métabolique, a dans la plupart des cas une valeur assez constante, en général entre 3 et 4.

4° Les dérogations à la loi des surfaces sont plus importantes pour le métabolisme de base que pour le métabolisme de sommet.

5° Le métabolisme de sommet est plus sensible que le métabolisme de base aux troubles pathologiques.

LE MÉTABOLISME DU MUSCLE EN ACTIVITÉ

Par J.-K. PARNAS, professeur à l'Université de Lwow.

I. Par l'étude chimique, on a réussi, au cours de ces dernières années, à établir, pour le muscle, non seulement les phases intermédiaires du métabolisme des aliments immédiats mais encore à rapporter ces transformations intermédiaires et leur énergétique aux phases de la fonction musculaire.

II. Ce progrès fut accompli grâce aux découvertes suivantes (FIECHTER, HOPKINS, HILL) :

a. La plupart des manipulations préliminaires à l'analyse du tissu musculaire produisent de profonds changements d'ordre chimique; immédiatement après, on a mis au point des méthodes qui réalisent la fixation chimique de ce tissu.

b. Les méthodes de dosage ont été améliorées quand on les a fait porter sur de petites quantités.

c. La présence ou l'absence de l'oxygène dans le muscle influe sur le caractère des transformations chimiques, en particulier sur la formation et la disparition de l'acide lactique.

d. La distribution de l'énergie, entre la contraction même et la réparation, correspond à l'acte élémentaire de la fonction musculaire.

e. Les oxydations, qui représentent la source ultime de l'énergie musculaire, n'ont lieu qu'au cours de la réparation.

III. L'application de l'analyse chimique aux muscles ayant subi des variations dans l'apport d'oxygène, ayant passé par des périodes de repos et d'activité, ou soumis à des influences d'ordre pharmacologique, a fourni, en ce qui concerne le métabolisme intermédiaire des glucides, les résultats suivants.

a. Au cours des contractions, le glycogène musculaire se transforme en acide sarcolactique, lequel est neutralisé par les phosphates secondaires et par les sels alcalins des protides du tissu; cette transformation constitue, avec le dédoublement de la phosphocréatine, la source immédiate de l'énergie de la contraction musculaire.

b. Au cours de la réparation, l'acide lactique disparaît; un cinquième subit la combustion jusqu'aux produits ultimes, quatre cinquièmes sont transformés en glucide. L'effet chimique final, c'est la combustion complète d'un cinquième du glucide qui avait fourni de l'acide lactique au cours de la contraction : la moitié de la chaleur de cette combustion se dégage au cours de la réparation, l'autre couvre la dépense de la reconstitution endothermique du glucide, à partir de l'acide lactique, et du rétablissement, également endothermique, des conditions altérées par des transformations de la contraction préalable. Cette moitié sera donc la source de l'énergie des contractions prochaines (MEYERHOF).

c. Les phénomènes chimiques essentiels de la contraction et de la réparation se retrouvent exactement comme ils se présentent dans le muscle excisé de grenouilles, dans le travail de muscles humains vivants (HILL, LONG, LUPT et FURUSAVA).

d. La rédaction couplée :

A. Combustion de n molécules de glucide, ou de leurs produits de dégradation en anaérobiose.

B. Reconstruction de m molécules de glucide, à partir de ces produits,

où $m > n$, c'est la *réaction de Pasteur*, forme la plus générale de l'utilisation des glucides par les cellules aérobies.

IV. *a*. Il n'est pas possible, actuellement, de préciser le rôle intermédiaire des phosphates dans l'utilisation des glucides.

b. La transformation de la phosphocréatine (FISKE et SUBBAROW) en créatine et en acide phosphorique, ainsi que la réaction inverse, représente probablement la réaction la plus importante, en quantité, après la transformation des glucides.

V. Une autre transformation, qui accompagne la dégradation des glucides, c'est l'ammoniogénèse musculaire et la formation de l'acide inosique.

a. Le broyage d'un muscle strié prélevé chez n'importe quelle espèce engendre la formation rapide d'ammoniaque; cette *ammoniogénèse traumatique* est supprimée par la présence de biborate de soude, ou par d'autres moyens de fixation chimique.

b. L'ammoniaque se produit lentement pendant la période de repos, rapidement au cours des variations qui amènent la rigidité : elle s'accumule dans le tissu au cours de l'activité musculaire; son taux est proportionnel à l'énergie dégagée. Dans le muscle isolé, aucune réaction inverse n'absorbe l'ammoniaque libérée, et aucune réaction ne la transforme ultérieurement en déchet.

c. L'ammoniogénèse traumatique, et celle des contractions en l'absence d'oxygène, provient de la désamination d'un nucléotide pentosique de l'adénine (découvert par HOFFMAN, 1925), qui se transforme en acide inosique, c'est-à-dire en nucléotide de l'hypoxanthine. Cette désamination est donc la source immédiate de l'ammoniaque musculaire, tandis qu'une autre source entre en action au cours des contractions qui se font en milieu oxygéné, sans amener la fatigue. Dans ces conditions, il n'y a pas de désamination du composé adénique. Une reconstitution du nucléotide aminopurique se fait alors, avec de l'acide inosique, et des groupes aminogènes provenant probablement des acides aminés ou de leurs dérivés.

d. La nucléotide aminopurique aurait donc pour fonction de fournir immédiatement de l'ammoniaque, qu'il récupère ensuite au cours de la réparation.

VI. La connaissance du métabolisme du muscle reste nécessairement incomplète si l'on n'élucide pas le mécanisme de la transformation des lipides, qui ne semblent utilisables qu'après qu'ils ont été modifiés, d'une façon quelconque, par l'action d'un autre organe.

L'ORIGINE DES ESPÈCES ET LE MUTATIONNISME

Par L. CUÉNOT, professeur à la Faculté des sciences de Nancy.

La conception classique de l'espèce (individus semblables et féconds entre eux, infertiles avec les groupes spécifiques voisins) étant devenue inacceptable, il faut rebâtir à neuf.

Le mendélisme nous a fait connaître une unité certaine : c'est l'individu (ou le groupe d'individus) homozygote, dont

la descendance est homogène : cette *espèce-unité* est représentée dans la nature, à peu de choses près, par la *petite espèce* ou *jordanon*, mise en évidence par A. JORDAN, lorsqu'il décomposa en plus de 200 formes permanentes ce que LINNÉ appelait *Draba verna*. Le jordanon est la première unité systématique.

La notion d'une seconde unité nous est donnée par une population d'*Helix nemoralis* habitant un jardin; il apparaît nettement qu'elle est constituée par un certain nombre de jordanons croisés entre eux, de telle sorte que presque tous les individus sont hétérozygotes : c'est une espèce *collective* ou *linneon*. Son caractère principal est d'être *isolé* des linneons voisins et alliés, soit par l'habitat soit par une incompatibilité sexuelle plus ou moins complète; il a donc une valeur surtout régionale. La tendance des taxinomistes est d'élargir cette idée très claire de la population hétérogène, en imaginant une espèce collective, telle que la souris, et en lui rattachant des sous-espèces arbitraires, surtout géographiques, ce qui donne à la nomenclature une instabilité perpétuelle. L'auteur propose de réserver le nom de jordanon à tout ce qui est isolé, homogène et reconnaissable, celui de linneon aux populations hétérogènes et isolées, et d'appeler *clan* (type *Draba verna*) les groupes affines de linneons ou jordanons séparés géographiquement.

Le problème de l'origine des espèces est celui de l'origine du jordanon isolée; aucune théorie solide n'en a expliqué la genèse, ce qui motive cette critique souvent faite que, somme toute, l'on n'a jamais vu se développer une « bonne espèce » nouvelle. Le fait est qu'on ne comprend guère qu'une mutation morphologique, phénomène assez rare, puisse être à elle seule fondatrice d'espèce, puisqu'elle ne rend pas compte de l'isolement, qui est le phénomène capital, et cependant les linneons et les jordanons paraissent bien n'être séparés les uns des autres que par des différences de l'ordre des mutations. Quatre cas principaux.

1° Le jordanon est créé d'un coup par une simple mutation, dans le cas des plantes inféconbables.

2° Le mutant peut *se substituer* à la forme originelle, probablement par le jeu de la fécondité différentielle.

3° Un obstacle géographique peut couper en deux une aire jadis continue et provoquer la formation d'*espèces géminées*.

4° Le processus probablement le plus important est celui de la mutation simplement physiologique ou psychique, sans aucun retentissement morphologique, qui est une *mutation d'isolement* ou de *ségrégation*, se traduisant par une affinité, différente de celle de la souche, pour une certaine condition de milieu, ou pour une plante nourricière nouvelle, ou encore par un décalage de l'époque de maturité sexuelle ou de ponte.

La phase essentielle et décisive de l'édification d'une espèce nouvelle, celle qui aboutit à l'isolement des mutants, se passe donc dans l'ombre, et est inaperçue ; les mutations morphologiques, les modifications dues au milieu ne viennent qu'après, et leur action peut s'étendre sur des milliers d'années; si l'homme a une vie trop brève pour observer le début et la fin d'un tel processus, les stades divers se présentent à lui en abondance dans la nature, et il ne peut y avoir de doute sur leur succession.

*
* *

Le vendredi 17 mai, au siège de la Société, a eu lieu une réunion amicale, au cours de laquelle M. Ch. RICHET a pris la parole pour remercier les donateurs qui ont permis la réorganisation de la bibliothèque. Le lendemain, au Cercle de la renaissance, dîner, terminé par un spirituel discours de M. d'ARSONVAL : après avoir remercié les congressistes et les savoir félicités de leur zèle, ce savant a évoqué quelques-uns des souvenirs de sa collaboration avec Cl. BERNARD, dont il reste le seul élève survivant, puis, soutenu par les applaudisements de l'assistance, il a rendu à l'organisateur de cette fête, qu'il a eu la coquetterie de ne point nommer, l'hommage le plus senti, le plus plaisant, le plus « *jolly* ».

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 MAI 1929 [*fin*])

Interprétation des valeurs de la réserve alcaline du plasma sanguin au cours des céto-acidoses. — M. Paul CRISTOL.

Modifications de la coagulation sanguine dans la fièvre jaune; leur importance pour le diagnostic précoce. — MM. J. VELLARD et MIGUELOTE VIANNA. La diminution de la coagulabilité sanguine dans la fièvre jaune n'est pas un phénomène spécifique; elle dépend de la gravité des lésions hépatiques; expérimentalement les auteurs ont pu reproduire des modifications tout à fait comparables chez des chiens intoxiqués par le chloroforme et l'acide arsénique. Mais la constance de cette réaction dans la fièvre jaune, même dans les cas légers, sa précocité, son intensité et son absence dans les autres cas fébriles avec lesquels cette maladie peut être confondue, surtout à son début (grippe, broncho-pneumonie, paludisme, etc.), permettent de l'utiliser avec profit pour le diagnostic précoce de la fièvre jaune.

Infection transplacentaire du cobaye par le spirochète ictéro-hémorragique. — M. A. ZANZ.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1929)

M Viggo Christiansen, professeur de clinique neurologique à l'Université de Copenhague, membre correspondant étranger, assiste à la séance.

L'élimination des phénols. — MM. ACHARD et CODOUNIS.

Contribution expérimentale à l'étude étiologique de la syringomyélie. — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et Mlle R. SCHOEN, au cours de leurs travaux sur l'encéphalomyélite du renard, ont observé chez un jeune animal, inoculé par voie intracranienne, une maladie nerveuse ayant évolué en seize jours due à la formation de cavités syringomyéliques dont ils ont réussi à préciser les phases évolutives et le mécanisme de formation. Les lésions constatées siègent exclusivement dans la moelle où elles revêtent, suivant leur stade, les caractères, soit d'une myélite inflammatoire dégénérative et hémorragique, soit d'une cavité syringomyélique parfaitement constituée. Cette cavité, indépendante du canal épendymaire, occupe le cordon et la corne postérieure au niveau de la moelle cervicale, le cordon latéral au niveau de la moelle dorsale, et résulte de la confluence de cavités plus petites formées aux dépens des foyers inflammatoires.

C'est la première fois que l'inoculation d'un ultravirus neurotrope déclenche l'apparition de lésions cavitaires de la moelle absolument identiques à celles qui caractérisent certaines formes de syringomyélies humaines, dont on a depuis longtemps soupçonné la nature infectieuse. Il est particulièrement important de constater qu'un même virus peut provoquer, tantôt l'encéphalite, tantôt la myélite, tantôt enfin la syringomyélie. Ces considérations et l'étude microscopique des foyers évolutifs observés éclairent d'un jour nouveau l'étiologie de la syringomyélie humaine et le processus de ses lésions anatomo-pathologiques.

Les eczématides secondaires, d'origine allergique, survenant au cours des intertrigos à levures (levurides). — M. Paul RAVAUT montre, en s'appuyant sur des faits cliniques et thérapeutiques, qu'une variété d'intertrigos déterminée par des levures peut, chez certains malades spécialement sensibilisés, se compliquer d'éruptions secondaires à type d'eczématides.

Les examens microbiologiques, l'étude des réactions humorales, la reproduction expérimentale chez l'homme de ces lésions au moyen d'injections intradermiques de levurine confirment l'origine et le mécanisme de ces eczémas; ils représentent de véritables levurides non encore décrites.

Ces faits sont importants, car ils montrent que les réactions cutanées appartenant à ce groupe s'étendant depuis l'eczéma jusqu'au psoriasis, représentent des manifestations secondaires, allergiques; elles sont sous la dépendance d'un foyer primitif qui peut être visible comme dans les intertrigos à levures, ou d'autres lésions parasitaires, mais qui peut être occulte, rester caché et demande d'être recherché.

De nombreuses déductions thérapeutiques découlent directement de ces faits nouveaux.

Voyage avec des émigrants du Havre à Buenos-Aires (suite aux études sur la greffe interraciale). — M. René MARTIAL, revenant sur la question dont il a déjà entretenu l'Académie (3 avril 1928), étudie les conditions nouvelles dans lesquelles sont maintenant transportés les émigrants. Il n'est plus question de l'entassement et des conditions antihygiéniques d'autrefois. Le bateau des Chargeurs réunis, sur lequel M. Martial a accompagné des émigrants polonais en Argentine, réunit des conditions d'hygiène et de sécurité remarquables. Signalons spécialement la bonne installation de la ventilation, de l'évacuation de l'air vicié et éventuellement du chauffage. Le voyage se ferait dans les meilleures conditions si on n'avait à lutter avec la négligence des émigrants et avec leur malpropreté personnelle, malgré les douches dont ils disposent.

La surveillance des émigrants est assurée par des inspecteurs et des médecins de leur nationalité, ce qui n'est pas sans inconvénients et est de nature à diminuer l'autorité du médecin du bord.

Cette réserve faite, il faut constater le grand effort fait par nos compagnies de navigation, il est tout à l'honneur de la marine marchande française.

De l'emploi du lactosérum en thérapeutique chirurgicale. — MM. Henri DE ROTHSCHILD et Pierre MAZÉ ont cherché à établir, par la précipitation diastasique et la filtration, un lactosérum entièrement débarrassé des matières grasses et albuminoïdes en suspension dans le lait, et susceptible d'être utilisé en thérapeutique chirurgicale. Leur technique leur a permis d'établir un lactosérum clair et transparent, parfaitement aseptique et d'une réaction légèrement acide (pH 6,5). Il contient par litre : 5 grammes de lacto-protéines en solution, 52 grammes de lactose, 7,5 à 8 grammes d'éléments organo-minéraux environ. Il est à la fois stable, homogène et d'une conservation quasi-indéfinie.

A la suite d'expériences nombreuses et concluantes faites à l'école vétérinaire d'Alfort, par MM. les professeurs Coquet et Lesbouyriès sur diverses espèces d'animaux, M. Henri de Rothschild a appliqué le lactosérum, à la thérapeutique chirurgicale humaine. Pour commencer, il a traité avec succès des plaies atones ou infectées (ulcères variqueux, brûlures). A la suite de ces premiers résultats, le professeur Delbet a

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL
JÉCOL
COMBRETUM · BOLDO · EVONYMINE
FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets
3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

De Trouette-Perret
l'Aphloïne — Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux
la Nisaméline (Guaco) — Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies
la Papaïne — Gastro-Entérites Diarrhées-Vomissements Troubles Dyspeptiques
15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

ÉLIXIR VIRENQUE
Pepsine - Diastase - Cocaïne
AFFECTIONS DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN
Digestif des aliments azotés et respiratoires
TONIQUE SPÉCIFIQUE DE L'ESTOMAC
DOSE : Un verre à liqueur à la fin des deux principaux repas
R. C. 27.894, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE
G. DEGLOS, 1. rue d'Alembert, — PARIS

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES
LIPOL
liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —
Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique
Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique
LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

NUCLÉARSITOL ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE
R. C., 221.839, Seine
LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 36.923
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN. PARIS 16e

appliqué le lactosérum dans son service de l'hôpital Cochin, pour le traitement d'appendicites gangréneuses avec péritonite, d'ulcères variqueux, d'ostéomyélites, etc. Les résultats obtenus sont excellents et les malades guérissent dans un temps variable entre une et trois semaines.

D'autres applications ont été faites par M. Picot, à l'hôpital Lariboisière et à la fondation Mathilde-Henri de Rothschild, dans des cas d'appendicite gangréneuse, d'anthrax, d'infiltration d'urine, etc...

En chirurgie urinaire, M. Heitz-Boyer l'a employé à l'hôpital Saint-Louis et a obtenu en peu de temps la désinfection de la vessie et de l'uretère.

Le lactosérum n'irrite ni la peau, ni les muqueuses, ni les séreuses et il est parfaitement toléré par les malades.

Ainsi, le lactosérum, préparé d'après la technique de M. P. Mazé, a donné les résultats les plus heureux dans des cas où un traitement antiseptique ou aseptique a échoué.

Le lactosérum, en thérapeutique chirurgicale, agit sans doute grâce : 1° à ses propriétés cytophylactiques, en développant une phagocytose intense, qui aseptise la plaie et favorise l'élimination rapide des tissus nécrosés ou mortifiées; 2° à son équilibre isotonique avec les humeurs de l'organisme; 3° à ses propriétés nutritives et à sa haute teneur en éléments organo-minéraux, qui activent le développement des tissus de réparation.

En fait, le lactosérum peut être considéré comme un moyen de traitement des plus actifs dans le traitement des lésions infectées et gangrenées et, en général, de tout foyer de suppuration, sans qu'il soit encore possible de préciser à laquelle de ses propriétés il convient d'attacher le plus d'importance.

Prix Albert de Monaco. — L'Académie, en comité secret, a procédé au vote pour l'attribution du prix.

Le prix a été attribué à M. Amédée Borrel, ancien professeur à l'Institut Pasteur, professeur de bactériologie à l'Université de Strasbourg, pour l'ensemble de ses recherches sur le cancer.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Les faits qui donnent naissance à la responsabilité civile des médecins et des chirurgiens supposent l'existence d'une faute dans les termes des articles 1382 et 1383 du Code civil; ils s'apprécient suivant les mêmes principes juridiques. La faute, quand elle est constatée, a pour conséquence la condamnation à des dommages-intérêts, à la condition qu'il y ait relation directe entre la faute commise et le préjudice éprouvé.

La difficulté existe, dès qu'il s'agit de déterminer l'acte, ou aussi l'omission, qui est répréhensible.

Ce que l'on appelle la *faute médicale* est chose particulièrement délicate; car, pour la déterminer, le juge est dans la nécessité de s'aventurer dans un domaine qui lui échappe; il ne peut prendre parti dans des controverses scientifiques, il ne doit pas perdre de vue que la liberté du médecin ou du chirurgien est la garantie la meilleure des malades; il ne peut pas s'en tenir seulement au résultat constaté. Ce qu'on est en droit de demander au médecin et au chirurgien, c'est l'exercice normal et consciencieux de leur profession; ils y ajoutent le dévouement dans la plupart des cas. La médecine et la chirurgie sont en voie d'évolution constante; les progrès de la science influent sur les méthodes et sur les soins à donner; le juge doit alors recourir à l'expertise et s'en remettre aux experts médicaux du soin de déterminer si l'acte reproché constitue ou non une faute caractérisée.

Y a-t-il des fautes commises par le médecin ou le chirurgien qui ne sont pas à proprement parler des *fautes médicales*, de telle sorte que le juge puisse se permettre de statuer sans avoir recours à l'expertise? Incontestablement oui; on peut citer comme exemple : la faute du médecin qui viole le secret professionnel (Trib. corr. Seine 4 janv. 1928 S. 1928-2-11), la faute du médecin qui délivre des certificats faux ou sans contrôle suffisant (Cour de Caen 16 janv. 1901 S. 1904-2-171), la faute du médecin qui fait des erreurs graves dans ses ordonnances (Trib. corr. Seine 28 juillet 1894, *Gaz. Pal.* 1894-2-255). Dans ces divers cas, on peut dire qu'il s'agit de manquements qui pourraient se produire dans l'exercice de toute profession et qui ne se rattachent pas intimement et d'une façon absolument dépendante à la pratique de l'art médical.

Que décider d'une intervention médicale ou chirurgicale pratiquée dans un but purement esthétique?

Le Tribunal civil de la Seine a statué, à cet égard, par un jugement du 25 février 1929 qui doit attirer d'une façon toute spéciale l'attention du monde médical. Il a jugé que le fait d'avoir entrepris une opération comportant des risques d'une réelle gravité sur un membre sain, dans le seul but d'en corriger la ligne et sans que cette intervention soit imposée par une nécessité thérapeutique, ni même qu'elle puisse présenter une utilité quelconque pour la santé de l'opéré, constitue à lui seul une faute de nature à entraîner la responsabilité du chirurgien, sans qu'il y ait lieu de rechercher si une faute professionnelle a ou non été commise, tant au cours de l'opération que dans les soins qui l'ont suivie. Le Tribunal estime donc que le chirurgien a assumé un risque, dont il demeure seul responsable, si l'opération a eu des conséquences malheureuses.

Quels étaient, tout d'abord, les faits soumis à l'appréciation du Tribunal?

Ayant fondé une maison de couture et trouvant ses jambes trop fortes, la dame X... alla consulter un médecin qui, ne pouvant donner un traitement médical, lui indiqua l'adresse d'un chirurgien, le docteur Z...; ce dernier pratiqua l'opération. A ce sujet le Tribunal, rapportant les termes de l'assignation, déclare : « qu'au lieu de durer quelques minutes, elle se prolongea pendant une heure et demie; que la brèche ouverte dans le mollet était si large qu'il fut impossible de la fermer par des points de suture et que Z... dut garrotter fortement la jambe; que la compression excessive ainsi exercée empêchant la circulation du sang, après avoir occasionné des souffrances atroces, entraîna la gangrène, puis la destruction des tissus et mit la vie de la dame X... en tel danger que Z..., le 20 mars 1926, déclara que si la jambe n'était pas coupée d'urgence, l'opérée pouvait succomber dans les quarante-huit heures; qu'il rédigea même un certificat attestant que la dame X... était en danger de mort; et que c'est ce certificat qui permit à X... d'épouser à l'hôpital celle qui n'avait été jusqu'alors que sa fiancée; que l'ablation de la jambe fut pratiquée le 23 mars, qu'elle fut suivie de soins longs et coûteux; qu'elle contraignit la dame X... à quitter la direction de sa maison de couture; que les époux X... sont en droit d'obtenir réparation du préjudice qui leur a été causé; qu'ils formulent des conclusions subsidiaires aux fins d'expertise pour le cas où le Tribunal ne serait pas quant à présent suffisamment éclairé ». La demande était de 500.000 fr. de dommages-intérêts.

Le chirurgien soutenait qu'il n'avait commis aucune faute, ni imprudence pouvant engager sa responsabilité et que, dans ces conditions, la demande dont il était l'objet était injustifiée.

(*A suivre*).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

REMINÉRALISATION RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS, DU PHOSPHATE TRICALCIQUE NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LE LABORATOIRE DU BACTÉRIOPHAGE
laboratoire de recherches dont les bénéfices sont destinés à des fins scientifiques
sous le contrôle du PROFr d'HERELLE

Bacté-intesti-phage
Entérites, Colites, Diarrhées Infantiles

Bacté-rhino-phage
Grippe, Coryza, Rhinopharyngites

Bacté-pyo-phage
Furonculose, Anthrax, Plaies infectées

AGENTS GÉNÉRAUX
LABORATOIRES ROBERT & CARRIERE
37, RUE DE BOURGOGNE_PARIS

N° 47. — MERCREDI 12 JUIN 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 12 JUIN 1929. — N° 47.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes, la première le 1er novembre 1929, la deuxième le 1er novembre 1930, sera ouvert le jeudi 10 octobre 1929, à 9 h., à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, bureau du Service de santé), à partir du lundi 16 septembre jusqu'au mardi 24 septembre 1929 inclusivement, de 14 à 17 heures.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 1er juillet.

La durée de cette session sera de trois jours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Jury : M. le professeur Roger, président; MM. Hartmann, Lejars, Lecène, Ombrédanne, Cunéo, Hovelacque.

Epreuve écrite. — Questions données : *Anatomie.* « Le dôme pleural. Histologie du canal cholédoque. Physiologie du duodénum. » — *Pathologie.* « Luxations traumatiques récentes de la hanche. »

MM. Ménégaux, 26; Garnier, Redon et Banzet, 25.

Epreuve orale d'anatomie. — Question donnée : « Sinus caverneux. »

MM. Ménégaux et Banzet, 19; Garnier, 17; Redon, 16.

Epreuve orale de physiologie. — Question donnée : « Physiologie des capillaires sanguins. »

MM. Ménégaux et Redon, 19; Garnier et Banzet, 17.

Epreuve de chirurgie. — Question donnée : « Fractures du calcanéum. »

MM. Garnier et Banzet, 19; Redon, 18; Ménégaux, 16.

Epreuve de médecine opératoire. — Questions données : « Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes (côté droit). — Désarticulation médio-tarsienne dite de Chopart (côté droit). »

MM. Banzet, 28; Garnier et Redon, 27; Ménégaux, 26.

Epreuve de dissection. — Question donnée : « Dissection du nerf maxillaire inférieur et de ses branches. »

MM. Redon, 28; Ménégaux et Garnier, 26; Banzet, 24.

Totaux : MM. Redon, 133; Ménégaux et Banzet, 132; Garnier, 131.

Epreuve supplémentaire. — MM. Ménégaux, 19; Banzet, 18.

Sont proposés : MM. Ménégaux et Redon.

— *Concours de l'adjuvat.* — Jury : M. le professeur Legueu, président; J.-L. Faure, Cunéo, Rouvière, Ch. Richet.

Epreuve écrite. — Questions données : « Morphologie du sacrum. — Fatigue musculaire. »

MM. Lecœur, Sicard et Kaufmann, 28; Padovani, 26; Cordier, 25.

Epreuve orale. — Question donnée : « Artère et veine faciale. »

MM. Lecœur, 19; Sicard, 18; Kaufmann et Padovani, 17; Cordier, 16.

Epreuve de dissection. — Questions données : « Longs fléchisseurs des doigts. — Courts fléchisseurs du pouce et du petit doigt avec leurs nerfs. »

MM. Sicard, 29; Lecœur, 28; Padovani et Cordier, 27; Kaufmann, 25.

Totaux : MM. Lecœur, 77; Sicard, 75; Kaufmann et Padovani, 70; Cordier, 68.

Sont proposés : MM. Lecœur, Sicard, Kaufmann, Padovani et Cordier.

DIGITALINE cristallisée

NATIVELLE

Granules — Solution — Ampoules

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le nombre des admissions à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1929 pourra, suivant les résultats des examens, atteindre les chiffres ci-après :

Ligne médicale. — Candidats à quatre inscriptions : quatre-vingt-douze places, dont vingt-deux pour la marine et soixante-dix pour les troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique. — Sept places, dont une pour la marine et six pour les troupes coloniales.

Les épreuves écrites auront lieu les 17 et 18 juillet 1929, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 21 mars 1929.

BANQUET DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société des chirurgiens de Paris a célébré mardi soir, 4 juin, avec le vingtième anniversaire de sa fondation, les importants résultats de la propagande chirurgicale qu'elle poursuit à l'étranger.

Un banquet, sous la présidence de M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat de l'Hygiène, réunissait dans les salons du Palais d'Orsay les membres de la Société et de nombreuses personnalités : MM. le professeur Balthazard, représentant le doyen de la Faculté de médecine empêché; le professeur J.-L. Faure, président du Syndicat des chirurgiens français; le professeur Cunéo, président de la Société nationale de chirurgie; le professeur Sébileau; le médecin général Rouvillois, directeur du Val-de-Grâce; le docteur Lobligeois; Landry, député; Louis Forest; G. Doin, éditeur; le docteur Blondel; pour les grands laboratoires, les grandes maisons de produits pharmaceutiques et d'instrumentation : MM. Bottu, le docteur Boucard, Le Flohic (Etablissements Buisson), Boulanger (laboratoire Dausse), le docteur Debat, Fraisse, Girard (laboratoire Grémy), Heudebert, Plisson, Tabart (laboratoire Robert et Carrière), H. Rogier, docteur Roussel, Beder (produits Scientia), Vincent.

M. le docteur H. Blanc, président de la Société des chirurgiens de Paris, après avoir donné lecture des lettres d'excuses qu'il avait reçues, a remercié M. le sous-secrétaire d'Etat de l'Hygiène et les personnalités présentes d'avoir accepté l'invitation qui leur avait été faite.

M. le docteur Charles Buizard, secrétaire général de la Société, a résumé l'histoire de celle-ci depuis sa fondation et a montré les très importants résultats de la propagande qu'elle fait à l'étranger pour la science chirurgicale française.

M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat de l'Hygiène, a dit tout l'intérêt d'une telle œuvre pour le rayonnement de la pensée et de la science françaises.

Un brillant concert a suivi le banquet.

Les discours et le concert ont été radio-diffusés par la station des P. T. T.

UN VOYAGE EN AMÉRIQUE. — Un certain nombre de touristes français et des gens d'affaires s'embarqueront à Cherbourg, le 13 juillet prochain, pour les Etats-Unis et le Canada.

Ils séjourneront à New-York, Philadelphie, Washington, Chicago, Détroit, Cleveland, Buffalo, Montréal et Québec. Des excursions auront lieu aux chutes du Niagara, sur les lacs Michigan, Erié et Ontario.

Des visites d'étude dirigées par des spécialistes sont prévues aux usines Ford, Armour, Curtiss, à l'exposition canadienne, la nouvelle Fondation médicale Rockefeller, à New-York, etc.

Les organisateurs se feront un plaisir de procurer aux participants à ce voyage les introductions que ceux-ci leur demanderont dans le domaine médical, joignant ainsi à l'agrément d'un très beau voyage un résultat pratique de premier ordre. Retour au Havre : 16 août.

Grâce aux avantages du groupement, le prix comprenant absolument tous les frais, paquebots, hôtels de premier ordre, repas, chemin de fer, pullmann, sleeping, tous pourboires, etc., n'est que de 12.800 fr.

Nos lecteurs trouveront tous les renseignements auprès des organisateurs, MM. Brendon et Gallet, 56, faubourg Saint-Honoré, Paris, tél. Anjou 18.00.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

CHRONIQUE

OUVERTURE DES IIe JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (9-14 JUIN 1929)

Les Journées médicales de Paris se sont ouvertes dimanche au Palais des Expositions, à la porte de Versailles.

Préparées avec une vraie maîtrise par nos confrères de la *Revue médicale française*, ces Journées ont réuni 3.000 adhérents, c'est dire leur très grand succès.

L'inauguration a eu lieu sous la présidence de M. Bonnefous, ministre du Commerce, représentant le gouvernement. Accompagné par le président des Journées, M. le professeur Delbet, les vice-présidents, MM. les professeurs Sergent, Desgrez et le médecin général Lévi, le commissaire général, M. le professeur Balthazard, les secrétaires généraux, MM. les docteurs Léon Tixier, Deval et Paul Descomps, le ministre a d'abord visité l'exposition dont les honneurs lui ont été faits par M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques. Exposition très importante qui réunit tous les fabricants de produits pharmaceutiques et les eaux minérales de France. Le Service de santé a fait de son côté une très remarquable exposition de son matériel de transport; citons notamment l'installation d'un hôpital d'évacuation complet.

Puis a eu lieu la séance inaugurale. Autour des organisateurs déjà cités on remarquait MM. les doyens Roger et Radais, le médecin général inspecteur Dopter, les médecins généraux Rouvillois et Savornin, les représentants des ministres des Colonies et de la Marine, le colonel Gransard, de la maison militaire du président de la République, la plupart des professeurs de la Faculté, des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

M. le professeur Delbet a ouvert la séance en saluant le ministre et les délégués étrangers, puis il a remercié les organisateurs si dévoués : MM. Balthazard, Tixier, Giroux, Paul Descomps, Deval, Henri de Rothschild.

Rappelant ensuite le souvenir du président des premières Journées M. Fernand Widal, il a défini le but de ces Réunions où l'on vient pour s'instruire, et il remercia les 175 chefs de service des hôpitaux de Paris qui ont accepté d'ouvrir leurs services aux adhérents.

Après lui, un délégué étranger, puis MM. Jean Faure, Léon Tixier et le ministre du Commerce prononcèrent des allocutions très applaudies.

Un fort beau concert : « Comme au music hall » a procuré aux adhérents un avant-goût des divertissements délicats que les organisateurs ont prévu pour les délasser de leurs travaux.

F. L. S.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LABORATOIRE NATIVELLE

49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

L'emploi de

L'OUABAÏNE ARNAUD

est indiqué dans tous les cas d'insuffisance du myocarde :

Insuffisance du cœur gauche;
Insuffisance ventriculaire droite;
Arythmies et Tachycardies.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

DIURÉTIQUE PUISSANT

DOSAGE RIGOUREUX

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

ACTION CONSTANTE ET SURE

La Solubaïne ou solution au millième d'Ouabaïne Arnaud permet d'administrer l'Ouabaïne Arnaud par voie buccale; elle est aussi maniable que la solution de Digitaline Nativelle.

L'Ouabaïne n'est pas un succédané de la Digitaline. Elle a ses indications propres; presque la totalité des insuffisances cardiaques peuvent en bénéficier : 1° celles consécutives à des lésions organiques du cœur; 2° celles qui sont dues à la répercussion qu'exercent, sur ce dernier, les lésions ou troubles des organes voisins (poumons, par exemple); et les différentes maladies infectieuses.

« L'association de l'Ouabaïne Arnaud et de la digitaline Nativelle forme une symbiose médicamenteuse qui produit les plus heureux effets, là où chacune d'elles séparément administrée semble être inefficace. »

THÈSE DU Dr DIMITRACOFF, PARIS 1922.

DOSES :

Petites doses prolongées . . . . X à XX gouttes.
Doses moyennes . . . . . . XXV à L gouttes.
Doses massives . . . . . . L à CL gouttes.

LABORATOIRE Prof. Arnaud NATIVELLE

DRAEGER

EN INJECTIONS
SOUS CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES

l'acétylarsan

RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES
PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS
DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS

LE LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON, PARIS 8e
tient à la disposition du Corps
médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation
convaincante.

renéjean

SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



HORMONES
CIRCULANTES
DU JEUNE
TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION
PHYSIQUE ET
MORALE DE
L'AGE MUR
ET DE LA
VIEILLESSE

ANTI-CORPS
DES POISONS
DE LA
VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc
PAR JOUR, PAR LA BOUCHE
A JEUN, UNE DEMI-HEURE
AVANT LE PETIT DÉJEUNER
UNE CURE DE
6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT-PARIS-4e -

MÊME
POSOLOGIE
QUE LE
SÉRODAUSSE
ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE-AMENORRHÉE

SÉRUM
ACTIVÉ
DE
GÉNISSE

LA DIPHTÉRIE BÉNIGNE

Par M. BRELET,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

M. R. Levent vient de faire une excellente mise au point du traitement de la diphtérie (1). Je l'ai lue avec un vif intérêt et j'ai été très heureux d'y trouver, à la posologie du sérum, l'indication de doses se rapprochant de celles que j'ai l'habitude d'employer. J'avais cru pouvoir écrire, en 1928, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (2) et dans la *Gazette médicale de Nantes* (3), que l'on abusait peut-être de la sérothérapie intensive, que celle-ci devait être pratiquée dans certains cas de diphtérie grave, de diphtérie tardivement traitée, mais dans ces cas seulement; il me paraissait bien inutile de faire systématiquement, dans tous les cas de diphtérie, cette sérothérapie intensive, puisqu'il existe une diphtérie de gravité moyenne, voire une diphtérie bénigne, et que cette diphtérie bénigne guérit facilement après une, deux ou trois injections de sérum antidiphtérique à doses relativement faibles.

Il me semble bien que l'article de M. Levent conseille de revenir, dans beaucoup de cas, à une sérothérapie modérée et cet article devra désormais faire autorité, puisque l'auteur exprime à M. le docteur L. Martin, médecin de l'hôpital Pasteur, toute sa reconnaissance pour les conseils dont il a bien voulu le guider. M. Levent, conseillé par celui qui connaît sans doute le mieux la question du sérum antidiphtérique, ne peut que nous donner une doctrine très sûre.

Ainsi donc, dans les formes ordinaires de la diphtérie, on injectera 40 centimètres cubes de sérum; cette dose sera renouvelée le lendemain et le troisième jour; quand les fausses membranes ont cessé de se reproduire, on diminue les doses graduellement. S'agit-il d'une forme grave ou vue tardivement, on commencera par 80 centimètres cubes, on continuera cette dose jusqu'à disparition définitive des fausses membranes et on la diminuera ensuite. M. Levent ajoute : ne pas craindre d'atteindre, le cas échéant, des doses encore supérieures d'emblée. Et M. Levent conseille d'injecter le sérum ordinaire, plutôt que le sérum purifié, celui-ci étant, à volume égal, moins puissant que le sérum ordinaire; le sérum purifié sera, au contraire, la préparation de choix pour la sérothérapie préventive.

M. Levent rappelle donc qu'il existe une forme ordinaire de la diphtérie, forme devant être traitée autrement que la forme grave. Cette notion d'une diphtérie bénigne avait été un peu oubliée, depuis que l'on ne relatait plus, dans les publications médicales, que les cas très graves, entraînant parfois même la mort malgré la sérothérapie intensive. De même qu'on ne soigne pas de la même façon une scarlatinette apyrétique et une scarlatine maligne, de même la posologie du sérum antidiphtérique doit dépendre de la forme clinique de la maladie.

La meilleure preuve qu'il existe une diphtérie bénigne, c'est qu'avant l'emploi du sérum, tous les malades atteints de diphtérie ne succombaient pas. En août 1914, un étudiant en médecine, mobilisé comme infirmier dans un hôpital temporaire, a une angine à fausses membranes; un prélèvement montre que c'est une angine diphtérique. Pour une raison dont j'ai perdu le souvenir, on ne put lui faire aussitôt une injection de sérum. Le lendemain, le surlendemain, des blessés arrivent, très nombreux; c'était dans les jours qui suivirent la bataille de Charleroi. L'hôpital, à peine organisé, recevait des blessés pour la première fois; le Préfet, le Maire, le Directeur du service de santé, accourent à leur chevet; médecins, infirmières de la Croix-Rouge leur prodiguent les soins les plus empressés. Quand les blessés furent tous opérés, pansés, on se souvint qu'un infirmier était atteint de diphtérie; on se rendit auprès de lui, mais il était guéri, guéri sans injection de sérum.

C'était la guerre! On n'aurait aujourd'hui aucune excuse d'agir ainsi, d'attendre la guérison naturelle et il faut traiter la diphtérie la plus bénigne par le sérum, en se rappelant que de petites doses suffisent dans bon nombre de cas. Voici, entre autres, une observation que j'ai publiée en 1928 : un jeune homme de vingt ans vient à ma consultation le 14 novembre 1924, souffrant de la gorge depuis la veille, mais si peu malade qu'il a travaillé, comme d'habitude, toute la matinée. A l'examen de la gorge, je vois une fausse membrane sur l'amygdale droite et je fais un prélèvement. Le 15 novembre, injection de 40 centimètres cubes de sérum, le docteur Ballet m'ayant informé qu'il s'agissait bien d'une angine diphtérique. Le 16 novembre, la fausse membrane ne s'étant pas encore détachée, il me paraît utile de faire encore 20 centimètres cubes de sérum; je laisse à un étudiant en médecine, ami du malade, le soin de faire cette seconde injection; mais, après mon départ, le patient refuse absolument la piqûre, ce qui ne l'empêche pas de guérir sans incidents, après avoir présenté toutefois de violents accidents sériques.

Le 26 janvier 1929, une fillette de sept ans est traitée le second jour de son angine diphtérique (examen bactériologique du docteur Ballet) et reçoit 30 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; le 27 janvier, la fausse membrane de l'amygdale gauche a déjà presque complètement disparu; j'injecte encore 20 centimètres cubes de sérum. Dès le lendemain, 28, l'enfant est assise sur son lit, jouant, demandant à se lever; j'ai beaucoup de peine à convaincre la mère que sa fillette a eu une maladie nécessitant encore une surveillance attentive pendant quelques jours.

Voici un cas un peu plus grave. Mlle C... est prise de fièvre le 21 mars 1929, elle vomit; la mère constate la présence de points blancs dans la gorge. Il m'est impossible d'aller voir l'enfant dès ce premier jour de la maladie; le 22, elle a déjà une grosse fausse membrane sur l'amygdale gauche, une petite sur la droite, sans réaction ganglion-

(1) *Gaz. des hôpit.*, n° 33, 1929.
(2) M. Brelet. Remarques sur le traitement de la diphtérie. *Bull. gén. de thérapeut.*, janv. 1928.
(3) M. Brelet. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er mai 1928.

naire; injection de 40 centimètres cubes de sérum; prélèvement. Le 23, réponse du docteur Ballet : Loeffler et pneumocoques; deuxième injection de 40 centimètres cubes de sérum. Le 24, la fausse membrane droite a disparu; celle de l'amygdale gauche commence à se détacher; troisième injection de 40 centimètres cubes de sérum. Les jours suivants, amélioration régulière. A noter que cette enfant a eu, du 30 mars au 8 avril, des accidents sériques d'une violence extrême : fièvre intense, urticaire, albuminurie, arthralgies des genoux, des hanches. Guérison sans séquelles; l'enfant a reçu, au total, 120 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Je pourrais relater d'autres observations du même genre; mais elles se ressemblent tellement que cela deviendrait fastidieux. La conclusion qu'on en doit tirer, c'est qu'il existe de nombreux cas de diphtérie bénigne, ne résistant pas à deux ou trois injections de 30 à 40 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

HÉMIPLÉGIE CÉRÉBELLEUSE TRAUMATIQUE

PAR

G. BAILLAT et PAUL MÉRIEL

Chef de clinique — Chef de laboratoire

à la Faculté de médecine de Toulouse.

(Clinique chirurgicale de M. le professeur E. MÉRIEL.)

Avant la guerre de 1914-1918 les blessures du cervelet étaient considérées comme exceptionnelles [Nimier (1) signale trois observations recueillies pendant la guerre de sécession et une observation allemande de 1870]. Pendant la dernière guerre, contre toute attente, les blessures de cette région ont été très rares. Sur près de 5.000 cas de blessures du crâne examinées par Pierre Marie et Chatelin, pendant les années 1915-1916, on ne trouve qu'un cas. Chiray sur 4.076 malades compte deux blessures du cervelet. Grasset et Villaret sur 1.366 cas n'en signalent aucun. Des observations ont été publiées par Gordon Holmès (*Brain*, vol. XL, part. 4, 1917, p. 461). Guillain (*Réunion de la VIe armée*, 17 mai 1915). Rist (*ibid.*). Léri (*Revue de méd.*, 1916, nos 9 et 10). Descomps, Merle et Quercy (*Revue neurol.*, 1919, n° 3), d'Œlnitz et Cornil (*Bull. de la Réunion méd.-chir. de la VIIe région*, 15 août 1918, n° 8, p. 380), etc. Enfin on ne saurait oublier la très intéressante monographie d'A. Thomas qui reprend dans une étude d'ensemble la séméiologie cérébelleuse.

Il est bien évident que la rareté des cas observés tient à l'extrême gravité des blessures de cette région, qui, très exiguë, rassemble des centres vitaux si importants.

Nous avons eu cependant, en temps de paix, l'occasion d'en observer un cas particulièrement typique et c'est l'observation que nous publions aujourd'hui.

OBSERVATION. — H..., trente-quatre ans, forain. Blessé, lors d'un exercice de tir, par une balle de carabine qui est entrée dans le crâne au niveau de la région occipitale, à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane. Le malade immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu est vu une heure après l'accident. Il est dans le coma et au niveau de sa plaie on voit apparaître de la bouillie cérébrale. Une trépanation sans anesthésie est immédiatement pratiquée. La dure-mère ouverte, on suit facilement le trajet de la balle dans le cerveau et on retire à la pince des débris osseux et des cheveux. Prudemment avec une pince très fine on s'enfonce dans le trajet de la balle et on arrive ainsi sur le rebord du trou occipital au voisinage duquel le projectile paraît s'être écrasé, car on retire de petits débris métalliques de la grosseur d'une lentille.

La pince montre également que l'os a été éraillé. On n'essaye pas de poursuivre davantage et n'ayant pu faire de radioscopie (l'Hôtel-Dieu n'ayant pas de service de garde) on suture la dure-mère en laissant une petite mèche. L'état du malade s'est un peu amélioré, il réagit à chaque piqûre de l'aiguille qui fait la suture, alors qu'au début il était tout à fait insensible.

L'examen neurologique a été pratiqué par l'un de nous, le cinquième jour après l'intervention. Il est très difficile, vu l'état encore shocké du malade. On constate cependant un syndrome alterne assez net. *Du côté droit :* hémiparésie motrice, avec ébauche de signe de Babinski, les réflexes tendineux du membre supérieur et du membre inférieur sont abolis. *Du côté gauche :* paralysie faciale à type central, co-existant avec une paralysie complète de la VIe paire et une hémianesthésie faciale dans tout le territoire du trijumeau. Intégrité des autres nerfs craniens. Le membre supérieur gauche est un peu maladroit mais vu l'état du blessé on ne peut avoir aucune précision à ce sujet. La parole est très dysarthrique, avec achoppement analogue à celle d'un paralytique général.

Le malade a été ensuite examiné à nouveau le 1er décembre 1928. La plaie est cicatrisée, l'état général est bon, l'intelligence est revenue mais la parole reste embarrassée, monotone, bien différente aux dires du malade et de son entourage de ce qu'elle était avant son accident. L'examen somatique révèle les faits suivants : *Du côté droit :* Retour presque complet de la motilité, réflexes tendinaux normaux, signe de Babinski en flexion. *Du côté gauche :* La paralysie faciale a presque complètement régressé, l'hémianesthésie faciale persiste nettement, surtout au niveau de l'œil qui présente une kératite neuro-paralytique, ayant nécessité une blépharorraphie. La paralysie de la VIe paire demeure aussi, mais il n'y a pas de troubles dus à une atteinte des voies optiques. Par contre le malade a remarqué la maladresse de ses membres gauches qui s'est d'autant plus accusée que du côté droit avait lieu la récupération fonctionnelle. L'examen décèle, en effet, un *syndrome cérébelleux typique* : Passivité augmentée, épreuve d'Holmes-Stewart positive, sans hypotonie. L'hypermétrie au membre supérieur se traduit par les épreuves classiques : préhension du verre, projection du doigt sur le nez, renversement de la main, etc., au membre inférieur par l'épreuve du talon au genou. La démarche est un peu incertaine, l'arrêt et le demi-tour au commandement compromettent l'équilibre, le malade se sert d'ailleurs de béquilles et élargit son polygone de sustentation. L'adiodococinésie est très nette et se manifeste encore par l'épreuve du zig-zag. L'épreuve des mouvements associés signalée par A. Thomas est positive. Par contre il n'y a pas de troubles vestibulaires, pas de nystagmus, pas de déviation de l'index.

En résumé on se trouve en présence d'une hémiplégie cérébelleuse typique, analogue à celles qu'ont décrites Pierre Marie et Foix, associée à une paralysie du trijumeau et du moteur oculaire externe. Une radiographie pratiquée a permis de se rendre compte de l'emplacement du projectile qui se trouve

(1) NIMIER. *Blessures du crâne et de l'encéphale par coups de feu.* Alcan, 1904.

près de la ligne médiane contre la face postérieure du rocher.

Le cervelet a eu donc son lobe gauche touché tangentiellement par la balle qui est venue ensuite sectionner le trijumeau et adultérer la VIe paire. Un examen pratiqué trois mois après a montré la persistance des troubles dans le domaine de la Ve paire, une atténuation de la paralysie de la VIe paire et des troubles cérébelleux.

LES LIGATURES DIFFICILES [1]

Par H. BILLET,

Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DE L'ARTÈRE TIBIALE ANTÉRIEURE AU TIERS SUPÉRIEUR DE LA JAMBE

La section *en travers* de l'aponévrose jambière, depuis la crête du tibia jusqu'à la cloison intermusculaire externe supprime la seule difficulté réelle de la ligature de la tibiale antérieure au tiers supérieur de la jambe : elle empêche évidemment l'opérateur de s'égarer dans la loge externe de la jambe, dans la loge des péroniers.

Mais cette manœuvre que Farabeuf a longtemps hésité à recommander — puisque, de son propre aveu, il ne la conseillait qu' « avec timidité » dans la première édition de son Précis de manuel opératoire —, cette manœuvre qui est devenue classique à l'amphithéâtre, est franchement condamnable sur le vivant. La section en travers de cette puissante aponévrose jambière, qui n'est pas une simple aponévrose d'enveloppe, mais aussi un tendon d'insertion, présente de réels inconvénients. Si encore elle était indispensable. Mais non! Farabeuf le reconnaît tout le premier : « Un opérateur exercé, dit-il, peut se permettre d'inciser d'emblée l'aponévrose *en long*, sur la ligne dépressible ». Il n'est pas besoin, pour cela, d'être particulièrement exercé. Il suffit, comme toujours, de connaître l'écueil et les moyens de l'éviter.

L'écueil, nous l'avons dit, c'est la loge des péroniers latéraux. Les péroniers sont à la tibiale antérieure ce que le muscle cubital antérieur est à l'artère cubitale. Celui qui, par malheur, passe au delà de la cloison qui sépare l'extenseur commun des orteils des péroniers est perdu. Il lui faudra longtemps peiner et commettre bien des dégâts pour trouver les vaisseaux tibiaux antérieurs.

Or, il faut bien le reconnaître, on peut assez facilement commettre cette faute, tomber dans cet écueil, et cela pour plusieurs raisons.

Il y a, une fois de plus, et en premier lieu, la ligne de direction de l'artère, celle que décrivent Marcellin Duval et Farabeuf, qui va de la dépression antépéronière au milieu du cou-de-pied. Comme mes maîtres Mignon et Robert Picqué, j'ai constaté que cette ligne passait presque toujours en dehors de l'interstice jambier-extenseur chez des sujets de musculature faible et même moyenne.

Malgré ses imperfections, j'estime cependant qu'il faut tracer cette ligne avec tout le soin désirable, car elle constitue un premier repère qui sera utilisé par la suite, *après contrôle*. Ce contrôle, c'est la recherche des deux interstices musculaires qu'il est indispensable de connaître très exactement : le *bon*, celui au fond duquel chemine l'artère, l'interstice jambier antérieur-extenseur commun des orteils; le *mauvais*, celui qu'il faut éviter soigneusement, l'interstice extenseur-péroniers latéraux.

Pourquoi cette multiplication de repères? Ce n'est pas, croyez-le bien, un vain luxe. Il faut multiplier les repères parce que le bon interstice, l'interstice jambier-extenseur, n'est pas toujours facile à délimiter : c'est là la cause principale des erreurs de route. On y arrive néanmoins, à condition de palper la jambe de bas en haut, en suivant le bord externe du jambier antérieur depuis le tiers inférieur de la jambe jusqu'au lieu de l'opération. La « ligne dépressible » se perçoit nettement. Le mauvais interstice, extenseur-péroniers, par contre, se repère très aisément.

En définitive, vous possédez trois éléments qui vous permettent de fixer la topographie du champ opératoire : la ligne de direction théorique du vaisseau; le repérage de l'interstice musculaire dans lequel il se trouve; le repérage de la cloison intermusculaire en dehors de laquelle sont les péroniers latéraux.

Ce n'est pas toutefois encore suffisant. Un nouvel obstacle se dresse devant vous lorsque vous avez incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané : l'*aponévrose jambière*. Celle-ci présente un aspect uniforme dans toute l'étendue du champ opératoire. Rien n'indique si l'on est sur les péroniers ou sur l'extenseur des orteils : nouvelle cause d'erreur. C'est pour éluder la difficulté que Farabeuf a conseillé de fendre en travers l'aponévrose, en partant d'une moucheture pratiquée non loin de la crête tibiale, à coup sûr sur le jambier antérieur. La sonde cannelée introduite par cette fente et poussée vers le côté externe de la jambe vient nécessairement buter contre la cloison intermusculaire : le bon interstice se trouve donc obligatoirement dans le champ du débridement aponévrotique. Encore faut-il savoir où il est et le reconnaître. Il est, en effet, fort étroit, et la graisse qui s'infiltre habituellement dans les espaces intermusculaires manque ici bien souvent. Combien ai-je vu d'opérateurs fabriquer des interstices artificiels et s'égarer dans l'épaisseur du jambier antérieur qu'ils dilacéraient à coups de sonde cannelée! En définitive, la manœuvre de Farabeuf sert uniquement à ne pas aller au-delà de la cloison intermusculaire externe. Est-il donc indispensable, pour ce seul motif, de sacrifier l'aponévrose jambière? Je ne le crois pas. Une incision

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.); — n° 80, p. 1386 : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (avec 3 fig.); — n° 96, p. 1698 : Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes (avec 3 fig.); — n° 104, p. 1845 : Ligature des artères carotides interne et externe à leur origine (avec 5 fig.); — n° 15, p. 276 : Ligature de l'artère fessière (avec 5 fig.); — n° 21, p. 392 : Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter (avec 5 fig.).

longitudinale de l'aponévrose est bien suffisante; je dirai même qu'elle facilite la recherche de l'interstice jambier-extenseur, parce qu'elle n'abîme pas la surface extérieure des muscles; *le tout est de faire cette incision dans le champ de la loge antérieure de la jambe.*

Dès lors, la solution du problème est très simple. Puisque le danger est en dehors, *portez-vous résolument en dedans.* Vous avez repéré sur la peau la cloison des péroniers. Vous avez repéré aussi l'interstice jambier-extenseur, qui coïncide, à peu de chose près, à la ligne de direction de l'artère. Ces

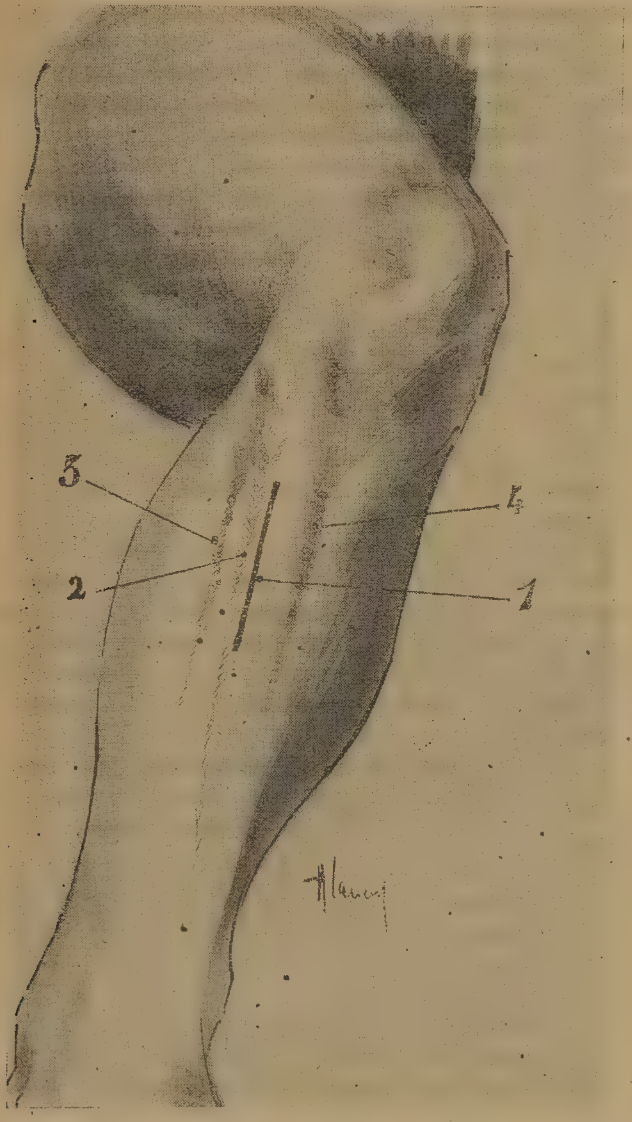


Fig. 1. — *Tracé de la ligne d'incision.*

1. Ligne d'incision. Elle est nettement en dedans de l'interstice jambier antérieur-extenseur commun des orteils (2), et répond au muscle jambier antérieur. — 3. Interstice extenseur péronier qui correspond à la cloison intermusculaire externe. — 4. Crête du tibia.

divers repères sont très près les uns des autres, et vous avez l'impression qu'un léger écart en dehors pourrait vous amener sur les péroniers. Je le répète, portez-vous en dedans : que votre incision cutanée soit légèrement plus interne que l'interstice jambier-extenseur (fig. 1), et que l'incision aponévrotique porte sur le muscle jambier ! C'est la façon logique, à la fois anatomique et chirurgicale, de demeurer dans le bon chemin.

Farabeuf semble redouter de se porter trop en dedans : c'est même la raison pour laquelle il a adopté la ligne de Marcellin Duval, qui part de la dépression antépéronière, de préférence à celle des anciens classiques, dont l'origine était le tubercule du jambier antérieur. Pour ma part, je ne vois que des avantages à se porter en dedans. J'ai dit tout à l'heure pourquoi. Mieux encore, quand on incise l'aponévrose sur le muscle jambier antérieur et qu'on dégage doucement la lèvre externe de celle-ci, en maniant délicatement la sonde cannelée et en regar-

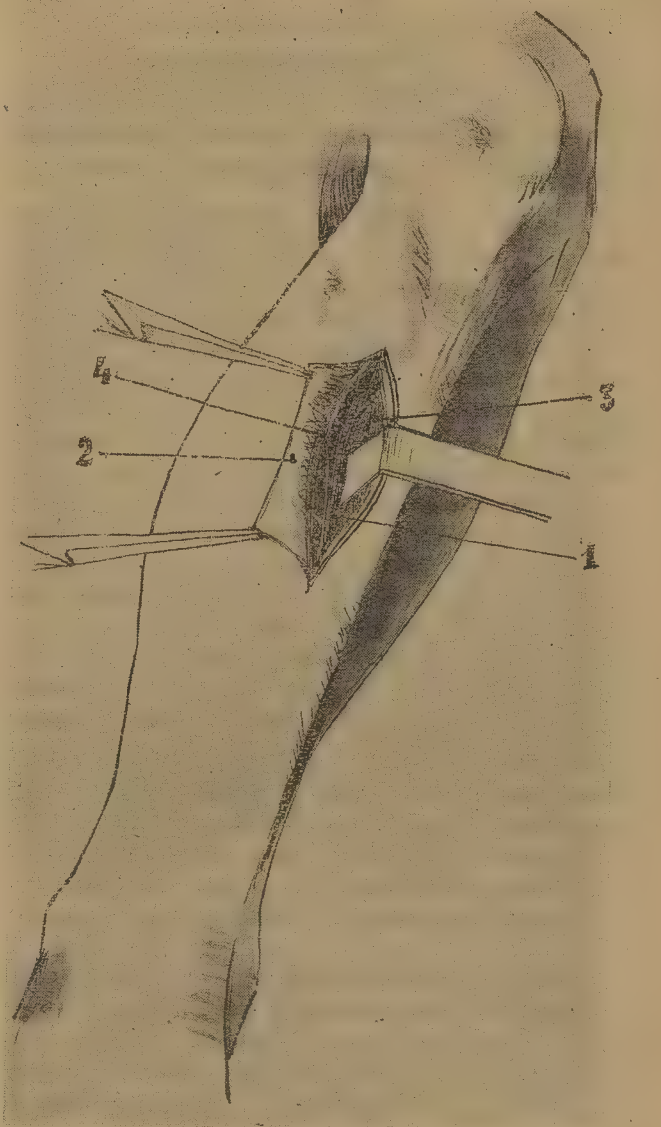


Fig. 2. — *Découverte de l'artère.*

L'aponévrose jambière (2) a été incisée sur le jambier antérieur et réclinée en dehors. Le muscle jambier antérieur (3) est récliné en dedans; l'extenseur commun des orteils (4) est attiré en dehors avec l'aponévrose qui le recouvre. L'artère tibiale antérieure (1) est au fond de l'interstice jambier-extenseur, entourée de veines, flanquée en dehors du nerf tibial antérieur.

dant attentivement le plan musculaire qui se dégage on découvre sans difficulté et sans erreur possible l'interstice cherché. La sonde y pénétrera en quelque sorte spontanément, sans efforts, sans dilacérations musculaires. Vous le reconnaîtrez d'ailleurs bien vite aux petits vaisseaux qui, venant de la profondeur, cheminent le long des deux berges de la gouttière

au fond de laquelle l'artère tibiale antérieure, entourée de ses veines satellites, flanquée en dehors, et un peu plus superficiellement, du nerf homonyme, repose au contact de la membrane interosseuse (fig. 2).

Voici, en matière de conclusion, quelle devra être la technique opératoire.

1° *Tracé de l'incision.* — Repérez successivement, comme il a été dit : la ligne de direction de l'artère ; la cloison intermusculaire externe (interstice extenseur-péronier); l'interstice jambier-extenseur (ligne dépressible de Farabeuf). Tracez l'incision nettement en dedans, à 1 centimètre en dedans de l'interstice jambier-extenseur, sur le muscle jambier antérieur (fig. 1). L'incision devra être longue de 6 à 8 centimètres. Elle commencera ou se terminera (suivant le côté sur lequel on opère) à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la jambe.

2° *Incision de l'aponévrose. Découverte de l'interstice jambier-extenseur.* — Si l'incision a été correctement faite, la portion de l'aponévrose jambière qui apparaît entre les lèvres de l'incision cutanée, répond, je le répète, au muscle jambier antérieur. Sans récliner la peau, ni en dehors ni en dedans, incisez l'aponévrose. Saisissez avec des pinces la lèvre externe de celle-ci, et dégagez le lambeau, tout doucement, à la sonde cannelée. Bientôt, vous franchirez la limite externe du jambier antérieur et vous pénétrerez, avec la sonde cannelée, dans l'interstice jambier-extenseur. Assurez-vous-en très prudemment, sans commettre de dégâts musculaires; reconnaissez les petits vaisseaux qui cheminent à droite et à gauche.

3° *Ligature.* — Placez maintenant un écarteur; portez-vous au fond de l'interstice, vous y découvrirez sans difficulté les vaisseaux tibiaux antérieurs, vous n'aurez plus qu'à dégager l'artère des veines qui lui sont très étroitement accolées (fig. 2).

LIGATURE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE AU NIVEAU DU MOLLET

Le procédé classique de ligature de l'artère tibiale postérieure, tel qu'il est décrit dans Farabeuf et dans la plupart des Manuels de médecine opératoire, s'est montré, dans la pratique, inapplicable. Cela tient tout d'abord à ce qu'il donne sur le vaisseau un jour trop parcimonieux, à peine suffisant; c'est ensuite parce que l'incision d'accès ne peut strictement servir qu'à lier l'artère; elle ne saurait être utilisée pour des besoins plus étendus.

Depuis fort longtemps, et bien avant la guerre, nos maîtres Mignon, Jacob, Robert Picqué, nous enseignaient, à côté de ce procédé *classique*, le procédé *clinique* de découverte de l'artère tibiale postérieure, et, d'une façon générale, des vaisseaux du mollet. C'était sensiblement le même — un peu moins élargi toutefois — que celui que Fiolle et Delmas ont décrit et vulgarisé pendant la guerre. Il se caractérisait par une incision médiane, donnant un accès direct, à travers le soléaire, sur l'espace celluleux profond du mollet, situé entre le soléaire et les muscles fléchisseurs plaqués contre le tibia, le péroné et la membrane interosseuse.

J'estime que c'est ce procédé qui doit devenir le procédé classique de ligature et se substituer définitivement à l'autre, à notre époque où l'enseignement de la médecine opératoire fait une place de plus en plus grande aux applications cliniques et à la thérapeutique chirurgicale. C'est donc celui que je décrirai ici, très sommairement du reste, car, ainsi conçue, la ligature de l'artère tibiale postérieure n'est plus une ligature difficile. Elle devient, au contraire, l'une des plus faciles. En voici les divers temps :



Fig. 1. — *Tracé de la ligne d'incision* (dans l'axe du mollet, entre les deux jumeaux).

1° *Position du sujet. Incision cutanée.* — Le sujet sera couché de préférence sur le ventre, ou bien encore placé de telle façon qu'il présente à l'opérateur la face postérieure de la jambe dans sa totalité.

Tracez une incision de 8 à 10 centimètres de longueur, à la partie moyenne du mollet, dans l'axe médian, dans l'interstice des jumeaux.

Incisez peau et tissu cellulaire sous-cutané, en

évitant la veine et le nerf saphènes externes qui sont, presque toujours, très exactement médians.

2° *Traversée du soléaire.* — Fendez le soléaire dans toute la longueur de l'incision cutanée, à petits coups de bistouri, jusqu'à ce que vous découvriez l'aponévrose tendineuse intramusculaire. Dégagez cette dernière en réclinant, de part et d'autre, les deux lèvres musculaires (fig. 2).

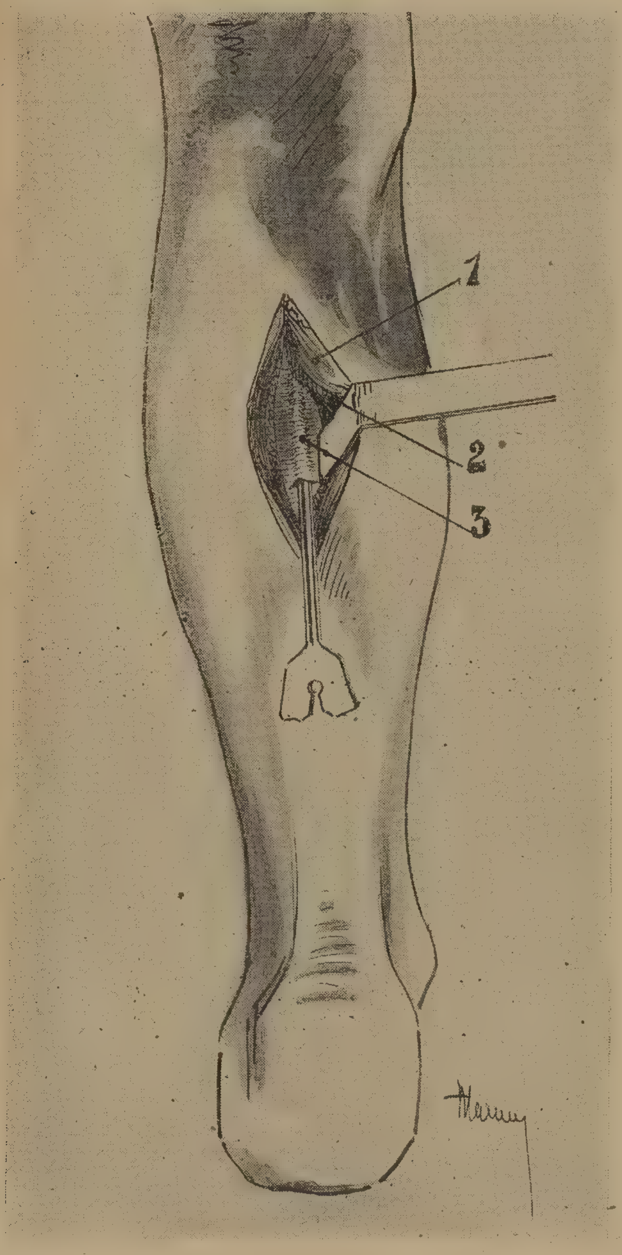


Fig. 2. — *Incision de l'aponévrose tendineuse intramusculaire du soléaire.*

1. Muscle jumeau externe récliné. — 2. Couche superficielle du soléaire, incisée et réclinée. — 3. Aponévrose tendineuse intramusculaire du soléaire.

La lame aponévrotique est très proche de la face profonde du soléaire, et par conséquent de l'espace celluleux sous-jacent. Pour inciser ce qui reste de muscle, vous pourrez donc vous servir de la sonde cannelée (fig. 2).

3° *Recherche de l'artère et ligature.* — Une fois le soléaire traversé, ses deux moitiés étant fortement réclinées, vous apercevrez le plan profond de la jambe, recouvert d'une mince aponévrose, plus ou moins infiltrée de graisse. Le nerf tibial postérieur et les vaisseaux se trouvent sous cette aponévrose (fig. 3). Le nerf est à peu près dans l'axe de l'incision. C'est lui que vous découvrirez le premier : il saute aux yeux en raison de sa blancheur et de son volume. Portez-vous légèrement en dedans.

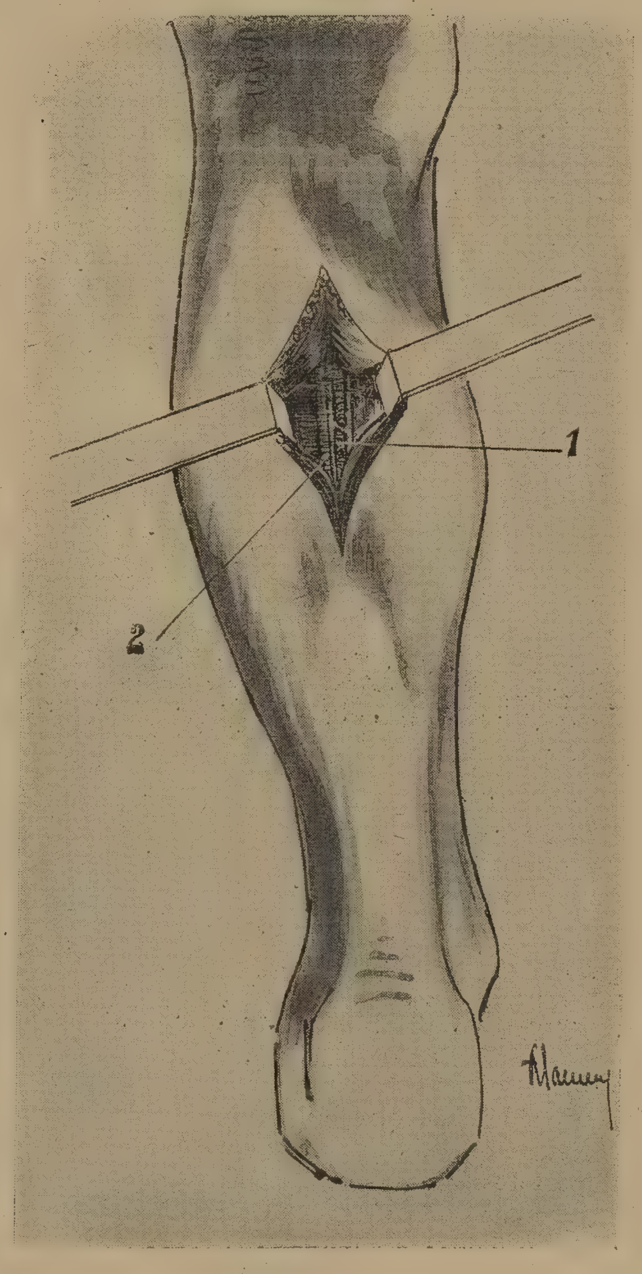


Fig. 3. — *Découverte du plan profond de la jambe. Le paquet vasculo-nerveux est encore recouvert de la mince aponévrose jambière profonde.*

1. Artère tibiale postérieure et ses veines satellites.
2. Nerf tibial postérieur.

Vous trouverez sans peine l'artère, entourée de grosses veines, dont il faudra soigneusement la libérer avant de la charger sur le fil.

Questions cliniques d'actualité, leçons professées à la Charité, service du professseur Sergent. Un vol. de 254 pages, avec 8 planches hors texte. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 MAI 1929)

Deux nouveaux cas de tétanos rapidement guéris par injection intrarachidienne de sérum anti-tétanique au cours de la chloroformisation. — MM. H. DUFOUR et MOURRUT. En mars 1925, l'un des auteurs préconisait une nouvelle méthode de traitement du tétanos consistant à injecter le sérum anti-tétanique dans le liquide céphalo-rachidien pendant la chloroformisation. En juin 1926, M. H. Dufour présentait un malade guéri par la même méthode. Les auteurs présentent deux malades, le deuxième en collaboration avec M. Couturat. Tous deux ont guéri rapidement par la mise en œuvre de la thérapeutique préconisée.

Pied tabétique pseudo-syringomyélique. — M. LORTAT-JACOB à propos du cas qu'il a rapporté, s'élève contre l'explication donnée par M. Favre (de Lyon). Pour cet auteur il s'agit d'un mégapied tabétique secondaire à des inflammations et des traumatismes répétées. Il s'agit de troubles trophiques dont la meilleure preuve est fournie par l'existence de troubles sudoraux intenses.

L'épidémie de grippe de l'hiver 1929. — MM. BEZANÇON, CHEVALLEY, POLLET et J. CÉLIRE rappellent les caractères qu'a pris la récente épidémie d'affections broncho-pulmonaires qui a sévi cet hiver pendant les mois de janvier, février et mars et la comparent aux grandes pandémies d'influenza de 1889 et 1918. Au cours de l'épidémie récente, les manifestations nerveuses, si caractéristiques de l'influenza, type 1889 et 1918, ont été au second plan; il en a été de même des phénomènes hémorragiques, ce qui a dominé, ce sont les phénomènes de catarrhe des voies respiratoires supérieures et les manifestations broncho-pulmonaires graves. D'une façon générale, ces manifestations broncho-pulmonaires, révélaient le type de manifestations broncho-pulmonaires banales, mais surtout broncho-pneumonies et pneumonies véritables. Elles se sont compliquées souvent de suppurations pulmonaires. Les auteurs disent que l'on peut observer trois types :

1° Les grandes pandémies types 1889 et 1918, où prédominent les phénomènes nerveux et les complications respiratoires d'un type spécial;

2° Le type catarrhe saisonnier banal d'hiver qui peut revêtir le type épidémique;

3° Le type épidémique actuel, difficile à classer, qui a déjà été observé en 1904, où il y a caractère de pandémie mondiale, mais où les phénomènes de l'influenza sont désuets, où il semble qu'il fait plutôt des signes de catarrhe, de broncho-pneumonie et de pneumonie.

Un cas de leontiasis ossea. — MM. DE MASSARY et BOQUIEN rapportent un cas de leontiasis ossea ayant débuté chez un malade de cinquante-sept ans, et caractérisé par des troubles de compression encéphalique (paralysie des nerfs craniens, hémiplégie) une déformation cranio-faciale considérable; à la radiographie, image floconneuse des os du crâne et de la face. L'examen anatomique des os du crâne montra que la calotte cranienne avait un poids de 2.200 grammes, un diamètre transversal de 21 centimètres et antéro-postérieur de 24 centimètres, une épaisseur de 4cm5 en certains points. Les auteurs présentent les photographies et radiographies du squelette.

Etat subfébrile permanent dans la tétanie latente. — M. THÉOARI.

Action de l'émétine dans les bronchites sanglantes ou fétides à fuso-spirilles. — M. THÉOARI.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 MAI 1929)

Occlusion par ascaris. (A propos du procès-verbal.) — M. ROUX-BERGER apporte un nouveau cas de M. Tisserand (de Besançon).

Paraplégies pottiques. — M. DELBET a opéré trois fois des paraplégies pottiques avec des résultats variables. L'intervention paraît indiquée dans les paraplégies établies progressivement, probablement dues à la pachyméningite, lorsqu'il ne survient aucune amélioration après quelques mois d'attente.

Opération de Roux. — M. TUFFIER a pratiqué six fois cette intervention chez des sujets présentant un cancer de l'œsophage. Elle n'est pas indiquée dans ce cas. Jamais M. Tuffier n'a pu terminer par l'abouchement supérieur.

Orchi-épididymite subaiguë par nécrobiose d'un vas aberrans. — M. MOUCHET rapporte cette observation de MM. Sollier et Huard. L'examen histologique de la masse noirâtre enlevée dans un des culs-de-sac latéraux épididymo-testiculaires a montré qu'il s'agissait d'un vas aberrans atteint de nécrobiose. Qu'il s'agisse du vas aberrans du rete ou de celui de Haller, il est probable que cette nécrobiose est due à la torsion de ce débris embryonnaire.

Maladie de Kümmel-Verneuil. — M. MOUCHET rapporte cette observation de M. Jean Cuny (d'Annemasse).

Artériographie dans les gangrènes du membre inférieur. — M. DUVAL, à propos d'un travail de MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux), étudie l'état actuel de la question. Les premières artériographies sur le vivant ont été faites par Sicard et Forestier avec du lipiodol. D'après les cas rassemblés par le rapporteur on peut tirer les conclusions suivantes : la solution d'iodure de sodium à 25 p. 100 est suffisante; il est dangereux d'arrêter le courant circulatoire pour faire l'injection; on peut constater des incidents sérieux et impressionnants même dans ce cas; enfin l'artériographie ne donne pas d'enseignements supérieurs à la clinique.

M. CHEVASSU fait remarquer que l'injection d'iodure de sodium semble avoir guéri des ulcères de jambe, peut-être syphilitiques.

M. SCHWARTZ se demande si dans les injections pour gangrène sénile l'iodure de Na ne stagne pas au-dessus des lésions.

M. ROBINEAU rappelle que M. Contremoulin a déjà fait l'artériographie chez l'animal, et M. Delbet fait remarquer qu'il s'agit d'une méthode employée depuis longtemps pour l'étude des artères sur le cadavre.

Diverticule du côlon droit. — M. MATHIEU fait un rapport sur cette observation de M. Ferrey : étant intervenu pour syndrome appendiculaire, M. Ferrey trouve l'appendice sain, mais en explorant le côlon ascendant découvre une masse rougeâtre qu'il résèque comme un appendice normal. L'examen histologique pratiqué par M. Lecène a montré qu'il s'agissait d'un diverticule vrai, sans musculeuse.

M. MOURE a observé un cas analogue.

Présentation de malades. — M. DE MARTEL présente un cas de tumeur de la petite aile du sphénoïde et un malade opéré pour un très gros méningiome. Il présente ensuite la pièce d'une tumeur médullaire exactement repérée par la clinique.

Présentation de radiographie. — M. GRÉGOIRE. Enorme diverticule de l'œsophage.

(SÉANCE DU 23 MAI 1929)

Artériographie dans les gangrènes des membres. — M. MÉTIVET pense que l'artériographie est un moyen d'investigation insuffisant pour les indications opératoires. En effet, un réseau artériel peut paraître suffisant au repos du membre et sera insuffisant en cas d'activité; l'artériographie des gros troncs ne montre pas les zones d'oblitération artériolaire et ne tient pas compte du processus d'angéite en activité. Il faut tenir compte essentiellement de deux signes cliniques : les douleurs, l'évolution même de la gangrène.

M. MAUCLAIRE a observé deux cas d'injection lipiodolée. L'oscillométrie n'est pas un moyen précis d'exploration des troncs artériels. L'artériographie peut montrer des zones d'arrêt du liquide injecté.

Résultat éloigné d'une butée ostéoplastique pour luxation de la hanche. — M. MATHIEU rapporte cette observation de M. DELAHAYE (de Berck). Excellent résultat un an après l'intervention. Dans ces cas de luxations intermédiaires, M. Mathieu a pratiqué une arthrotomie. Grâce à la résection du segment rétréci de la capsule, il a pu obtenir une excellente réduction et placer la butée d'appui au point le plus favorable. Il conclut que dans les cas de luxation réductible par manœuvres externes il faut faire une butée sans arthrotomie. Si l'on ne peut obtenir la réduction sans arthrotomie, celle-ci est indiquée avant la butée.

M. BRÉCHOT pense que la butée sans arthrotomie est le plus souvent indiqué.

Kyste rétro-péritonéal. — M. MOCQUOT fait un rapport sur un rapport de M. LEBALLE (de Rennes) : le diagnostic clinique a été fixé grâce à la perception de la sonorité intestinale au-devant de la tumeur. Première intervention en état d'occlusion déterminé par un kyste : évacuation, marsupialisation. Enucléation dans un second temps qui n'interrompit pas une grossesse coexistante.

Greffes italiennes pour brûlures. — M. MOCQUOT fait un rapport sur cette observation de M. MIRIZI. Il a obtenu un résultat satisfaisant en utilisant des greffes italiennes pour recouvrir de larges plaies des avant-bras. En particulier, il a placé l'avant-bras gauche sous un tunnel cutané de cuisse.

M. LECÈNE pense que dans les grandes plaies des membres, non circulaires, les greffes simples donnent d'excellents résultats.

M. ALGLAVE est du même avis.

M. LENORMANT est d'avis que la greffe italienne conserve des indications et que prise sur l'abdomen, elle ne détermine vraiment pas grande mutilation. Aux doigts, en particulier, elle donne une étoffe épaisse beaucoup plus utilisable que celle fournie par les greffes.

M. BASSET : les greffes de Thiersch peuvent recouvrir d'énormes plaies.

M. CUNÉO a obtenu un excellent résultat par greffe italienne pour recouvrir la pulpe d'un index.

M. LECÈNE pense qu'il faut distinguer les cas : pour les doigts, la paume de la main, la greffe italienne reste indiquée. Il faut maintenir par appareil plâtré pour obtenir une bonne prise de la greffe.

Torsion des annexes saines. — M. FIOLLE présente deux nouvelles observations de torsion annexielles. L'une s'est produite au début d'une grossesse qui a évolué, par la suite, normalement malgré l'ablation de l'ovaire contenant un corps jaune : c'est le huitième cas publié. Dans l'autre observation, la torsion annexielle a provoqué une hémorragie intra-péritonéale. La pièce enlevée ressemblait à celle d'une grossesse tubaire rompue. L'auteur se demande si certaines prétendues grossesses ectopiques ne sont pas en réalité des torsions.

Présentation de malades. — M. BAZY présente une pièce d'hydronéphrose intermittente.

M. BROCQ présente un énorme côlon sigmoïde tordu et réséqué.

(SÉANCE DU 5 JUIN 1929)

M. CUNÉO, président, a le regret d'annoncer la mort du professeur Crile (de Cleveland, Ohio).

Anémie splénique. Splénectomie. — M. BROCQ a opéré un jeune malade présentant un tableau d'anémie splénique très grave. Après essais de traitement par transfusions, puis par radiothérapie, on pratique la splénectomie. Très bons résultats immédiats que paraît avoir favorisé la transfusion pratiquée aussitôt après la splénectomie. Les résultats tardifs sont moins bons. Il persiste des hématémèses, des complications digestives et certains stigmates hématologiques.

Traitement des luxations de la hanche par butées. — A propos du cas de M. Delahaye rapporté par M. Mathieu, M. LANCE insiste sur deux points. D'une part, les luxations intermédiaires sont caractérisées par leur instabilité, le fémur pivotant suivant l'état de flexion ou extension du membre inférieur. La butée simple ne suffit pas; il faut la prolonger de forts butoirs antérieur et postérieur. D'autre part, on peut réaliser par voie extracapsulaire des butées bien placées, sans avoir besoin de recourir à l'arthrotomie.

Deux cas de chirurgie biliaire. — M. BAUMGARTNER rapporte ces observations de M. Vanlande. Dans le premier cas, M. Vanlande, intervenant pour un syndrome d'ictère chronique par rétention, enlève une vésicule contenant des calculs et un ganglion qui comprimait la voie principale qui ne contenait pas de calcul. M. Baumgartner a observé un cas analogue. La seconde observation concerne un malade opéré pour syndrome vésiculaire. L'examen de la paroi vésiculaire permet de découvrir des œufs de douve (fasciola gigantea).

M. CUNÉO ne pense pas que ces œufs soient parvenus à la paroi vésiculaire par voie sanguine. A une question posée par M. Duval, M. Baumgartner précise que chez le bœuf on trouve le parasite dans la vésicule et non pas des œufs dans la paroi vésiculaire.

Chylothorax. — M. LENORMANT rapporte cette observation de M. Paître. Après un traumatisme thoracique, l'état général du blessé devient très grave. On retire par ponction 350 centimètres cubes environ de chyle. On doit remarquer deux points particuliers : le chylothorax ne s'est pas reproduit, et surtout il existe une différence frappante entre la gravité de l'état général et le volume de l'épanchement.

M. LECÈNE pense que l'auto-intoxication protéinique par résorption pleurale peut expliquer la gravité des signes observés.

Fracture de l'astragale. — M. LENORMANT rapporte cette observation de M. Ibos (de Saint-Quentin) : fracture ancienne de l'astragale avec fracture de la malléole tibiale. Astragalectomie. Avivement du plafond de la mortaise et du calcanéum. Assez bon résultat fonctionnel. M. Lenormant pense que dans des cas analogues il vaut mieux, une fois l'astragale enlevé, replacer la malléole.

Transplantation du péroné pour réparation d'une diaphyse tibiale. — M. LECÈNE fait un rapport sur cette observation de M. Moulonguet qui exécuta cette intervention chez une femme de soixante ans qui présentait une perte de substance tibiale de 10 centimètres. Résultat final : deux ans après l'intervention cette malade, pour laquelle on parlait d'amputation, marche fort bien.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étˡˢ MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE-ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME-DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour* } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015).
INJECTIONS INDOLORES
Etablˢ MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

TRAITEMENT DES DIARRHÉES ET DES FERMENTATIONS INTESTINALES

par l'

AMIDAL

Amidon Paraffiné et Ferments Lactiques

Médication spécifique des Entérites

POUDRE ET COMPRIMÉS

Littérature Médicale et Échantillons sur Demande

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. PARIS (4ᵉ). — R. C., Seine 221.745

DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX

GÉLOTANIN

TANNATE DE GÉLATINE

NOURRISSONS & ENFANTS : *Paquets de 0 gr. 25. De 3 à 6 Paquets par jour, à diviser dans le lait ou dans les aliments habituels.*
ADULTES : *Cachets de 0 gr. 50. 4 à 8 Cachets par jour à prendre soit au commencement, soit au milieu, soit à la fin des Repas.*

LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS (16ᵉ)
Téléph : AUTEUIL 44-09

CHOAY

Langlois

Dragée ADRIAN

au Chlorure de Magnésium

préventive des néoplasmes

Dragées dosées à 0 gr. 121

de Chlorure de Magnésium anhydre

correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé

ADRIAN et Cie 9, Rue de la Perle, PARIS - 3e



M. Lecène expose les différents procédés qu'il illustre de deux cas personnels. Il donne la préférence à la transplantation unipolaire à la façon de Hahn.

M. Cunéo estime que pour la partie moyenne du tibia son procédé est d'application facile, surtout en taillant un lambeau externe.

M. Dujarier préconise la greffe d'Albee, plus simple.

M. Heitz-Boyer a proposé une méthode mixte : greffe d'os mort et greffes ostéo-périostiques.

M. Mauclaire a utilisé une fois le péroné du côté opposé.

M. Alglave emploie volontiers une côte.

M. Lecène fait remarquer que la présentation porte sur un cas bien précis et non sur toutes les pseudarthroses.

Présentation de malades. — M. Brocq. Anémie splénique.

M. Dujarier. 1° Fracture d'un cal du péroné permettant une bonne reposition de l'astragale.

2° Fracture de la tubérosité tibiale antérieure.

M. de Martel. Malade guéri, opéré pour gliome.

M. Proust. Méningiome temporo-facial.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1929)

Modifications du sérum sanguin au cours des cirrhoses du foie avec ascite. Inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. — MM. P. Abrami et Robert-Wallich montrent qu'il existe constamment au cours des cirrhoses avec ascite des modifications importantes des protides sanguines; ces modifications consistent presque toujours dans l'inversion du rapport S/G, l'hypoalbuminémie fréquente et partant l'abaissement de la pression osmotique, dite des protéines. L'existence de ce syndrome analogue à celui des néphroses constitue un argument en faveur de l'origine sanguine et non pas seulement mécanique de l'ascite. Outre cette importance pathogénique, sa recherche présente un intérêt diagnostique et peut même, dans certains cas, aider à fixer le pronostic.

Sur la sensibilité à la tuberculine provoquée par l'ingestion répétée de B. C. G. chez les cobayes. — MM. J. Valtis et A. Saenz ont observé que l'hypersensibilité dermique à la tuberculine chez le cobaye, consécutive à une seconde ingestion de B. C. G., apparaît dans la majeure partie des cas (3 fois sur 6) plus tôt (21e jour) qu'après la première ingestion (65 à 105 jours). En outre, ces cobayes peuvent, sans nouvel apport d'antigène, présenter des périodes d'hypersensibilité alternant avec des périodes d'anergie (hypersensibilité périodique).

Les éléments filtrables du bacille de Koch rendus tuberculigènes par passages successifs de cobaye à cobaye. — M. F. van Deinse, en partant d'un filtrat d'organes tuberculeux de cobaye et en faisant des passages successifs de cobaye à cobaye, a réussi, comme Saenz, à obtenir la tuberculose généralisée au quatrième passage.

Vaccination antitétanique du lapin. — M. S. Mutermilch et Mlle E. Salamon préconisent l'emploi de la voie intrarachidienne, de préférence à la voie sous-cutanée, pour les inoculations de l'anatoxine tétanique, afin d'immuniser activement le lapin vis-à-vis de la toxine tétanique. On obtient par ce procédé :

1° Une production locale de l'anatoxine dans le liquide céphalo-rachidien;

2° Une résistance de l'animal vis-à-vis du tétanos cérébral, fait ne se produisant pas avec les vaccinations sous-cutanées;

3° Une apparition plus précoce de l'antitoxine dans le sang, dont le pouvoir antitoxique dépasse considérablement celui obtenu par d'autres procédés de vaccination;

4° Enfin, l'établissement d'une résistance très précoce des animaux vis-à-vis du tétanos musculaire.

A la suite de leurs expériences, les auteurs recommandent l'adjonction de l'anatoxine tétanique au sérum thérapeutique dans le traitement du tétanos humain, car tout porte à croire que ce traitement mixte aura pour effet, en plus d'une neutralisation immédiate de la toxine par l'antitoxine du sérum, une immunisation active et rapide de l'organisme, qui exercera nécessairement son action bienfaisante dans tous les cas de tétanos non foudroyant.

L'infection variolique du chien. — MM. P. Teissier, E. Rivalier et J. Reilly montrent que, transporté sur le chien, le virus variolique y végète mais subit très vite une atténuation qui rend précaires les passages successifs. Ces tissus réceptifs sont représentés par la peau puis par le testicule. Au niveau de cet organe l'infection se développe le plus souvent d'une manière si discrète qu'elle échappe à toute investigation clinique; pourtant les animaux soumis ultérieurement à l'épreuve de la vaccination se montrent réfractaires. C'est là un nouvel exemple d'infection inapparente, capable néanmoins d'engendrer une immunité solide.

Influence des injections de sérum et de nucléinate de soude sur le taux du pouvoir agglutinant spontané du sérum. — MM. J. Davesne et C. Sauchez ont recherché si l'injection intraveineuse de sérum non agglutinant ou de nucléinate de soude modifie le taux du pouvoir agglutinant spontané du sérum de lapin. Ils ont constaté des variations identiques à celles qu'on observe à la suite de l'injection des mêmes substances chez l'animal immunisé; le pouvoir agglutinant baisse fréquemment après l'injection, puis le taux des agglutinines s'élève pour redescendre plus ou moins rapidement.

Les variations individuelles sont plus accusées que pour les agglutinines de l'animal immunisé, tant pour la rapidité de la réaction à l'injection de substance hétérologue que pour l'intensité de cette réaction.

Etude de la réaction de floculation de Kahn. — Mlle E. Salamon a étudié la réaction de floculation de Kahn comparativement à la réaction de Bordet-Wassermann et à la réaction d'opacification de Meinicke. Sur 759 sérums elle a obtenu 92,7 p. 100 de concordance et 7,3 p. 100 de discordance. Sur 205 liquides céphalo-rachidiens, 90,7 p. 100 de concordance et 9,3 p. 100 de discordance. Elle conclut de ces résultats que la réaction de Kahn, vu sa sensibilité, sa spécificité et la simplicité de son exécution mérite d'occuper une place importante dans la recherche sérologique de la syphilis parallèlement aux autres techniques ayant déjà fait leurs preuves.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 8 MARS 1929)

Tuberculome primitif de la lèvre inférieure. — MM. Augé et H.-L. Guibert. Le malade observé présentait une tumeur infiltrante et de consistance ligneuse de la partie moyenne de la lèvre inférieure. La biopsie révéla sa nature tuberculeuse. Il n'existait aucune autre localisation de l'infection bacillaire, l'état général était excellent. La guérison fut obtenue par un traitement combiné : injections d'antigène méthylique, irradiations ultraviolettes et radiothérapie pénétrante, injections intratumorales de solution de chlorure de zinc, pointes de feu pénétrantes.

Un cas de syndrome de Volkmann. Résultats du traitement non sanglant. — MM. Massabuau, A. Guibal et Cabanac présentent un enfant en cours de traitement pour

une griffe de Volkmann datant de cinq mois à l'aide d'un appareil permettant le redressement lent par tractions non élastiques. Le résultat obtenu est particulièrement favorable. La flexion des doigts et du poignet et la pronation sont complètement corrigées. Les mouvements actifs de flexion-extension et de pronation-supination s'exécutent parfaitement. Le résultat est à consolider par un traitement prolongé.

Le diagnostic précoce de la sacro-coxalgie. — MM. Massabuau, Guibal et Cabanac présentent quatre observations de sacro-coxalgie chez l'enfant. Ils soulignent la rareté de cette lésion à cette période de la vie, et leur observation personnelle révélant au début une symptomatologie de sciatique complétée après plusieurs mois par des signes évidents de sacro-coxalgie; ils insistent sur la valeur diagnostique de cette sciatique, notamment chez l'enfant.

Tuberculose pulmonaire massive chez un nourrisson. (*Présentation de pièces.*) — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et Mme P. Lonjon.

Appendicite et annexite. — MM. Estor et P. Lonjon présentent un cas d'appendiculo-annexite particulièrement net. Les lésions découvertes à l'intervention (laparotomie médiane sous-ombilicale, appendicectomie, hystérectomie subtotale) étaient tout à fait typiques.

Les auteurs signalent encore que la symptomatologie fonctionnelle était fruste chez leur malade, surtout en comparaison avec les lésions anatomiques (appendicite et pyosalpinx bilatéral ainsi que deux kystes ovariens à gauche).

Ils indiquent enfin de quel secours leur a été la rachi-anesthésie au cours des manœuvres opératoires.

(Séance du 15 mars 1929)

Deux cas de gangrène diabétique traités par l'insuline. — MM. E. Estor et P. Cristol apportent les observations de deux diabétiques avec gangrène du pied traités uniquement par l'insuline. Une de ces malades est morte au bout de deux mois et demi dans le coma urémique. La deuxième a recouvré une santé parfaite et à l'heure actuelle (seize mois après l'entrée à la Clinique) est toujours aglycosurique avec une glycémie de $1^{g}50$ p. 1.000, grâce à l'injection quotidienne de 30 unités d'insuline.

Cancérisation d'une plaie opératoire consécutive à l'ablation de l'appendice. Origine intestinale du cancer. — MM. H. Estor, P. Henriet et H.-L. Guibert.

Radio-diagnostic de l'appendicite. — MM. Estor et P. Lonjon rapportent un cas d'appendicite chronique d'emblée. Chez ce malade les symptômes fonctionnels étaient très peu accentués.

La radiographie montre avec la plus grande netteté un appendice volumineux en position horizontale. Les constatations opératoires confirmaient exactement les résultats de l'examen aux rayons X.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 11 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Jeannin et Vaudescal. — M. Baillis. Les suppurations pelviennes et leur traitement. — M. Barzilaï. L'argent colloï-



Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc. Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.

1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr 30 par Capsule

CÈDRE DU MAROC

CED-ROC

HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C. Seine 109 239*

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

dal dans les suppurations dentaires. — M. PIEL. Etude bactériologique de la cavité utérine. — M. LE BONNIEC. Etude des grossesses abdominales.

Jury : MM. Carnot, président; Lecène, Lejars et Brocq. — M. MOREAU. A propos de kystes de l'ovaire tordus. — Mlle LAMY. Le coxite gonococcique. — Mme CASALIS-FEER. Etude des fractures de Monteggia et de leur traitement.

Mercredi 12 juin. — Jury : MM. Achard, président; Couvelaire, Tanon et Duvoir. — M. PICOT. Les maladies typhoïdes chez le nourrisson. — M. CONSTANT-DESPORTES. Centre d'hygiène et de prophylaxie annexé à la Maternité de Lariboisière. — M. THOMAS. Prophylaxie des maladies vénériennes au Havre. — M. LECA. Considérations sur l'extension de la fièvre ondulante en Corse.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Loeper, président; Maignon et Robin. — M. DEBUIRE. La médication calmante dans les coliques du cheval.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS DU KYSTE HYDATIQUE DU FOIE [1]

3° **Autres ouvertures.** — *a.* Dans les *voies biliaires*, syndrome de colique hépatique, puis ictère par rétention.

b. Dans la *veine cave*, fréquemment mort subite ou rapide, mais cette évolution n'est pas obligatoire. A pu être à l'origine d'une *échinococcose secondaire*.

II. **Suppuration.** — C'est la *complication la plus fréquente.*

A. Elle est d'un diagnostic aisé, lorsque le kyste hydatique était diagnostiqué auparavant.

Deux symptômes l'annoncent : la douleur, la fièvre.

B. Elle est d'un diagnostic très difficile lorsqu'il était méconnu.

Un sujet sans antécédents pathologiques, vient consulter pour : *manifestations fébriles*, associées à des douleurs dans l'hypocondre droit à de la toux et à de la dyspnée, l'état général étant celui d'*un infecté*.

Examen physique. — L'examen physique est difficile, car le malade souffre, sa paroi est *hyperesthésiée, contracturée.*

Le foie est augmenté de *volume* et *douloureux*, et dans quelques cas, l'on trouve des *signes d'épanchement pleural.*

La *polynucléose sanguine* associée aux signes cliniques fait penser à une suppuration qu'on localise dans l'hypocondre droit.

La *radioscopie*, pourra parfois aider au diagnostic. Mais le plus souvent c'est un simple *diagnostic de présomption*, imposant toutefois le traitement chirurgical afin d'éviter :

L'*ouverture de la poche*, accident qu'on ne devrait plus voir.

C'est en règle *dans les viscères* que se fait cette ouverture du kyste suppuré s'opposant à l'*ouverture dans la séreuse*, du kyste aseptique.

a. *Ouverture dans le poumon*; c'est la *variété la plus fréquente.*

Avec *vomique :*

Après une douleur déchirante, au milieu de quintes de toux, le malade rejette *un liquide purulent*, d'odeur spéciale contenant des lambeaux membraneux blanc-jaunâtre accompagnés parfois d'hydatides affaisées.

Le *plus souvent* la vomique traîne, *sous forme de crachats fractionnée.* La poche se draine mal, et la mort est fréquente dans l'hecticité. Hâtée par des manifestations pulmonaires : broncho-pneumonie, gangrène.

b. *Ouverture dans le tractus digestif.* — Elle se voit dans les kystes à évolution *abdominale.*

Dans l'intestin le plus souvent, évolution assez favorable.

Dans l'estomac, rare, très grave.

A la peau : ne doit plus se voir.

Aspects cliniques. — A côté de la *suppuration aiguë* du kyste, il faut insister sur les *formes de suppuration atténuée.*

Avec douleur *peu marquée.*

Etat fébrile léger, *parfois absent.*

En somme l'infection du kyste peut rester absolument latente.

Ces formes n'en restent pas moins *sérieuses*, ouvertes dans la séreuse péritonéale elles entraînent une péritonite pouvant être le point de départ d'une *pyohémie*, d'une *endocardite.*

Ouverture, suppuration, ne résument pas toutes les complications du kyste hydatique.

On peut voir survenir des :

III. **Accidents de compression.** — Surtout en cas de kyste du lobe carré ou du lobe de Spiegel.

Soit ictère (c. voies biliaires), ascite (c. veine porte).

Soit syndrome veine cave inférieure (c. veine cave).

IV. **Phénomènes inflammatoires.** — Pyléphlébite, exceptionnels, trombose veine cave.

V. **Troubles de l'état général.** — Ils sont l'*exception.*

Perte de l'appétit et des forces, amaigrissement, véritable cachexie hydatique disparaissant par l'intervention et attribuée par Quénu et Duval, à l'*intoxication hydatique.*

PRONOSTIC

En somme réservé en raison des *complications multiples.*

D'où *cette règle :*

Tout kyste hydatique diagnostiqué doit être opéré sans retard.

DIAGNOSTIC

Il est souvent extrêmement *difficile* :

a. A côté des cas où une *voussure nette* ou une image radioscopique caractéristique imposent le diagnostic;

b. Nombreux sont les cas où tout se résume à un *gros foie.*

Deux gros diagnostics : le *cancer* du foie surtout massif (voir Question), la *syphilis* du foie dont certaines formes *gommeuses* simulent le kyste hydatique (voir Question).

Il faut en tous cas retenir l'importance pour le diagnostic de kyste hydatique de la conservation de l'état général.

C'est plus rarement que l'on discutera :

Une hépatite chronique,

Un foie cardiaque,

Un foie amyloïde.

c. Un kyste à évolution abdominale devra être différentié : d'une grosse vésicule, s'il est antérieur, d'une tumeur rénale, d'une hydronéphrose, s'il est postérieur.

d. Kyste supérieur. — Son diagnostic clinique serait très difficile avec un kyste bas situé dans le poumon, ou un cancer primitif à forme circonscrite, mais la radioscopie le favorise considérablement.

Diagnostic des complications. — Il ne se pose que si le kyste hydatique était ignoré auparavant.

a. *Rupture. — Toutes les perforations viscérales.*

Importance de l'urticaire.

b. *Suppuration :* les collections.

1. *Périhépatiques : cholecystites, abcès sous phrénique.*

2. *Hépatiques : abcès dysentérique du foie* (importance des antécédents, de la recherche des kystes).

Enfin dans certains cas : *un ictère par rétention.*

Un syndrome de colique hépatique ont pu conduire une intervention chirurgicale qui a révélé l'existence d'un kyste hydatique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, nos 43, p. 802, et 45, p. 838.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SCILLARÈNE

"SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

CARTIO-TONIQUE POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS — LE DIURÉTIQUE AZOTURIQUE

GOUTTES	AMPOULES A 1 CC *(injections endo-veineuses)*	COMPRIMÉS
xx, 2 à 8 fois par jour	1/2 à 1 par jour	2 à 8 par jour

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS (10e).

M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe

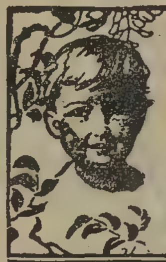
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

ANDRO RINOL

contient l'hormone orchitique

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS. SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS XVII


LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHÉSINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS **Prix du Numéro : 50 c.**

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Turchini, Aubourg, Beaujard, Maingot, Sergent, Souligoux, Lapointe.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alajouanine, Chevallier, Mouquin, H. Bernard, Soupault, Charrier, Monbrun, Moulonguet-Doléris, Guéniot.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NÎMES — Après concours, MM. les docteurs Villaret et Foulquier ont été nommés médecins phtisiologues des hôpitaux de Nîmes.

— SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin ophtalmologiste à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Les candidats devront adresser leur dossier à M. le maire de Saint-Germain-en-Laye, président de la Commission administrative de l'hôpital avant le 25 juin 1929.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital.

ECOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours pour un emploi de chef des travaux de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 28 octobre 1929, au siège de ladite Ecole.

COMMISSION DU CODEX. — M. le professeur Delépine est nommé membre de la Commission en remplacement de M. Guignard.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale, pour 1929, a été attribué à M. le médecin en chef de 2e classe Bellot, pour son travail intitulé : *Traitement sclérosant, en une séance, des hémorroïdes. Résultats d'une expérience de cinq années.*

D'autre part, une mention très honorable a été accordée à cette occasion aux officiers du corps de santé dont les noms et les travaux suivent :

MM. le pharmacien chimiste en chef de 1re classe Izambert et le pharmacien chimiste principal Bremond : *L'analyse du vert de Schweinfurt.*

M. le médecin en chef de 2e classe Cazeneuve : *Les Maladies vénériennes dans les équipages des forces navales en Extrême-Orient.*

MM. le médecin en chef de 2e classe Candiotti et le médecin principal Nivière : *Les Opérations d'incorporation au Ve dépôt des équipages de la flotte.*

M. le médecin principal Hamet : *L'Œuvre sanitaire des Américains en Haïti.*

M. le médecin principal Negrie : *La Technique de l'évidement pétro-mastoïdien* et *La Neurotomie rétrogassérienne*, et, en collaboration avec M. le médecin de 1re classe Rolland : *L'Anesthésie paravertébrale.*

M. le médecin de 1re classe Bideau : *La Désinfection et la dératisation par l'acide cyanhydrique.*

M. le pharmacien chimiste de 1re classe Damany : *Etude chimique de quelques aciers inoxydables, en vue de leur application future au matériel de chirurgie.*

INSTITUT COLONIAL FRANÇAIS. — L'Institut colonial français vient de décerner ses grands prix médicaux, récompenses

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boulᵈ de Port-Royal, PARIS

destinées à distinguer les médecins les plus méritants et à stimuler les vocations médicales aux colonies.

Le jury, présidé par le médecin général Girard, assisté du professeur Teissier, de l'Académie de médecine, est composé des docteurs Abbatucci, Brocquet, Debierre, sénateur, Dufougère, Joyeux, des professeurs Marchoux, Mesnil, Nattan-Larrier, Tanon.

Le médecin-capitaine Henry de Marqueissac : cinq ans de lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun, dans le camp d'Argos et le secteur de prophylaxie le plus important du territoire; s'acquitte de sa lourde et pénible tâche avec une activité et un dévouement inlassables, une noblesse et une conscience au-dessus de tout éloge. Prix 2.500 fr. et médaille de bronze.

Le médecin de 1re classe de l'A. M. I. (civil) Jeudy : s'est dépensé sans compter dans la lutte contre la fièvre jaune à Rufisque et à Thiès, se faisant remarquer en particulier par son dévouement auprès d'un de ses confrères qui a succombé. Prix 2.500 fr. et médaille de bronze.

Le médecin-major de 2e classe Bacqué, médecin chef de l'ambulance du cap Manuel à Dakar et du service des contagieux qu'il a assuré pendant toute l'épidémie de fièvre jaune avec une rare compétence, un dévouement absolu et un mépris complet du danger. Prix 1.500 fr. et médaille de bronze.

Le médecin-major de 1re classe Armstrong : a rendu des services considérables au moment de l'épidémie de fièvre jaune de 1927. Prix 1.500 fr. et médaille de bronze.

Le jury a de plus décidé d'adresser à la famille du docteur Guillet, mort au champ d'honneur, la grande médaille de vermeil de l'I. C. F. en hommage aux services exceptionnels rendus lors de la dernière épidémie de fièvre jaune au Sénégal, au cours de laquelle il a glorieusement succombé.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — CONCOURS POUR LE 15e PRIX RIBERI DE 20.000 LIRES (1928-1934). — L'Académie royale de médecine de Turin ouvre un concours pour le 15e prix Riberi de 20.000 lires (moins la taxe de main-morte).

Pourront concourir tous les travaux de médecine édités depuis 1927 en langue italienne, latine, française, anglaise et allemande.

Le concours sera terminé le 31 décembre 1934.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général M. le professeur L. Bobbio, à l'Académie royale de médecine de Turin.

LE DISPENSAIRE DU SOLAR ESPAGNOL A BORDEAUX. — Un important dispensaire vient de s'ouvrir à Bordeaux, sous le haut patronage de S. M. le Roi d'Espagne. Cette institution, éminemment sociale et humanitaire, est réservée, en premier lieu, aux Espagnols indigents résidant dans toute la région bordelaise, ainsi qu'aux Français peu fortunés qui reçoivent tous les soins que nécessite leur état.

La direction du service médical a été confiée au docteur Henri-Fischer qui a su grouper à ses côtés les praticiens les plus distingués qui apportent à cette noble création leur généreux concours.

C'est ainsi qu'il existe des consultations consacrées à la chirurgie orthopédique (docteur E. Plaziat); aux maladies du nez, de la gorge et des oreilles (docteur Henri-Fischer); de l'intestin et de l'estomac (docteur R. de Grailly); du cœur et des poumons (docteur J. Casassus); de la peau (docteur R. Jeanty); des yeux (docteur L. Montoux); du système nerveux (docteur L. Jean); des voies urinaires (docteur H. Blanc); des nourrissons et des enfants (docteur P. Bousquet). N'oublions pas non plus le docteur Roques (radiologie) qui veut bien, par son aide si précieuse, contribuer à cette belle œuvre.

Néoralgies Néorites BROMÉINE MONTAGU

L'essor qu'a déjà pris ce dispensaire laisse espérer, dans un avenir prochain, sa transformation en un hôpital espagnol qui aurait vraiment sa place dans la capitale du Sud-Ouest.

XIVe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE. — Le XIVe Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris, les 24, 25 et 26 juin 1929, à l'Institut médico-légal, sous la présidence de M. le professeur Sorel.

RAPPORTS. — I. *Médecine légale.* — MM. Heger-Gilbert (de Bruxelles) et Laignel-Lavastine (de Paris) : « La mort subite médico-légale. » — MM. Parisot et Caussade (de Nancy) : « Les sévices chez les enfants. »

II. *Médecine sociale.* — MM. Vervaeck (de Bruxelles) et Leclercq (de Lille) : « Le certificat prénuptial. »

III. *Criminologie.* — M. Cellier (de Paris) : « La responsabilité pénale des épileptiques et leur assistance. »

Adresser les demandes de renseignements à M. Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac, Paris (Ve).

Une assemblée générale du Syndicat des médecins légistes français aura lieu au moment du XIVe Congrès, à Paris (26 juin 1929), sous la présidence de M. Ch. Paul, président du Syndicat.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 14e décade (11-20 mai 1929), 1.443 décès totaux, dont 1.203 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.217 pendant la décade précédente et de 1.180, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 240 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.203 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 5).

La rougeole a causé 17 décès, au lieu de 20 pendant la décade précédente (moyenne 27).

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 15 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 74, au lieu de 87 pendant la décade précédente.

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 171 décès, au lieu de 170 pendant la décade précédente, et au lieu de 158, moyenne décadaire correspondante.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin général Pauzat, du cadre de réserve, commandeur de la Légion d'honneur, père de M. le docteur Denis Pauzat (de Bordeaux) auquel nous adressons l'expression de nos très sincères condoléances; M. le docteur Appelmans, ancien président de la Société médico-chirurgicale du Brabant; de MM. les docteurs Chabrun, conseiller général de la Mayenne; Angot (de Laval); Paul Engelbach, chirurgien honoraire des hôpitaux du Havre; Th. Mocochain (de Paris), Victor Bravais (de Toulon), Raymonencq (de Perthuis), Lisle (de Pau), Lériget (de Brignon, Gard), Armand Besson (de Bourges), Coste-Labaume, vice-président du Syndicat des médecins du Rhône, président du Syndicat des médecins de la région lyonnaise; Lucas Dauris (de Marseille), Martial Savy (à Valensole).

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

NOTRE TRIADE HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE

CIBA

DIAL

(Diallylmalonylurée)

INSOMNIE NERVEUSE

EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ, ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES

CIBA

DIDIAL

(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)

INSOMNIE-DOULEUR

TRAUMATISMES, CALMANT PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX

DIALACÉTINE

(Diallylmalonylurée + Ether allylparacétaminophénolique)

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE

SPASMOPHILIE, NÉVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGUES

Échantillons : LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Phcien. 1, Place Morand, LYON.

R. C., 10.694, Lyon.

Atoquinol Ciba

(phénylcinchoninate d'allyle)

MÉDICAMENT DIACRITIQUE

Les manifestations goutteuses revêtent un tel polymorphisme clinique que leur identification n'est souvent possible qu'à la faveur d'un critère thérapeutique.

L'ATOQUINOL, à ce point de vue, est d'un précieux secours diagnostique : s'il jugule la douleur et augmente notablement l'acide urique urinaire, il confirme le diagnostic et permet le traitement étiologique de maintes formes atypiques de la diathèse goutteuse : arthrites phlébitiques ou œdémateuses, rhumatisme chronique, arthralgies de la ménopause, etc.

CACHETS
1 à 3 par jour

GRANULÉ
1 à 3 cuillerées à café

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

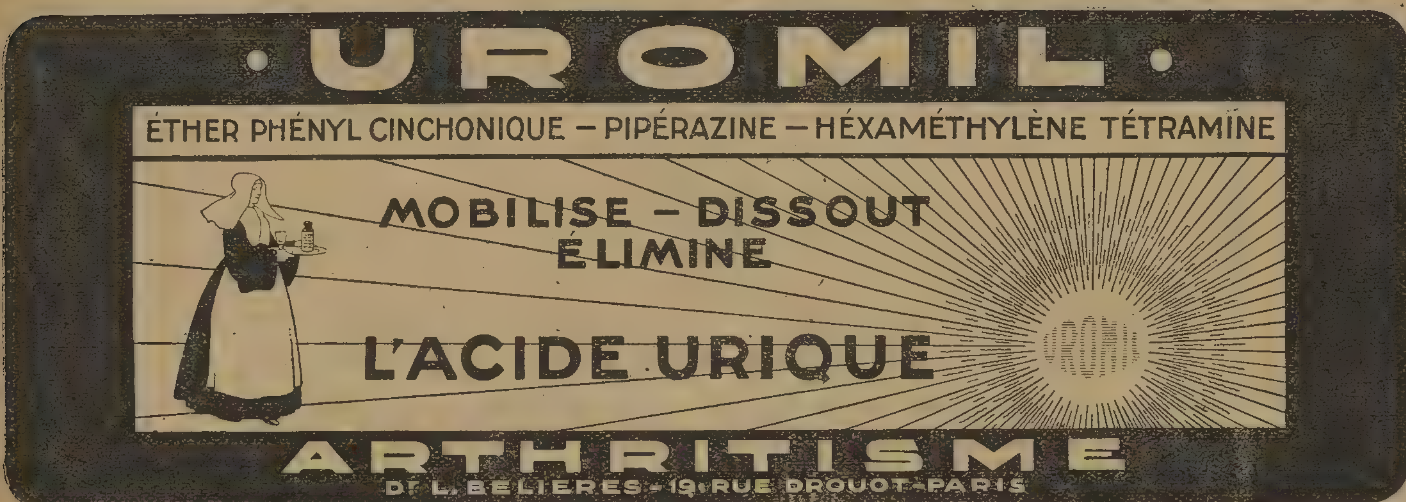
Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)



LE PANSEMENT GASTRIQUE

au Sous-Nitrate de Bismuth

RÉALISÉ AU MOYEN DU

BISMUTH TULASNE

Préconisé dès 1910, par G. LION, médecin en chef de la Pitié, et préparé sur ses indications par A. TULASNE, son chef de Laboratoire, de façon à ne titrer que 7 % d'acidité.

« Si l'on met en contact du suc gastrique et du sous-nitrate de bismuth on voit toutes les « valeurs du suc gastrique tomber à 0 et l'Hcl, lui, disparaît constamment.

« L'Hcl s'est fixé sur le bismuth et s'est précipité sous forme d'un sel *insoluble* qui continue « à exercer une action protectrice sur la muqueuse. C'est là un point capital qui différencie nettement le sous-nitrate des autres poudres dites absorbantes, lesquelles sont dissoutes par le suc « gastrique. »

(Travaux du Docteur G. Lion et de A. Tulasne, à la Pitié).

« Nos recherches nous permettent de conclure que le sous-nitrate de bismuth n'agit que « d'une façon indirecte dans les diverses affections gastriques où il donne des résultats si remar« quables cliniquement. Il ne fait que provoquer la mise en activité du processus normal de « défense de la muqueuse gastrique, la sécrétion de mucus. »

(Travaux du Professeur Surmont et de A. Dubus, de Lille).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

LABORATOIRES BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes, PARIS

CONGRÈS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIIIe SESSION

Barcelone, 21-26 mai 1929 (1)

Mardi 21 mai, s'est ouverte, à Barcelone, la XXXIIIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, sous la présidence de MM. J. GIMENO-RIERA, directeur de l'Asile National d'aliénés de Saragosse, et LALANNE, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy, médecin-chef de l'Asile de Maréville, avec, comme vice-président, M. ABADIE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et, comme secrétaire-général, M. MIRA, directeur de l'Institut d'orientation professionnelle, médecin du service psychiatrique municipal de Barcelone.

***

La **partie scientifique** comportait trois rapports, un psychiatrique, un neurologique, un médico-légal.

Le *premier*, intitulé : « **Du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des maladies mentales** », avait été confié à MM. HAMEL médecin-chef de l'Asile de Maréville, et LOPEZ-ALBO, directeur de l'Asile d'aliénés de Zaldivar, médecin neurologiste de l'hôpital civil de Bilbao. Il a d'autant plus intéressé les Congressistes que, tout en se conformant à la tradition, qui veut qu'un rapport soit une mise au point, les auteurs ont voulu, surtout, faire œuvre personnelle, et nous apporter le résultat de leurs recherches originales fondées sur la clinique; sur la sérologie, celle-ci utilisant simultanément plusieurs techniques et permettant ainsi d'incriminer la syphilis lorsque toutes les réactions sont franchement positives et concordantes, et même lorsqu'elles sont dissociées, discordantes, incomplètes; enfin, sur l'examen histo-chimique du liquide céphalo-rachidien.

De ces recherches, poursuivies avec une patience et une méthode que l'on ne saurait trop louer, quelles conclusions tirer?

1° La syphilis héréditaire est responsable de la plus grande partie des infirmités psychiques constitutionnelles, qu'il s'agisse de troubles intellectuels : idiotie, imbécillité, arriération mentale, ou de troubles du caractère : perversion, amoralité, sans déficience intellectuelle.

2° Elle peut agir tantôt par les lésions organiques spécifiques qui sont sous sa dépendance, que celles-ci soient de nature nerveuse, méningée ou vasculaire, tantôt sur les perturbations fonctionnelles, viscérales, endocrino-végétatives, qu'elle produit : elle intervient alors comme cause prédisposante; elle réalise une véritable diathèse dont les stigmates physiques sont les manifestations les plus apparentes, et sur laquelle se développeront les psychopathies du jeune âge.

3° L'infection spécifique dépasse-t-elle une certaine intensité, incompatible avec le fonctionnement normal du centre nerveux, alors elle devient cause déterminante.

4° A elle s'associent souvent, pour les classiques, d'autres causes; on a souvent incriminé les hérédités alcoolique, névropathique, tuberculeuse. De ces trois, les deux premières, au moins, masquent souvent une syphilis sous-jacente; quant à la dernière, son influence n'est pas prouvée.

5° Ce n'est pas seulement chez l'enfant que l'hérédo-syphilis intervient. Elle est encore à l'origine de certaines psychopathies de l'adulte, qu'elle agisse comme cause prédisposante, en aidant à la constitution du terrain dégénératif sur lequel elles se développent, ou comme cause déterminante, sans qu'il soit actuellement possible de dire, en dehors de la paralysie générale, celles qui relèvent toujours — ou souvent — de son action. Signalons seulement la démence précoce, la psychose maniaque ou dépressive, les états confusionnels, la psychose hallucinatoire aiguë, les états rangés sous les rubriques de psychasthénie, de neurasthénie, de névrose, et qui, au moins dans certains cas, sont produits par l'hérédo-syphilis.

6° Le neuro-psychiatre doit donc toujours penser à la syphilis héréditaire et orienter dans ce sens ses recherches, cliniques, statistiques, et surtout sérologiques. Dans tout asile devrait exister un laboratoire bien outillé, capable de fournir au psychiatre les renseignements dont, aujourd'hui, il ne peut plus se passer.

Une intéressante discussion suit l'exposé de ce rapport. Comme tous les orateurs vont le faire, M. BABONNEIX en félicite les auteurs. Puis, demandant la permission d'élever et d'élargir le débat, il montre quel rôle capital joue l'hérédo-syphilis en neurologie infantile, qu'il s'agisse des troubles moteurs : hémi ou diplégies spasmodiques, convulsions, épilepsie, ou intellectuels, propres aux encéphalopathies infantiles, et demande à ses collègues de bien vouloir, dans leurs services respectifs, procéder à une vaste enquête portant sur les antécédents, tant héréditaires que personnels; sur les symptômes associés; sur les réactions sérologiques : sur les résultats nécropsiques. Pourquoi cette enquête? Pour ajouter une statistique à tant d'autres? Mais non! Parce qu'il s'y attache un intérêt social immense. Le jour où sera unanimement admis que la plupart des affections neuro-psychiatriques de l'enfance sont dues à l'hérédo-syphilis, il faudra intensifier par tous les moyens la lutte contre le tréponème, et au traitement symptomatique, dont les effets sont si limités, substituer le seul traitement efficace, le traitement prophylactique.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON apportent à l'appui du rapport de MM. HAMEL et LOPEZ-ALBO quelques remarques relatives à la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les malades qui viennent à la consultation neuro-psychiatrique de la Pitié.

Les plus nombreux sont les débiles mentaux et les déséquilibrés émotifs ou imaginatifs chez lesquels le traitement spécifique donne de très beaux résultats, même quand les réactions humorales sont restées négatives.

La très grande fréquence de l'hérédo-syphilis chez les psychasténiques mérite de retenir l'attention. Cette question est liée à celle de la vagotonie hérédo-syphilitique, affection constitutionnelle bien nette, qui est à la base de nombreux syndromes psychiques.

L'épilepsie hérédo-syphilitique est bien connue; les exemples en sont légion.

Le rôle de l'hérédo-syphilis dans certaines cyclothymies et psychoses périodiques est démontré par l'effet du traitement. Le rôle de celui-ci est beaucoup plus discutable chez les déments précoces.

La guérison de certains cas d'automatisme mental, après traitement spécifique, permet de les considérer comme organiques et hérédo-syphilitiques. La syphilis des ascendants détermine d'ailleurs des troubles mentaux dans leur lignée par des processus très divers.

M. HESNARD rappelle que l'hérédo-syphilis avait déjà été incriminée dans le développement des psychoses par REGIS, qui avait inspiré, sur ce sujet, la thèse de JACQUIN. Il montre, avec FREUD, que les jeunes névropathes sont souvent des hérédo-syphilitiques sans stigmates; il met enfin en garde contre les théories actuelles, intéressantes, mais dont il ne

(1) *Association de la Presse médicale française.*

faudrait pas étendre indéfiniment les conséquences. M. ANGLADE insiste avec son autorité coutumière sur le rôle de la tuberculose dans la production des états d'arriération mentale. M. PORC'HER fait intervenir l'hérédo-syphilis toxhémique par dystrophie initiale des gamètes, sans élément infectieux. M. COURBON voudrait que l'on apportât plus de précision dans l'étude de la question. Jusque-là, il sera difficile de dire si l'hérédo-syphilis est coïncidence ou cause; dans ce dernier cas, si elle n'a qu'un effet prédisposant, quelles sont les causes déterminantes? M. Van der SCHEER n'a vu que sept fois, sur 350 cas de mongolisme, un Wassermann positif. M. PEYRI attribue une grande importance, dans la production des accidents incriminés, aux dystrophies d'origine indirecte. M. LÉPINE a eu l'occasion d'observer beaucoup d'instables chez les hérédo-syphilitiques. M. ADAM souligne la difficulté des recherches relatives à l'hérédité. M. LEY a essayé sans succès, chez ses malades, de faire précéder la cure spécifique d'un choc pyrétogène.

MM. VERMEYLEN et DECAMPS (Bruxelles) étudient les manifestations mentales chez les hérédo-syphilitiques. De façon générale, on peut dire que dans tous les cas d'hérédo-syphilis certaine, l'enfant est ou sera atteint de troubles neuro-psychiques. Les formes mentales de l'hérédo-syphilis peuvent être divisées en deux grands groupes :

1° Les formes congénitales à manifestations déficitaires (oligophrénie de tous les degrés) et à troubles du caractère;

2° Les formes tardives, se produisant de préférence pendant la période pubérale et ayant tantôt une évolution démentielle (démence simple type Morel, paralysie générale), tantôt une évolution vésanique (syndromes psychasténique, schizophrénique, maniaque). Chacun de ces cas peut dépendre tantôt de lésions cicatricielles stationnaires, provenant souvent d'une syphilis de deuxième génération, tantôt de manifestations fonctionnelles évolutives, surtout fréquentes dans les hérédo-syphilis de première génération.

Les réactions neurologiques sont d'autant plus nettes et plus positives qu'on passe des premières formes aux secondes.

Le traitement spécifique agit, au point de vue mental, tout d'abord et le plus complètement sur les troubles du caractère, il agit moins souvent et moins complètement sur le déficit intellectuel.

Dans leur réponse, les rapporteurs font observer que :

1° Souvent l'étiologie est complexe; avant de traiter l'hérédo-syphilis, il faudrait, dans bien des cas, traiter la vagotonie, héréditaire elle aussi;

2° Le traitement spécifique doit être, parfois, prescrit *per os*;

3° Les tuberculeux auxquels fait allusion M. Anglade, sont fréquemment, en plus, des syphilitiques héréditaires;

4° Il serait utile que le ministre de l'Instruction publique, en France, envoyât des circulaires aux Conseils généraux pour leur signaler l'importance d'attacher, à chaque asile, un laboratoire.

Deuxième rapport : « **Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques.** »

M. B. RODRIGUEZ-ARIAS, professeur adjoint de neurologie à la Faculté de médecine, médecin du service psychiatrique de la ville de Barcelone, s'occupe particulièrement de l'*étude historique, générale, pathogénique et thérapeutique*.

Depuis les premiers travaux, dus à Charcot et à Vulpian, le problème nosologique de la sclérose en plaques a changé du tout au tout. En ce qui concerne, plus spécialement, les troubles sensitifs, Grasset les considérait, en 1894, comme rares et imprécis. Cependant, dès 1891, Freund avait attiré l'attention sur les paresthésies et sur les anesthésies; Oppenheim suit son exemple. Dès lors, les observations se multiplient, et les auteurs publient de nombreux cas de sclérose en plaques avec troubles indubitables, mais d'ailleurs variables, de la sensibilité, tant objective que subjective, et l'on arrive, peu à peu, à cette conception que les paresthésies appartiennent aux premières périodes, qu'on observe très peu douleurs, prurit et hypoesthésies superficielles, que les troubles de la sensibilité osseuse sont courants, l'astéréognosie constante, ces divers troubles, sauf le dernier, étant intermittents, fugaces, et siégeant surtout aux membres inférieurs.

Bien que l'on soit d'accord pour admettre l'origine toxi-infectieuse de la maladie, le problème pathogénique est encore loin d'être résolu. S'agit-il de gliose primitive (STRÜMPELL, MEYER), d'une lésion sclérosante péri-axile d'origine toxique (CHARCOT, MARBURG), d'une infection parasitaire (P. MARIE)? On ne sait. L'anatomie pathologique n'explique pas toujours les symptômes cliniques. L'intermittence des phénomènes morbides est due sans doute à l'excitation des tissus, tant sains que malades. Quant aux troubles sensitifs, ils semblent en rapport avec des lésions différentes suivant les cas, qu'elles intéressent les cordons postérieurs et les voies spino-thalamiques, pour la sensibilité objective, les cordons latéraux pour la sensibilité vibratoire, les fibres conductrices de la sensibilité douloureuse et sympathique, pour les algies, la fibre mise à nu, pour les secousses électriques, les fibres cortico-thalamiques pour les dysesthésies. Quant à l'astéréognosie, sa signification est encore inconnue.

En ce qui concerne la thérapeutique, on accorde actuellement une grande valeur aux médicaments suivants : salicylate de soude, urotropine, seuls ou combinés aux autres; arsenicaux à hautes doses : surtout cacodylate de soude, néo-salvarsan, salvarsan, argent; antimoine, seul ou associé aux autres; germanine ou Bayer 205, de composition inconnue, mais douée d'évidentes propriétés parasitotropes; mercure, iode et bismuth qui, parfois, donnent d'emblée d'excellents résultats. L'ergotine, le nitrate d'argent, la quinine, la fibrolysine gardent des partisans. On s'est adressé enfin aux sérums homologues, de malades fixés ou guéris, dont on n'a malheureusement que des quantités restreintes, aux injections intrarachidiennes de sérum autogène, de lécithine ou de caséine, aux diverses protéines, aux divers vaccins, au thorium X, à l'atophan radio-actif. Quant au traitement des troubles sensitifs, il comporte surtout l'emploi des médicaments analgésiques, de la radiothérapie, des bains généraux de lumière, du massage, de la balnéothérapie chaude, de la diathermie. Le traitement chirurgical n'est pas encore au point. Mais, en combinant ces diverses méthodes et en y ajoutant l'indispensable psychothérapie, on peut arriver à améliorer le sort des malades.

Le second rapport sur les « **Troubles sensitifs de la sclérose en plaques** », d'ordre clinique, cette fois, avait été confié à M. Th. ALAJOUANINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

Cet auteur étudie d'abord les troubles *subjectifs*, les plus fréquents comme les plus importants, les plus caractéristiques qu'il s'agisse de paresthésies, symptôme de premier plan, souvent initial, que l'on peut diviser elles-mêmes en :

Paresthésies proprement dites, frappant surtout les extrémités : fourmillements, engourdissements, mais aussi d'autres régions du corps : membres lourds comme du plomb, tronc, où elles affectent diverses formes : constriction, sensation de plaque rigide ou d'un corps interposé;

Paresthésies à type de sensation électrique, assez spéciales à la sclérose en plaques, qu'elles consistent en sensations de décharge électrique siégeant sur un membre, au dos ou en sensation de contact électrique;

Dysesthésies thermiques : sensation de froid, souvent très localisée; moins souvent, sensation de chaleur anormale, rappelant, les unes et les autres, celles que l'on peut observer au cours des syndromes thalamiques dont elles diffèrent par l'absence d'over-réaction;

Dysesthésies profondes : sensation de marcher sur du

coton, sur un tapis épais, expliquant sans doute l'impression de dérobement des jambes dont se plaignent les malades, sensation de gants épais entourant les doigts et la main, d'ouate entourant le tronc, les articulations ;

Douleurs, non exceptionnelles, contrairement à l'opinion classique, parfois prépondérantes (*sclerosis multiplex dolorosa* de Müller), d'ailleurs variables dans leurs caractères et dans leur topographie ; névralgies, pouvant intéresser le trijumeau ou à type de causalgie ; douleurs fulgurantes, constrictives, musculaires et articulaires, céphalée ;

Prurit (Müller, Guillain) sans lésions objectives.

Ces divers troubles, très polymorphes, s'associent pour former des complexes sensitifs très caractéristiques, ayant tous un air de famille, et très importants pour le diagnostic. Souvent précoces ou mêmes initiaux, occupant la première place, à une époque où les autres symptômes sont très réduits, ils peuvent ensuite disparaître et réapparaître plusieurs fois, jusqu'à ce qu'ils deviennent permanents, ou occuper, dès le début, la première place dans le tableau clinique.

Moins importants sont les troubles *objectifs*, sauf l'astéréognosie, précoce, souvent unilatérale, d'allure évolutive, et de grande valeur diagnostique. Ce sont :

Des troubles de la sensibilité superficielle : hypoesthésie tactile, la plus fréquente, de distribution variable, et parfois dissociée ; dysesthésies objectives, avec obtusion de la sensibilité ; anesthésie globale, à début brusque ; troubles globaux et passifs, accompagnant certaines poussées évolutives graves. Ces troubles sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents qu'on ne le croyait jadis.

Des troubles de la sensibilité profonde, presque constants, très importants pour le diagnostic, et dont le principal est l'astéréognosie, symptôme précoce, qui peut pendant longtemps constituer le seul symptôme sensitif et qui explique peut-être en partie la maladresse due aussi, en partie, à un élément cérébelleux ; à signaler encore les troubles de la notion de position et de la sensibilité vibratoire.

Les troubles de la sensibilité objective se modifient sensiblement au cours de la maladie : ils caractérisent surtout les poussées évolutives. A une période avancée, ils perdent de leur importance.

Le *diagnostic* des troubles subjectifs se pose avec diverses affections : pour les paresthésies, avec les névrites périphériques où elles sont plus diffuses, prédominent aux extrémités, et s'accompagnent toujours de troubles moteurs caractéristiques ; pour les dysesthésies thermiques, avec les syndromes thalamique ou mésocéphalique ; pour les dysesthésies profondes, avec le tabes. Rappelons-nous à ce sujet qu'aucun des troubles subjectifs de la sclérose en plaques n'est pathognomonique, et que seul vaut leur groupement.

En ce qui concerne le diagnostic des troubles objectifs, un seul très spécial, particulier aux premières poussées de la maladie, l'astéréognosie.

En somme, diagnostic différentiel facile. Parfois, cependant, certaines affections médullaires peuvent prêter à erreur : compressions, que fera reconnaître l'anamnèse, l'évolution, l'étude du liquide céphalo-rachidien, avec sa formule si caractéristique ; syphilis, où l'on n'observe guère ces paresthésies telles que nous les avons décrites ; dégénération combinée subaiguë anémique, difficile à repérer avant l'apparition de l'anémie. De même, parmi les affections encéphaliques, il faut éliminer, dans certains cas, les tumeurs cérébrales, grâce à l'étude du liquide céphalo-rachidien et à l'évolution progressive des symptômes dans les tumeurs ; névraxite épidémique, soit à cause de la somnolence, de la diplopie et de l'asthénie dans certaines formes de sclérose en plaques (Guillain et Alajouanine), soit parce qu'il existe des scléroses en plaques à évolution rapide, avec prédominance des symptômes mésocéphaliques. Ici encore, les paresthésies feront pencher vers le diagnostic de sclérose en plaques. Enfin, on songera toujours à l'hystérie. N'est-ce pas à elle qu'ont été jadis rapportés la plupart des troubles sensitifs initiaux ? Ces manifestations hystériques sont d'ailleurs très spéciales et très faciles à reconnaître pour que l'on y songe.

A propos de ces brillants rapports, plusieurs communications intéressantes. M. Sebek (de Prague) a observé assez souvent les troubles sensitifs dans la sclérose en plaques. Au début, ils sont purement subjectifs, et ce n'est qu'ensuite qu'ils deviennent objectifs. Le sympathique joue sans doute un rôle dans leur production : aussi doit-on les traiter par le tartrate d'ergotamine, antagoniste de l'adrénaline. MM. Laignel-Lavastine et Koressios ont vu, dans un certain nombre de cas, la sclérose en plaques évoluer chez des syphilitiques. Ceux-ci seulement avaient des troubles objectifs de la sensibilité superficielle. M. Abadie rappelle que les troubles sensitifs avaient été décrits avec soin par les anciens auteurs. Pourquoi les a-t-on ensuite considérés comme exceptionnels ? Pour deux raisons. La première tient à ce que Charcot, voulant opposer la sclérose en plaques au tabes et faire du schéma, a affirmé que ces troubles étaient aussi rares dans celle-là que fréquents dans celui-ci. La seconde consiste dans leur variabilité et dans leur caractère passager, qui les a fait souvent rattacher à l'hystérie. Ils ont été, dès 1877, signalés par Pitres, bien avant le travail de Freund qui ne date que de 1891. Dans une seconde note, M. Abadie apporte les résultats d'une statistique personnelle portant sur 135 cas réduits, par une juste critique, à 56. Sur ces 56 cas, les troubles sensitifs sont mentionnés 38 fois, soit dans 68 p. 100 des cas. Ils consistent surtout en crampes, puis en douleurs des membres inférieurs. Quant aux troubles objectifs, ils restent longtemps peu nets. M. Porot attire l'attention sur les petites intoxications arsenicales d'origine médicamenteuse, dues surtout à l'absorption *per os* d'arsenicaux pentavalents et qui, s'accompagnant d'incoordination motrice, de troubles sensitifs, de secousses électriques, se rapprochent de la sclérose en plaques, dont elles s'éloignent par l'absence d'astéréognosie comme de réactions du liquide céphalo-rachidien. M. Pussepp a vu deux fois des crises gastriques si rebelles qu'il a dû intervenir. Dans le premier cas, la résection des racines postérieures n'amena aucune amélioration : l'autopsie montra qu'il s'agissait de lésions cordonales. Aussi, dans le second, recourut-il avec succès à la cordotomie. M. Anglade note qu'étant donné l'excessive dissémination des lésions, il y a, *a priori*, de grandes chances pour que les voies sensitives soient atteintes. Dans certaines formes particulièrement douloureuses, il existe parfois, comme l'auteur a pu s'en assurer dans un cas, de grosses altérations de la couche optique et du locus niger. La maladie ne pourrait-elle, d'ailleurs, succéder à l'encéphalite léthargique ? M. Aug. Ley insiste, enfin, sur les relations étroites entre sclérose en plaques et hystérie, et fait cette fine remarque que la persuasion peut modifier favorablement certains phénomènes organiques, particulièrement les troubles de la sensibilité objective.

Troisième rapport : **« Les conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelles (les annexes psychiatriques des prisons) »**, par MM. R. Vullien, chef de laboratoire à la Faculté de Lille, médecin des asiles d'aliénés et José Sanchis-Banus, de Madrid.

On sait, rappelle M. Vullien, dans quelles conditions déplorables se pratiquent, en ce moment, les expertises des sujets chez lesquels on a quelque raison de suspecter l'aliénation mentale. Conditions subjectives ? Elles sont souvent confiées à des médecins instruits, consciencieux, mais non spécialisés. Conditions objectives ? Qu'elles soient *générales*, matérielles ou morales, elles sont loin d'être satisfaisantes. Les premières soulèvent au moins deux grands problèmes, relatifs à la présence, dans les prisons, des aliénés et des psychopathes. La présence d'un aliéné dans une prison n'est-elle pas inadmissible ? Ne favorise-t-elle pas maint événement

dramatique qu'une expertise mentale, pratiquée en son temps, aurait pu éviter? Quant au psychopathe, c'est la règle que son état soit méconnu : comme, tôt ou tard, on le laissera sortir, il sera reversé dans la société dont il est, entre tous, un des plus dangereux adversaires. Parce qu'il est généralement d'humeur calme, parce que sa mémoire est excellente, et qu'il s'exprime avec facilité, bref, parce que le côté morbide de son caractère ne s'est pas assez manifesté, il n'a jamais, au cours de sa longue carrière de délinquant, affaire à l'expert aliéniste. Ce psychopathe est d'ailleurs légion. Ici, c'est un amoral, dont la démence est d'origine infectieuse ou constitutionnelle et dont la place n'est pas dans une prison; là, c'est un impulsif qui, de l'épileptique, a tout sauf la crise motrice; là encore, c'est un instable, type d'individu antisocial, en état de conflit permanent avec la société, rebelle à toute discipline, ne pouvant déployer qu'une activité désordonnée, improductive, malfaisante. Citons encore le débile suggestible, ou, si l'on préfère, le débile de la volonté, incapable de se soustraire à l'emprise d'une volonté étrangère, et les passionnés, dont la passion est aux frontières du pathologique, quand elle ne les franchit pas sous les espèces du délire de revendication ou de l'érotomanie.

Passons aux conditions *matérielles*. Il y aurait long à dire sur ce sujet, ces conditions étant, en France surtout, contraires aux règles de la prudence, de l'hygiène et même de la simple commodité. Le milieu est défavorable, l'aliéniste restant seul avec son « client » et pouvant être victime de violences plus ou moins graves. Que dire du matériel, si ce n'est que comme instruments, l'expert n'a que ceux qu'il a apportés? La plupart des investigations délicates lui sont donc interdites? Quant aux renseignements, ils sont le plus souvent sans valeur. C'est donc sur le présent, sur le comportement actuel du prévenu qu'il faut se renseigner. Mais comment le juger, les faits précis sur lesquels on pourrait asseoir un diagnostic faisant défaut? On peut donc dire, sans paradoxe, que dans la prison, l'expert psychiatre est un *isolé*, et qu'il est privé des concours les plus nécessaires. Sans doute, pour parer à ces graves inconvénients, a-t-on proposé de placer ces sujets en observation dans un asile d'aliénés. Mesure en apparence satisfaisante, mais qui soulève bien des critiques! En effet : 1° l'asile, pour la sécurité de tous, doit rester strictement fermée; 2° le placement dans une maison d'observation ne peut être ordonné que par un maire ou par un préfet, ce qui, en pratique, soulève bien des difficultés; le séjour prolongé dans ces maisons serait d'ailleurs illégal, puisqu'il ne s'agit que d'observation; 3° le placement dans un service ouvert est légalement possible; en pratique, il se heurte à bien des difficultés, dont la moindre n'est pas d'infliger aux « petits mentaux » qui en sont les hôtes habituels, une promiscuité désagréable.

Quant aux conditions *morales*, elles se résument dans le mot de responsabilité, si difficile à définir, et dont la conception a soulevé, entre médecins et magistrats, et même entre médecins, des discussions dont certaines sont restées célèbres. Maintenant qu'on sait que toute infection peut laisser après elles des perversions instinctives, comment l'expert osera-t-il conclure à la responsabilité? Ne risque-t-on, entre autres inconvénients, de pousser à tous les excès un psychopathe qui ne voit, dans les rapports d'expert le déclarant irresponsable, qu'un brevet d'impunité pour ses méfaits à venir. Parlera-t-on de responsabilité atténuée, certain d'épargner au psychopathe et la lourde peine et l'internement? Médiocre solution! Chacun est donc amené, par la force des choses, à se composer une attitude, suivant ses convictions ou suivant son tempérament...

Quelles seraient, pour l'expertise, de meilleures conditions? Il faudrait :

1° Créer des annexes psychiatriques, comme en Belgique : partout où cette mesure a été réalisée, elle a eu les plus heureux résultats : l'expert ne peut-il y pratiquer l'examen complet de son sujet, en faisant une large place aux tests biologiques? Ne pourrait-on, de cette manière, étendre l'examen mental à tous les délinquants! Il faudrait, d'ailleurs, pour cela, transformer radicalement le système pénal;

2° Modifier les ordonnances, en les rédigeant dans un esprit large et en les terminant par des conclusions précises : l'inculpé est-il incorrigible? intimidable? perfectible? Les incorrigibles dangereux pourront être internés dans un asile de sûreté; les intimidables partageront le sort des condamnés ordinaires; les perfectibles, enfin, seront l'objet de mesures spéciales, privées de tout caractère afflictif ou infamant. L'expérience est bien possible, puisqu'elle a été tentée avec succès à Lille, ces temps derniers.

Quant à M. Sanchis-Banus, il s'est proposé de compléter le rapport de M. Vullien en établissant les conditions de l'expertise d'après les principes communs aux législations actuelles de tous les pays, et en la situant, si l'on veut, dans le cadre de la politique pénale.

Première règle, à ne jamais oublier : l'expertise est faite pour renseigner le juge : c'est lui qui doit en apprécier les résultats. Tous les efforts des médecins pour ébranler ce principe se heurteront à une résistance invincible. Personne ne saurait leur accorder ce privilège, attentatoire à l'indépendance de la justice, de peser sur le jugement de l'homme de loi. D'où cette conclusion : en titre de l'exposé des conditions fondamentales de l'expertise, on doit écrire ces simples mots : Il est nécessaire de convaincre le juge.

Deuxième règle. Juristes et psychiatres ont, sur la question du délit, une opinion opposée, ceux-là le considérant comme attentatoire au droit codifié, ceux-ci n'y voyant, le plus souvent, que la conséquence d'un état morbide, d'une dissolution des fonctions nerveuses (Jackson), d'une inhibition des centres supérieurs rendant leur liberté aux centres sous-jacents. Comment, dès lors, ne pas demander que la préparation professionnelle des juges les mette à même de comprendre ces données indiscutables, et s'oriente de plus en plus dans le sens biologique?

Les expertises ont souvent été critiquées. N'est-ce point, en partie, pour deux raisons? La première, c'est que, pour nombre de législation, n'importe quel médecin peut être désigné comme expert : il peut donc être parfaitement incompétent. Il faudrait donc que le titre d'expert en médecine mentale ne pût être obtenu, en aucun cas, sans un séjour prolongé dans une clinique de psychiatrie. La seconde tient à ce que l'expert n'est pas toujours libre. Pour obvier à ce grave inconvénient, supprimons la désignation directe, ou, si cette mesure devait être considérée comme incompatible avec les droits sacrés de la défense, obtenons au moins que tout détenu préventif soit soumis à une observation psychiatrique, et que cette observation ait pour conséquence un rapport écrit, et demandons — sans espérer l'obtenir — que l'on ne pose à l'expert que des questions concernant la psychiatrie : Le sujet est-il atteint d'une maladie mentale? Laquelle? Quel est vraisemblablement le sens de ses réactions pour un milieu donné? La maladie dont il souffre peut-elle guérir ou s'aggraver? » Voilà de bonnes questions, sur lesquelles l'homme de loi doit exiger des réponses concrètes, claires, utiles à ses fins et infiniment plus importantes que celles qui concernent la responsabilité, dont le concept a des racines complètement étrangères à la psychiatrie et que nous ne pouvons, d'une manière générale, que résoudre par la négative. Quoi de plus démonstratif, pour illustrer cette thèse, que l'exemple des oligophréniques légers, pour lesquels nous sommes si souvent consultés, et comment, même avec les méthodes psychométriques, doser leur responsabilité?

Inspiré par M. le professeur Raviart, dont on connaît l'esprit d'organisation et le sens pratique, le rapport de M. Vullien obtient un gros succès, et les conclusions en sont

chaudement applaudies. Celui de M. SANCHIS-BANUS n'est pas moins goûté par l'assistance.

Les communications dont ils sont l'occasion leur apportent, pour la plupart, confirmation et appui. M. HESNARD voudrait que l'expert eût une connaissance pratique des hommes, qu'il sût bien ce qu'est l'homme normal et que des études spéciales l'orientassent vers la criminologie et vers la psychologie fine. M. Aug. LEY se loue beaucoup des annexes psychiatriques et montre combien il importe de ne pas nous déconsidérer en laissant en prison des gens qui n'y sont pas à leur place. M. COURBON estime que la pratique actuelle de la mise en observation d'un délinquant est une faute contre la morale, contre les malades, contre la société, contre le médecin, et qu'il faudrait, une fois pour toutes, renoncer au terme de *responsabilité* pour lui en substituer un autre, par exemple : *capacité de se conduire conformément à la loi*. Il expose enfin une conception et une méthode pragmatiques permettant au juge de tirer plus de profit de l'expertise médicale, avec, comme corollaire, des réponses particulières ne répondant qu'à un cas donné. M. FRIBOURG-BLANC étudie l'aspect médico-militaire de la question. Sans doute, le médecin militaire commis par le juge est-il un spécialiste qui a un service avec une annexe pour les détenus. Mais que d'embarras lui causent les recrues, depuis les lois récentes! Les engagés volontaires dissimulent à l'envi leurs tares pour profiter, au bout de trois mois, de la présomption d'origine. Pour être admis dans l'armée, il leur suffit d'un certificat d'aptitude physique. Aux médecins, civils ou militaires, de comprendre l'importance de ce certificat! Aux seconds, dans les trois mois qui suivent l'incorporation, de s'entourer de tous renseignements utiles pour dépister la simulation! M. PEYRUSSEL, parlant du même sujet, montre que 61 p. 100 des militaires de l'armée d'Afrique qui passent devant les Conseils de guerre sont des engagés, dont aucun n'a subi d'expertise, et dont beaucoup ont déjà fait un stage dans un asile d'aliénés. Combien serait utile, pour les dépister, une fiche individuelle restant dans les dossiers! M. SAFORCADA accepte les conclusions des rapporteurs et demande : 1° l'examen psychiatrique de tout sujet mis en prison préventive; 2° l'enseignement obligatoire aux juges de la médecine légale et de la sociologie criminelle. M. LAIGNEL-LAVASTINE défend les idées que G. BALLET a exposées au Congrès de Genève, et distingue, dans l'appréciation de la responsabilité, des facteurs médicaux et des facteurs sociaux : seuls les premiers nous concernent; nous n'avons pas à apprécier les seconds. M. PAILHAS étend aux vieillards les considérations relatives aux jeunes. Combien d'entre eux sont condamnés pour des manifestations liées à la démence! M. VERMEYLEN (de Bruxelles) rappelle qu'en Belgique, et particulièrement à Bruxelles, le médecin collabore avec le juge des enfants à toutes les mesures de protection et d'assistance qui doivent être prises à l'égard des jeunes délinquants. A Bruxelles, tous les enfants délinquants subissent une expertise médico-mentale succincte avant que le juge prenne une décision à leur égard. Dans les cas complexes, ils sont envoyés à une école d'observation afin de compléter l'expertise. Au cours du traitement rééducatif, ils peuvent être renvoyés à l'école d'observation, pour complément d'examen, s'ils manifestent des symptômes morbides nouveaux.

Enfin, les jeunes délinquants anormaux, renvoyés des poursuites ou sortis des établissements de rééducation, restent sous la surveillance médicale du Dispensaire d'hygiène mentale infantile. Le médecin y est assisté d'auxiliaires sociales spécialisés et exerce ses fonctions en étroite collaboration avec le juge des enfants.

*
* *

Si la place ne nous était pas mesurée, combien il nous serait agréable d'analyser les *communications* qui ont été faites au Congrès! Citons, du moins, celles de M. DONAGGIO (de Modène) relative à l'*action de la bulbo-capnine sur le système nerveux*; de Mlle ZAND, sur *la base anatomique de l'emprostotonus*; de M. PUNSEPP, concernant *les tumeurs spinales et les opérations sur la moelle épinière*; de M. ANGLADE, sur *les grandes formes anatomiques et cliniques de la sénilisation cérébrale*; de M. PERPINA, sur *le tonus musculaire extrapyramidal*; de M. TOLOSA COLOMER, sur *deux cas de neurofibromatose*; de MM. SANCHIS-BANUS et BUENO, sur *un cas de tumeur du IVe ventricule*; de M. LAFORA, sur *les syndromes hallucinatoires chroniques postmalariques dans la paralysie générale*; de MM. FERRER, SOLEWICENS et PANELLA, sur *les crises gastriques tabétiques accompagnées de paroxysmes d'hypertension artérielle*; la présentation, par M. BOURGUIGNON, de sa *table de chronaxie*, etc., comme l'érudite conférence de notre président, M. LALANNE, sur *les fêtes des fous*.

*
* *

Dans tout Congrès, il y a une **partie administrative**. On y lit des comptes rendus, et on y prend des décisions. C'est ce qui fait l'objet du rapport moral, qui avait été confié à M. René CHARPENTIER. Habile homme, qui sait mettre du charme même dans des questions financières, et de l'esprit dans un compte rendu annuel! Les solutions qu'il propose sont adoptées à l'unanimité. L'an prochain, on se réunira à Lille, sous la présidence de M. ABADIE, avec M. PACTET, comme vice-président, et M. P. COMBEMALE comme secrétaire général. Questions choisies : 1. *Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales* (M. LAMACHE); 2. *Les réflexes de posture* (M. DELMAS-MARSALLET); 3. *L'application, aux sujets atteints de maladies mentales, de la loi sur les assurances sociales* (M. CALMETTES).

*
* *

Beaucoup de **fêtes**! Réception inaugurale, au Palais de la Diputación provincial, sous la présidence de S. E. le comte de MONTSENY, président de la Diputación provincial, où M. LÉPINE, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, a rempli de fierté ses compatriotes en prononçant, avec une maîtrise souveraine, une allocution où la perfection de la forme servait à merveille les plus délicates pensées. Réception par les autorités administratives, par le recteur, par la municipalité, par les Administrations de la clinique psychiatrique de San Bandilio del Lobregat et de l'Institut Pedro Mata de Reus, par le Comité de l'Exposition, par nos confrères neuro-psychiatres, auxquels nous avons dû d'entendre un beau concert de musique espagnole. Excursions au Tibidabo, à Montserrat, à Tarragone, etc.

*
* *

En somme, congrès très réussi. Le succès en revient à M. René CHARPENTIER, dont la diplomatie avisée autant que souriante se joue de la difficulté, à M. MIRA (de Barcelone), qui nous a témoigné, en mainte circonstance, tant de dévouement, à M. GIMENO-RIERA, à l'aménité si appréciée de chacun. Ils ont droit à toute notre reconnaissance. Ne leur devons-nous pas d'avoir passé une délicieuse semaine dans cette Barcelone enchanteresse, contemplé ses vieux monuments, ses blanches villas, ses fontaines, et senti que, désormais, nous ne pourrons plus rayer de notre souvenir cette cité

Qui, comme une lueur, se mire dans ses eaux,
Pas plus qu'on n'ôtera de la forêt profonde
La chanson des oiseaux?

L. BABONNEIX,
Médecin de la Charité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1929)

Sur le quotient albuminurique du sérum. — MM. ACHARD, GRIGAUT, CODOUNIS et BOUTROUX.

Projet de création d'un Ordre des médecins. — Au nom de la Commission nommée par l'Académie pour étudier les conclusions déposées par M. Balthazard dans la séance du 8 avril, MM. LE GENDRE et BROUARDEL présentent un rapport qui sera discuté dans une prochaine séance. Les rapporteurs n'acceptent pas la création d'un Ordre, mais celle de chambres régionales et d'une chambre centrale qui auraient le même rôle. Le rapport indique comment devrait être composée chacune de ces chambres. Il énumère les manquements auxquels ces chambres devraient pouvoir appliquer les sanctions qui seraient prévues par une loi.

Sur l'action hématopoïétique des fortes doses du jus frais. — MM. MOURIQUAND, LEULIER et Mlle SCHOEN. Il est classique de considérer les jus de fruits frais (orange et surtout citron) comme doués de pouvoir antiscorbutique, grâce à leur forte teneur en vitamines C. Ce ne sont pas seulement les symptômes graves du scorbut qui sont des indications de cette médication. L'anémie par carence, qui est peu sensible à la médication martiale, disparaît rapidement par l'usage du jus frais.

Les auteurs montrent en outre, en s'appuyant sur des faits expérimentaux, que le jus frais de citron est un puissant excitant hématopoïétique dans les anémies liées à l'avitaminose C. Il l'est également, à fortes doses, dans les anémies relevant d'une inanition simple équilibrée. Lorsque l'apport de calories est insuffisant, il semble que de très fortes doses de jus frais soient nécessaires pour maintenir le taux des hématies et de leur hémoglobine.

Des recherches cliniques orientent les auteurs vers cette idée et vers la thérapeutique de certains états anémiques par les fortes doses d'aliments frais.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine). — Classement des candidats :

En première ligne, M. Ravaut; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lereboullet, Loeper, de Massary, Rathery et Rist; adjoints par l'Académie, MM. Crouzon, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas et Villaret.

Au premier tour de scrutin, M. Paul Ravaut est élu par 57 voix contre 3 à M. de Massary. MM. Lereboullet, Loeper, Rathery, Rist et Crouzon obtiennent chacun une voix.

[Les travaux de Paul Ravaut sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler longuement.

Elève des professeurs Chauffard et Widal en médecine générale, de M. Thibierge en dermato-syphiligraphie, de M. Roux en microbiologie, Paul Ravaut s'est appliqué dans ses recherches à rester médecin avant tout.

En médecine générale il a créé avec son maître Widal la technique du *cytodiagnostic* dont, avec Sicard, il a montré les nombreuses et importantes applications. Ses travaux sur l'amibiase et le paludisme ont eu une influence primordiale pendant la guerre.

Est-il besoin, enfin, d'insister sur son œuvre considérable en dermatologie, vénéréologie et syphiligraphie?

Paul Ravaut est médecin de l'hôpital Saint-Louis, il a été vice-président de la Société française de dermatologie et rédacteur en chef des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*.]

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 MAI 1929)

Un cas de méningite tuberculeuse guérie. — M. André CAIN, à propos de la communication de M. Jousset, rapporte la guérison spontanée d'un cas de méningite tuberculeuse de l'adulte, identifiée par l'inoculation au cobaye et la présence du B. de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

Deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens rapidement améliorés par le traitement émétinien. — MM. BRULÉ, LAPORTE et RAGU rapportent les observations de deux malades atteints d'abcès primitifs du poumon qui, malgré leur gravité apparente, guérirent parfaitement, après avoir été traités par des injections de chlorhydrate d'émétine. L'action rapide de l'émétine dans ces cas s'explique mal par l'hypothèse de Iagnow qui croit que le médicament augmente la résistance de l'organisme. Comme dans la plupart des abcès du poumon, l'agent pathogène n'a pas été précisé, l'examen bactériologique des crachats devant être considéré comme insuffisant et la ponction n'ayant pas été faite; on peut se demander si ces abcès, d'un type relativement bénin, ne sont pas dus à un agent pathogène spécial, sensible à l'action chimique de l'émétine.

Sur la maladie exostosante. — MM. André LÉRI et F. LAYANI rapportent un cas de maladie exostosante caractérisée par le nombre et le volume vraiment remarquable des exostoses ostéogéniques. Ces productions osseuses gênantes et souvent douloureuses ont amené le malade à en faire pratiquer pour la deuxième fois l'exérèse chirurgicale. L'arrêt de développement du cubitus net et constant reste un des caractères les plus précieux de cette véritable maladie exostosante dont l'étiologie est encore obscure.

Syndrome douloureux et paralytique avec troubles trophiques (ébranlement des dents), anémie et manifestations viscérales. — MM. A. LEMIERRE et Etienne BOLTANSKI rapportent l'histoire d'une femme de vingt-six ans qui présenta un syndrome caractérisé par des algies diffuses, puis des paralysies extenso-progressives, amatrophie musculaire rapide, qui entraînèrent la mort au bout de deux mois par atteinte des muscles inspirateurs et asphyxie. De plus, la malade présenta une anémie très accentuée (autour de 2 millions de G. R.), des symptômes pulmonaires assez intenses, mais fugaces, au milieu de la maladie et une poussée transitoire d'azotémie, un gros foie et une grosse rate. L'évolution fébrile des accidents plaide en faveur d'une infection, mais la présence des tumeurs et de l'anémie pose la question d'un processus néoplasique.

Présentation d'un cas de scaphocéphalie. Nosographie des dysostoses craniennes. — MM. PAPILLAULT et Henri DESOILLE. A propos d'une famille dont un membre est atteint de scaphocéphalie et l'autre de dysostose cranio-faciale probable, les auteurs présentent une série de très beaux crânes atteints de scapho, d'acro, de trigonocéphalie et de dysostose cranio-faciale. Ils soulignent les différences anatomiques de ces affections et rejettent l'emploi du terme d'oxycéphalie dont la signification est devenue imprécise.

Bourrelet sous-unguéal et striés transversals des ongles chez un syphilitique. — M. MILIAN.

Syndrome agranulocytaire chez les syphilitiques traités par l'arsénic et le bismuth. — M. MOUQUIN.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 MARS 1929)

Présentations. — M. BÉLIARD présente une malade qui depuis deux ans a été traitée d'une pyorrhée sévère par un bridge de contention.

M. Pietkiewiecz présente une dent de sagesse dont une des racines n'était pas portée sur une radiographie pourtant parfaite.

L'argent colloïdal dans les suppurations dentaires. — MM. Rousseau-Decelle et Barzilai nous apportent un travail d'un gros intérêt scientifique qui, étayée sur de nombreuses observations très complètes accompagnées de numérations globulaires nous montre les avantages du traitement des affections dentaires et paradentaires aiguës par des injections d'électrargol. C'est un mémoire qui intéressera vivement tous les médecins qui s'intéressent à la stomatologie.

Le rôle de la tonsille gingivale dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. Vincent. L'auteur, s'inspirant des travaux de Retterer, compare la tonsille gingivale, les amygdales et les groupes lymphoïdes de l'intestin. Il arrive à cette conclusion que cette tonsille gingivale serait un émonctoire de micro-organismes, de toxines et d'autotoxines et, par conséquent, constituerait le point de départ de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDES MÉDICALES EN BELGIQUE

Le Parlement belge a adopté définitivement, le 17 avril 1929, une loi sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires. Voici quelles sont les dispositions intéressant les études médicales :

Article premier. — Les grades académiques sont les suivants : ..... candidat en sciences naturelles et médicales; ..... docteur en médecine, chirurgie et accouchements.....

Art. 2. — Nul n'est admis à l'examen de ..... docteur en médecine, chirurgie et accouchements, s'il n'a obtenu le grade de candidat en sciences naturelles et médicales.

Art. 13. — L'examen pour le grade de candidat en sciences naturelles et médicales comprend :

1° Les notions de philosophie (logique, psychologie, morale);

2° La physique expérimentale;

3° Les éléments de zoologie y compris des notions d'anatomie comparée;

4° La chimie générale;

5° Les éléments de botanique;

6° Les éléments d'embryologie;

7° L'anatomie humaine systématique et topographique;

8° L'histologie générale et spéciale;

9° La physiologie expérimentale, générale et spéciale;

10° La chimie physiologique.

Les récipiendaires subissent une épreuve pratique sur les matières comprises sous les nos 2, 4, 7, 8, 9 et 10.

L'épreuve pratique d'anatomie consiste en démonstrations ordinaires ou macroscopiques, celles d'histologie en démonstrations microscopiques.

Les récipiendaires procèdent, en outre, à une démonstration microscopique sur la botanique et sur la zoologie.

Ils peuvent demander à être interrogés sur les matières suivantes :

1° Les éléments de minéralogie, de géologie et de géographie physique;

2° Les éléments de géométrie analytique et d'analyse infinitésimale.

En cas de succès, mention en est faite au diplôme.

Ces matières font l'objet de trois épreuves et de trois années d'études au moins;

Art. 14. — L'examen pour le grade de docteur en médecine, chirurgie et accouchements comprend :

1° La pathologie et la thérapeutique générales, y compris la physiothérapie;

2° Les éléments de pharmacologie et la pharmacodynamie;

3° L'anatomie pathologique;

4° La pathologie et la thérapeutique chirurgicales, générales et spéciales;

6° La théorie des accouchements;

7° L'hygiène publique et privée;

8° La bactériologie, y compris les éléments de parasitologie;

9° Les éléments de la médecine légale et les principes de la déontologie médicale;

10° La clinique médicale, y compris la propédeutique et les éléments de radiodiagnostic;

11° La clinique chirurgicale;

12° La théorie et la pratique des opérations chirurgicales, y compris l'anatomie des régions;

13° La clinique obstétricale;

14° La clinique de médecine infantile;

15° Les éléments de la clinique ophtalmologique;

16° Les éléments de la clinique oto-rhino-laryngologique;

17° Les éléments de la clinique dermatologique et syphiligraphique;

18° Les éléments de la clinique de psychiatrie;

19° Les éléments de la clinique gynécologique;

20° Les éléments de la clinique urologique.

Les récipiendaires subissent, sur les matières qui ne font pas l'objet d'un examen clinique, trois épreuves pratiques au moins.

Ils peuvent subir également une épreuve sur les éléments de stomatologie. Il en est de même en ce qui concerne les maladies tropicales.

Ces matières font l'objet de quatre épreuves et de quatre années d'études au moins.

Nul ne peut se présenter à la troisième épreuve s'il ne justifie, par certificat, qu'il a fréquenté, avec assiduité et succès, pendant deux ans au moins à partir de l'époque à laquelle il a obtenu le grade de candidat en sciences naturelles et médicales, la clinique médicale, la clinique chirurgicale et la clinique des accouchements.

Nul ne peut se présenter à la quatrième épreuve s'il ne justifie au préalable, par certificat, qu'il a rempli les fonctions d'interne pendant une année au moins dans un hôpital.

Les récipiendaires qui ne sont pas internes sont tenus, pour pouvoir se présenter à la quatrième épreuve, de justifier au préalable, par certificats, qu'ils ont fait un stage régulier de quatre mois au moins dans chacune des trois cliniques principales et de quatre mois dans une ou plusieurs cliniques accessoires.

L'ensemble de ces stages doit comporter au moins douze mois. On ne peut faire plus de deux stages à la fois. Les stages de médecine et de chirurgie ne peuvent pas coïncider.

Les certificats de clinique sont délivrés et signés par les professeurs de cliniques universitaires.

Les certificats de stage sont délivrés et signés, soit par les professeurs de cliniques universitaires, soit par les chefs de service hospitaliers agréés par l'Université.

Art. 41. — Le gouvernement est autorisé :

....

2° A accorder, sur l'avis conforme de la Faculté intéressée, à des étudiants belges qui ont fait une partie de leurs études à l'étranger et qui désirent les poursuivre en Belgique, des équivalences partielles ou totales de certificats et de diplômes.

Il est autorisé, en outre, sur l'avis conforme du jury central chargé de délivrer les diplômes de docteur ..... à accorder des dispenses aux personnes qui ont obtenu, à l'étranger, un diplôme ..... de docteur ..... ou un titre équivalent, pour autant que ce diplôme ou ce titre leur confère le droit d'exercer, dans le pays où il a été délivré, l'art ou la profession auxquels doit correspondre la dispense.

En ce qui concerne l'art de guérir, la dispense ne peut être accordée qu'à ceux qui sont admis à exercer à la fois, dans le

pays où ils ont été diplômés, la médecine, la chirurgie et l'art des accouchements.

Art. 42. — Le gouvernement est autorisé à accorder à des personnes, même non diplômées, sur l'avis conforme de l'Académie royale de médecine, des dispenses spéciales pour l'exercice de certains actes de l'art de guérir.

Ces dispenses ne peuvent s'appliquer qu'à ce qui y est expressément désigné. A. HERPIN.

PATENTES MÉDICALES

La question de la patente se pose à nouveau devant l'augmentation des loyers. Les avocats, depuis longtemps, se sont préoccupés de la double marche ascendante; ils en ont saisi les médecins. La Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.), saisie par sa section des professions libérales, en a saisi à son tour son groupe parlementaire de défense. On en sait les résultats heureux dans le passé. Nous les avons exposés dans la *Gazette des hôpitaux.* Mais il nous y faut revenir, car, à Paris et dans quelques villes, la patente double souvent, ou plus, le loyer; or, celui-ci augmenté légalement par la nouvelle loi, va causer une nouvelle ascension de la patente.

Avec les loyers anciens, les centimes additionnels d'une patente supprimée par l'Etat et rétablie par les communes, les professions libérales sont accablées, et leur exercice est en train de devenir impossible. Or, il y a un fait, les communes qui devaient bien vivre avec leurs impôts passés, vivraient encore, et forcément, si les loyers restaient stationnaires, elles peuvent donc se passer d'une augmentation de nos patentes, et c'est cette exonération, non d'impôts anciens, mais d'impôts nouveaux, qu'il nous faut demander d'urgence.

De nombreux groupements médicaux font partie de la C. T. I Le Syndicat des médecins de la Seine, que certaines manœuvres avaient empêché — à une très faible majorité du reste — d'adhérer jusqu'ici, vient de le faire. Faisons bloc.

En effet, les praticiens à famille nombreuse, à gros loyer par suite, imposés, patentés sur tout leur appartement, se verront contraints à la misère, voire à ne plus exercer. Je n'exagère pas. Un loyer de 9.000 francs d'avant-guerre, au centre de Paris, pour un médecin chargé de famille (ou un radiologue à outillage convenable) était normal; ce loyer est rentré déjà dans le droit commun, comme les loyers supérieurs, et souvent est porté actuellement à 60.000 francs, et autant de patente, soit 120.000 francs, plus la vie, le personnel si cher...

Mon collègue et ami du bureau de la C. T. I., Louis Sarran, avocat à la Cour de Paris, me communique un article de *La Vie judiciaire* où déjà il plaida, c'est le cas de le dire, la cause des médecins et des avocats, et où il écrit :

« ... La solution véritable ne saurait résider que dans l'adoption d'une législation nouvelle de la patente, limitant l'assiette de l'impôt à la seule partie professionnelle de l'appartement, ou, en ce qui concerne les professions libérales, l'abaissement au 30e de la valeur locative des locaux actuellement imposables au lieu du 15e et du 12e, et ce, par voie d'amendement à la loi des finances, ainsi que le demande le Syndicat national des vétérinaires... »

Aux médecins de s'associer de manière pressante et urgente aux démarches en cours afin d'obtenir du Sénat ce que le député Louis Rollin, malgré l'opposition du gouvernement, a déjà obtenu de la Chambre.

FOVEAU DE COURMELLES.

dans les Hypertensions et tous les Etats spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134-569

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE " JEYES
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS
Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PAS D'ACIDE LIBRE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

R. C., 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

POUR COMBATTRE :

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

LIPIODOL

du Dr LAFAY

0.gr. 54 d'iode par cm.3

69 Rue de Provence, PARIS IXe

POUR EXPLORER :

Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

TRAITEMENT NOUVEAU DES STAPHYLOCOCCIES

Staphylothanol

A BASE D'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
AMPOULES DE 2 CC

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 15 juin. — Jury : MM. Lereboullet, président; Rathery, Roussy et Lemaître. — M. JANAUD. Etude de l'épiphysite vertébrale des adolescents. — M. FRAENKEL. Les ostéites du malaire et leur diagnostic. — M. DURIN. La diathermocoagulation en dermatologie.

Lundi 17 juin. — Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Ménétrier et Couvelaire. — M. PITOU. Les éruptions de la méningococcémie (cas observés en Rhénanie). — M. PÉRON. Fréquence des fissures congénitales de la lèvre et du palais. — M. DESSAINT. Le cancer mammaire bilatéral. — M. KATSOULIS. Un empirique au XVII° siècle : Jacques Beaulieu (1651-1714).

Mardi 18 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Carnot, P. Duval et Lecène. — M. BENNETIN. Pyohémies puerpérales à streptocoques anaérobies. — M. MOREAU. A propos de kystes de l'ovaire tordus enlevés chez les deux frères pseudohermaphrodites gynandroïde. — M. RAMEAUX. Etude de la torsion du grand épiploon. — M. BRÉMONT. De la symptomatologie et du diagnostic de l'iléus biliaire.

Mercredi 19 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Lemierre, Dechambre, Moussu, Coquot et Henry. — M. HENRY. L'exportation des moutons au Maroc. — M. NICOL. Essai sur l'amélioration du bétail bovin dans le nord du Finistère. — M. GOSSET. La dermite granuleuse de 1850 à nos jours.

Jeudi 20 juin. — Jury : MM. Bernard, président; Claude, Lereboullet et Rathery. — Mlle ABRAHAM-FRANK. La crèche de prophylaxie antituberculeuse. Organisation. Fonctionnement. Résultats. — M. BARON. L'encéphalite postvaccinale en France. — M. GOROSTIDI. Etude de la sérothérapie antidiphtérique. — M. BÉRAUT. Etude des sérums lactescents et opalescents. — Mlle LINOSSIER-ARDOIN. Endocardites au cours de la chorée de Sydenham. — Mlle BERNHEIM. La névraxite disséminée à forme anxieuse.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry et Moussu. — M. HERVÉ. La paraplégie enzootique des agneaux.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés.) — *Cours de revision* (juin-juillet), sous la direction de M. le professeur P. Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala et Janet, médecins des hôpitaux, des chefs de clinique et de laboratoire et des assistants du service.

Chaque leçon sera constituée par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices pratiques individuels au lit du malade ou au laboratoire.

Chaque séance comprendra une conférence théorique suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet.

Conférences à 9 h., gratuites. — Démonstrations radiologiques, tous les matins, à 10 h. 30.

Droit d'inscription : 250 fr.

Pour la bonne organisation des travaux pratiques, s'inscrire le plus tôt possible à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès de la surveillante générale du service. Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs qui le désireront.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. F. BEZANÇON.) — *Cours de perfectionnement. Les renseignements pratiques fournis par les méthodes usuelles de laboratoire.* — Du 17 juin au 13 juillet 1929 aura lieu à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, un cours de perfectionnement sur les renseignements pratiques fournis par les méthodes usuelles de laboratoire.

Le cours comportera une leçon théorique, dans laquelle on cherchera à indiquer la valeur de la méthode dont il sera traité et à préciser sa technique la meilleure, suivie au laboratoire de démonstrations pratiques et de manipulations.

Le cours aura lieu tous les jours (samedi excepté), à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique.

Le droit d'inscription est de 300 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en exprimeront le désir.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — *Gynécologie* (cours de perfectionnement). — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques; MM. Laquière et Lapeyre, chefs de clinique, feront ce cours à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 24 juin au 6 juillet 1929.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Deux démonstrations cinématographiques auront lieu le 29 juin et le 6 juillet.

Le droit à verser est de 250 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — COURS DE REVISION EN DIX LEÇONS. — M. le professeur Mauclaire commencera ce cours le mardi 18 juin, à 17 h., amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — Historique général de l'orthopédie. — Difformités congénitales et acquises du rachis et des membres. — Appareils de prothèse pour les amputés.

Présentation de nombreuses radiographies.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Félix RAMOND.) — *Démonstrations cliniques de radiologie gastro-duodénale.* — Du 24 juin au 1er juillet 1929, le docteur Félix Ramond, avec le concours des docteurs Ch. Jacquelin, Delalande et Chêne, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence 1929.

Cet Annuaire du docteur Porcheron, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (400 pages) tous les renseignements relatifs au Corps médical de six départements : Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse, et Principauté de Monaco. Il paraît pour la douzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité.

Au début de l'ouvrage, on trouve, en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens.

Prix : 11 fr. 50, contre remboursement; ou 10 fr. par mandat et chèque postal à Editions « Quo Vadis », 107, rue Paris, Marseille, C. C. postal 108-43.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CRÈME de PROTÉINES

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA
EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrisons débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.
R. C., 221.889, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Turchini, Maingot, Souligoux, qui acceptent; Pestel, Beaujard, Baudouin, Lapointe, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Alajouanine, H. Bernard, Soupault, Monbrun, Moulonguet-Doléris, Guéniot, qui acceptent; Chevallier, Mouquin, Charrier, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— La première épreuve écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 26 juin 1929, à 9 h., à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecolede-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle des candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, occuper la place qui leur sera indiquée, sont invités à se présenter dès 8 h. 15.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Une session du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira le mercredi 26 juin 1929.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Le *Journal officiel* du 14 juin publie un arrêté fixant au 16 décembre 1929 l'ouverture d'une session de concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine pour les catégories ci-dessous désignées :

Catégorie A. — Anatomie.
Catégorie B. — Histologie.
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.
Catégorie D. — Bactériologie.
Catégorie E. — Anatomie pathologique.
Catégorie F. — Physiologie.
Catégorie G. — Chimie.
Catégorie H. — Physique.
Catégorie I. — Médecine générale.
Catégorie J. — Chirurgie.
Catégorie K. — Obstétrique.
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.
Catégorie M. — Pharmacie.
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés, dans chaque catégorie :

Catégorie A. — Anatomie 5
Catégorie B. — Histologie 4
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie 4
Catégorie D. — Bactériologie 2
Catégorie E. — Anatomie pathologique 6

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

Catégorie F. — Physiologie.......................... 4
Catégorie G. — Chimie.............................. 8
Catégorie H. — Physique............................ 5
Catégorie I. — Médecine générale................... 15
Catégorie J. — Chirurgie........................... 10
Catégorie K. — Obstétrique......................... 6
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique...... 6
Catégorie M. — Pharmacie........................... 3
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.. 6

Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies du 16 août au 15 octobre 1929.

— BORDEAUX. — M. le professeur agrégé Jeanneney vient d'être élu membre d'honneur de l'Académie de chirurgie de Philadelphie.

— LILLE. — La chaire d'anatomie de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

— LILLE ET NANCY. — Il est créé, dans chacune des facultés de médecine des universités de Lille et Nancy, une chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.

— TOULOUSE. — La chaire de physique biologique et médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse est déclarée vacante.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Bosredon (de Brive).

Médaille d'argent. — M. le docteur Hulmann (de Paris); M. Flite, interne en chirurgie à l'hôpital civil de Bayonne; M. Senecal, chirurgien dentiste au Raincy.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — 1° Un poste de médecin chef de service sera vacant à dater du 1er juillet 1929 à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), poste créé;

2° Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Lommelet (Nord), par suite du décès de M. le docteur Chocreaux.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — SERVICE CENTRAL DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Les indemnités annuelles non soumises aux retenues pour pensions civiles attribuées au personnel temporaire du service central de prophylaxie des maladies vénériennes sont fixées comme suit :

Médecin chef de service :

1re classe.................. 44.000 fr.
2e classe.................. 37.000
3e classe.................. 30.000

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène, chef de service, sera ouvert à la préfecture de l'Hérault le mercredi 10 juillet 1929.

Tout candidat à cet emploi devra être Français, âgé de trente ans au moins et de cinquante ans au plus au 31 décembre 1929, pourvu du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat); il devra avoir satisfait à ses obligations militaires et, ou bien être titulaire du diplôme d'hygiène délivré par une Université française, ou bien occuper ou avoir occupé un poste de médecin hygiéniste dans une administration d'Etat, d'un département ou d'une commune. Une demande rédigée sur timbre à 3 fr. 60 devra être adressée au préfet de l'Hérault avec le dossier réglementaire composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 25 juin 1929, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée;

2° Acte de naissance;

3° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

6° Exposé des titres, travaux, services;

7° Principales publications;

8° Copie du diplôme d'hygiène; ou état des services civils en qualité de médecin hygiéniste;

9° Engagement pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer uniquement à ses fonctions, de ne prétendre, par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public;

10° Engagement, au cas de nomination, à rester en fonctions dans le département pendant une durée minima de trois ans;

11° Engagement, au cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, de continuer à assurer son service dans le département de l'Hérault pendant trois mois au minimum.

Chaque candidat sera avisé par le préfet, en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, de l'acceptation ou du rejet de sa candidature au concours.

Les avantages attachés à la situation d'inspecteur départemental, chef de service, sont les suivants :

Traitement de 30.000 à 38.000 fr. en cinq classes, chaque classe étant obtenue après trois ans à l'ancienneté ou deux ans au choix;

4.000 fr. d'indemnité annuelle au titre de secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène sociale;

10.000 fr. d'indemnité forfaitaire annuelle de déplacements;

1.200 fr. d'indemnité annuelle au titre de la lutte antivénérienne;

Indemnité de résidence et de charges de famille;

Inscription à la Caisse départementale des retraites.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE MALO-LES-BAINS (NORD). — Le poste de directeur de ce bureau est déclaré vacant. (*J. O.*, 12 juin 1929.)

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE. — Le XIIIe Congrès international d'ophtalmologie se réunira à Amsterdam, du 5 au 13 septembre, sous la présidence du professeur Van der Hoeve, de Leiden. — Délégués français : MM. Terrien et Morax. — Sujets principaux traités : lutte contre le trachome, étiologie et traitement non opératoire du glaucome, diagnostic des tumeurs suprasellaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Charles Moureu, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, grand'officier de la Légion d'honneur.

COURS DE RADIODIAGNOSTIC GYNÉCOLOGIQUE. — MM. Ledoux-Lebard et Claude Béclère feront à la fin de juin quatre conférences avec projections sur l'exploration radiologique en gynécologie par injection intra-utérine de lipiodol.

Ces cours commenceront le lundi 24 juin, à 5 h., dans le service de M. le professeur Gosset, à la Salpêtrière (pavillon Osiris), et continueront les jeudi 27 juin, lundi 1er juillet et jeudi 4 juillet, au même endroit, à la même heure.

L'entrée du cours est libre.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

**LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR**

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ANGINE DE POITRINE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
*chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives*
PRIX 25 Fcs

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J.B. FIALIP, PH Cien
97, RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph : LITTRÉ 68-24

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) · R. C. 5.386 Seine

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RADIUMLOGIE

Par Simone LABORDE,

CHEF DU SERVICE DE CURIETHÉRAPIE AU CENTRE ANTI-CANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE (VILLEJUIF).

TECHNIQUE

Les modifications apportées à la technique de la curiethérapie en ces dernières années ont surtout consisté dans l'emploi du radium disposé en foyers extérieurs, à une distance de plusieurs centimètres de la peau. Ce procédé rend extrêmement difficile la protection du malade contre le rayonnement et oblige le médecin ou ses aides à manipuler de grandes quantités de radium. C'est pourquoi les recherches actuelles tendent-elles à la construction d'appareils permettant l'irradiation à distance avec une protection plus efficace.

Les appareils qui servent à la télécuriethérapie sont construits suivant deux types principaux :

1° Au moyen d'un dispositif à foyers multiples;

2° Au moyen d'un dispositif à foyer unique.

Technique de télécuriethérapie. (R. COLIEZ. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, nov. 1927, t. XI, n° 11, p. 581.) — On trouvera dans cet article le rappel de l'évolution des méthodes utilisées en curiethérapie et la description de l'appareil de Mallet et Coliez, à champs croisés et localisés.

Cet appareil est essentiellement constitué par trois foyers entourés par des cupules de plomb de 2 centimètres d'épaisseur, de sorte que la plus grande partie du rayonnement ne peut sortir que par l'extrémité inférieure de chacun des bras dont le grand axe est centré vers le point qu'il convient d'irradier. L'ensemble de ce dispositif est maintenu par un pied portatif sur lequel il peut coulisser et chacune des cupules est directement orientable, permettant ainsi de faire varier le croisement des faisceaux de rayonnement. Chaque cupule contient en moyenne 100 milligrammes de radium-élément.

Installation de gammathérapie et de mesures à l'Institut du radium à Bruxelles. (SLUYS et KESSLER. *Soc. de radiol. méd. de France*, 1926, p. 165.)

Principes et dispositifs de la curiethérapie extérieure à distance. (BRUZAU et FERROUX. Conférence au Centre anticancéreux de Strasbourg, nov. 1926, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, mars 1927, t. XI, n° 3, p. 156.)

Après avoir rappelé les principes physiques généraux qui concernent la curiethérapie à distance, et avoir fait la critique de l'emploi de nombreux foyers, les auteurs exposent leurs recherches d'une technique d'irradiation par grand champ. Ils ont réalisé à l'Institut du radium un appareil contenant 4 grammes de radium-élément et constitué par une boîte en laiton dans laquelle le radium est réparti d'une façon particulière. Il est contenu dans une cupule en plomb de 6 centimètres d'épaisseur de paroi. L'ouverture rectangulaire de la cupule est prolongée par un localisateur prismatique en plomb qui canalise le faisceau de rayonnement jusqu'à la peau du malade. Cet appareil est fixé entre les bras d'un parallélogramme lui-même suspendu au chariot mobile d'un pont roulant.

L'appareil peut être laissé en place huit à dix heures par champ, en une ou plusieurs séances, et le traitement d'un cancer de l'utérus, par exemple, demande de cinquante à soixante heures d'irradiation réparties sur dix à quinze jours.

Appareil de télécuriethérapie de Simone Laborde. (*Revue Gaiffe-Gallot-Pilon*, janv.-fév. 1928, n° 1.) — Cet appareil présente les caractères suivants : la protection est assurée dans toutes les directions par une épaisseur de 15 centimètres de plomb. Le radium est logé au centre de la sphère où il reste en permanence, ne donnant lieu, par conséquent, à aucune manipulation. Il est possible de faire varier la qualité du rayonnement grâce à un jeu de filtres de densité et d'épaisseur diverses. La distance du radium à la peau est de 12cm5. L'appareil est extrêmement maniable malgré son poids élevé (400 kilog.) et s'oriente dans toutes les directions. Il facilite ainsi la télécuriethérapie, en assurant le maximum de protection pour les malades et les opérateurs.

La curiethérapie pénétrante. (L. MAYER et M. CHEVAL [Bruxelles]. *Arch. d'électr. méd.*, oct. 1929, p. 369.)

Design of a well protected radium « pack ». (G. FAILA. *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radium.*, août 1928, vol. XX, n° 2, p. 128.)

La télécuriethérapie pénétrante en oto-rhino-laryngologie (note préliminaire). (Max CHEVAL. *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, Bruxelles, 24 sept. 1927, p. 605.)

Résultats actuels de la télécuriethérapie au Centre anticancéreux de la policlinique du parc Léopold. (L. MAYER. *Strasbourg méd.*, 20 fév. 1929, n° 4, p. 89.)

PHYSIO-BIOLOGIE

Un grand nombre de travaux concourent à éclairer le mécanisme de la sensibilité des tissus vis-à-vis du rayonnement. Les uns ont trait à l'étude des effets des substances radioactives introduites dans l'organisme. D'autres ont essayé de déterminer l'influence de l'irradiation sur le rythme des mitoses et d'en tirer des conclusions pratiques applicables à la radiothérapie.

L'émanation du polonium injecté dans l'organisme. (Jeanne S. LATTES et LACASSAGNE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, janv. 1928, t. XII, n° 1, p. 16.) — Les auteurs ont étudié l'élimination du polonium : 1° lorsque le polonium est injecté seul; 2° lorsqu'il est associé à divers métaux.

Ils ont mis en évidence une décharge brusque des émonctoires dans le premier cas; dans le second, au contraire, décharge lente, aboutissant, au bout de quelques jours, à une élimination sensiblement constante pendant la survie de l'animal.

L'injection locale de polonium, associé principalement au fer ou au bismuth, présente l'avantage d'assurer une action lente et prolongée du corps radio-actif en atténuant sa toxicité.

UROFORMINE
GOBEY

COMPRIMÉS SIMPLES
0gr 50
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
0gr 25

ANTISEPSIE
GÉNÉRALE

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

ÉCHANTILLONS, 21 RUE D'AUMALE
PARIS 9e

R.C SEINE. 244.329

LÉON.ULLMANN

Modifications produites dans l'épithélium séminal par les rayons β de l'uranium X. (LACASSAGNE, J.-S. LATTES et FOURNIER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, n° 34, p. 1643.)

Nouvelle contribution à l'étude radiobiologique des épithéliomas du col utérin soumis à la télécuriethérapie. Les courbes de pycnoses, de mitoses normales et de mitoses atypiques. (A. P. DUSTIN. *Arch. intern. de méd. expérim.*, 1927.)

Dustin a étudié sept cancers du col utérin irradiés à distance au moyen d'une puissante source de radium. Des biopsies prises en série lui ont permis de suivre les modifications apportées par le rayonnement γ. L'action du rayonnement peut se décomposer suivant trois phases : une chute des mitoses qui apparaît vers le cinquième ou le sixième jour, une onde de cinèses atypiques et un arrêt des mitoses. La durée de ces différentes phases est variable suivant la tumeur considérée.

Ces recherches sont d'un puissant intérêt, mais ne permettent pas encore de conclusions sur la conduite chronologique d'un traitement par les radiations. L'auteur conclut d'ailleurs lui-même qu' « au cours du traitement curiethérapique, il n'y a pas grand intérêt à essayer d'ajuster les séances aux variations éventuelles du rythme cinétique dû au traitement. Dans les premiers jours les cinèses normales disparaissent et le problème ne se pose même plus, et, quant aux cinèses atypiques, elles sont vouées à la dégénérescence quel que soit le mode d'application des doses utilisées ».

Die Zweckmassige Intervall bei mehrzeitiger Bestrahlung maligner Tumoren. (ALBERTI et POLITZER. *Strahlentherapie*, 1926, t. XXI.)

Sur quelques travaux récents de radio-biologie. (J. FIRKET. *Liége méd.*, 1926, n° 50.)

La radiosensibilité des tissus et ses rapports avec le traitement des cancers. (Simone LABORDE. *Presse méd.*, 30 juin 1928, n° 52.)

Cet article constitue une courte revue générale des principaux travaux qui concernent la radiosensibilité des tissus. Après avoir rappelé les caractères généraux de la radiosensibilité des cancers, l'auteur expose des recherches récentes. De brèves analyses des travaux de Lacassagne et Monod, Alberti et Politzer, Schwartz, Dustin, relatives à l'influence des durées d'irradiation sur le rythme des mitoses, et sur la guérison de certains cancers, démontrent qu'il n'est pas permis à l'heure actuelle de tirer des conclusions précises sur la conduite chronologique du traitement des cancers par les radiations.

Les recherches qui concernent l'action directe et l'action indirecte du rayonnement sur les cellules ont montré que les radiations agissent à la fois sur les éléments cellulaires et sur le milieu qui les accompagne. Il est vraisemblable que des changements d'ordre physico-chimique, dont la nature exacte n'a pu encore être déterminée, se produisent dans les milieux humoraux. Ces modifications sont extrêmement difficiles à apprécier, car seuls les effets produits sur les cellules sont accessibles à nos moyens d'investigation; elles aboutissent sans doute à la rupture de l'équilibre colloïdal qui conditionne la vie cellulaire, précédant les modifications morphologiques qui n'en sont que le terme ultime.

Les réactions cytologiques des tumeurs malignes traitées par la télécuriethérapie. (A.-P. DUSTIN. *Strasbourg méd.*, 20 fév. 1929, n° 4, p. 92.)

CURIETHÉRAPIE

Peau.

Avec une technique convenable, le pourcentage de guérison des cancers de la peau par le radium ou les rayons X est très élevé. En ces derniers temps, divers auteurs ont, de nouveau, attiré l'attention sur le danger de doses fractionnées et distribuées sur un temps trop long, et cette question a donné lieu à un certain nombre de communications et de discussions.

Résistance à l'action des rayons X et des rayons du radium acquise par les épithéliomas de la peau à la suite d'irradiations antérieures (radio-immunisation). (Henri BEAU. *Th. de Paris*, 1926, Rousset, éditeur.) — Il s'agit là d'une thèse très documentée d'où il ressort que dans le traitement des cancers de la peau le nombre d'échecs est beaucoup plus considérable chez les malades qui ont reçu un ou plusieurs traitements radiothérapiques avant de venir se faire traiter : il y a dans ces conditions en moyenne 60 p. 100 d'échecs.

Les mauvaises techniques qui sont responsables de la radio-immunisation sont réunies en trois groupes : en curiethérapie, irradiations insuffisantes ; en rœntgenthérapie, irradiations fractionnées ou trop espacées.

La connaissance de ces faits conduit aux conséquences pratiques suivantes : ne jamais utiliser de doses fractionnées distribuées en un temps trop long.

En présence d'un épithélioma récidivé après un ou plusieurs traitements et suspect de radio-immunisation, on fera pratiquer l'exérèse chirurgicale, s'il s'agit d'un épithélioma peu étendu et opérable. Si l'épithélioma est étendu, on peut tenter un nouveau traitement par les radiations : un baso-cellulaire devenu résistant aux rayons X ou filtrés peut être guéri par l'action caustique des rayons X non filtrés. Quant aux épidermoïdes irradiés par rayons X, il est préférable de reprendre l'irradiation par le radium.

A propos de la radio-résistance des épithéliomas cutanés. (J. BELOT. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 20 juin 1927, t. XVI, n° 6, p. 411.) — L'auteur pense que les épithéliomas soumis à de nombreuses séances de rayons X ou de radium n'ayant pas abouti à la guérison ont acquis une résistance définitive : la lésion continue à évoluer et s'aggrave du fait des infections qui s'ajoutent et qui sont favorisées par l'altération des tissus sains.

Le traitement de ces lésions rebelles varie suivant les cas : si l'épithélioma n'a pas dépassé les limites du derme, Belot préconise le raclage suivi d'une forte dose de rayons X, sans filtration si le plan profond est net, avec filtration si celui-ci semble infiltré. Quand les lésions ont dépassé les limites de la peau, il vaut mieux avoir recours à la radiumthérapie.

La conclusion de ces considérations est qu'il ne faut pas « rater » un épithélioma cutané ; si la lésion ne cède pas à un premier traitement, il est nécessaire de changer de méthode.

Traitement des épithéliomas cutanés vaccinés par irradiations antérieures. (R. GAUDUCHAU et R. DANOS [Nantes]. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 20 juin 1927, t. XVI, n° 6, p. 419.) — Les auteurs apportent une série d'observations d'épithéliomas cutanés pour lesquels ils recherchent les causes de la radiorésistance. Deux facteurs physiologiques leur paraissent particulièrement importants : l'infection profonde des tumeurs déjà anciennes, la répétition et l'étalement sur un temps très long d'irradiations insuffisantes pour amener une stérilisation complète de la région.

Sur la radiorésistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (E. MARQUIS. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, fév. 1928, n° 2, p. 53.) — L'auteur rapporte douze observations de cancers des diverses localisations qui, ayant été traités par des irradiations de trop faible intensité, se sont montrés réfractaires à un deuxième traitement. M. Marquis a particulièrement étudié l'état du stroma conjonctivo-vasculaire dans ces cas. Sauf deux fois seulement, le stroma est apparu du type défavorable, c'est-à-dire présentant de nombreuses plages de dégénérescence avec nécrose

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

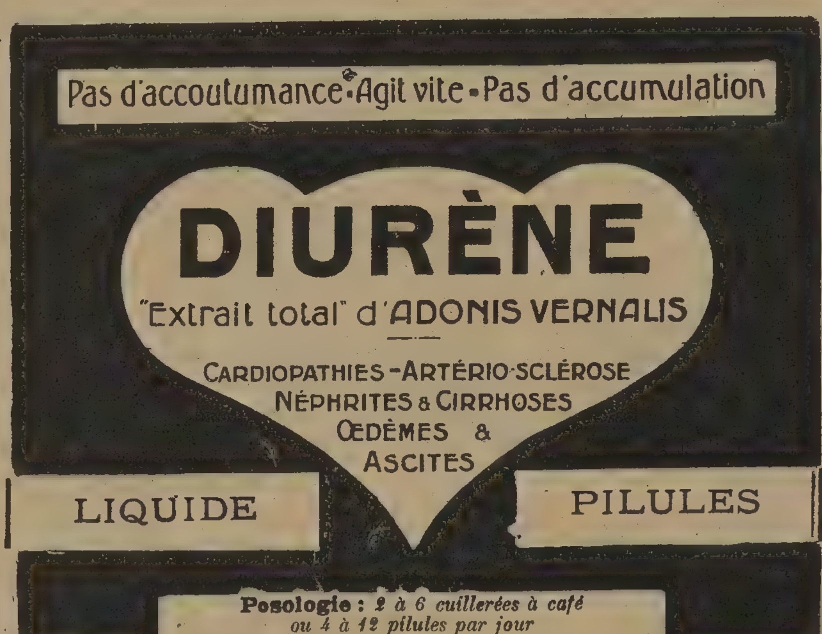
de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

fibrinoïde. On ne peut, conformément à l'opinion de G. Roussy et S. Laborde, qu'être frappé par la fréquence des altérations du stroma dans ces épithéliomas dits « vaccinés ».

A propos de la radiorésistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (G. Roussy et S. Laborde. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, mars 1927, t. XVI, n° 3, p. 180.)

A propos des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (Bérard. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, fév. 1928, n° 2, p. 56.)

Le traitement des cancroïdes de la face par le radium. (A. Lassueur. *Revue méd. de la Suisse romande*, Lausanne, nov. 1927, n° 13, p. 921.)

CAVITÉ BUCCALE. VOIES AÉRIENNES ET VOIES DIGESTIVES SUPÉRIEURES

Traitement du cancer de la langue par la chirurgie et les radiations. (Ménégaux. *Th. de Paris*, 1928.) — Il était intéressant de comparer les résultats obtenus par la chirurgie seule à ceux que l'on obtient par la curiethérapie. G. Ménégaux a mis ainsi en parallèle la statistique uniquement chirurgicale de M. Lenormand et celle de R. Proust au Centre anticancéreux de Tenon. La première comprend 78 observations et la seconde 91. Le pourcentage des guérisons obtenues par traitement chirurgical est de 10 sur 39 ou de 26,5 p. 100 dans l'ensemble. Si on considère uniquement les lésions circonscrites minimes, il n'y a pas de mortalité opératoire et on arrive à une proportion de 55 p. 100. Mais si l'on tient compte de la mortalité opératoire pour obtenir le pourcentage réel des guérisons éloignées, on trouve alors :

Morts opératoires................	13 p. 100
Récidives.........................	74,6
Guérisons.........................	12

L'association chirurgie-radium donne une proportion de 20 p. 100 de guérisons, en tenant compte de la mortalité opératoire.

La curiethérapie utilisée seule donne 33 p. 100 de guérisons. Les malades opérables ou à la limite de l'opérabilité guérissent dans une proportion de 40 p. 100, alors qu'il n'y a aucune guérison chez les malades inopérables.

Il semble donc que l'avantage soit à la curiethérapie, et l'on en peut conclure que, mises à part les lésions extrêmement circonscrites pour lesquelles la biopsie équivaut à une exérèse complète, le cancer de la langue relève de la curiethérapie.

Traitement des épithéliomas de la langue. (I.-L. Roux-Berger et O. Monod. *Soc. de chir.*, 4 mai 1927.) — S'appuyant sur ce qu'ils ont observé en traitant 287 cas de cancers de la langue, Roux-Berger et Monod ont apporté les conclusions suivantes :

1° Les cancers dorso-linguaux antérieurs sont justiciables de la radiumpuncture;

2° Pour les cancers dorso-linguaux postérieurs, il faut y joindre une irradiation externe;

3° Pour les cancers infralinguaux, il vaut mieux utiliser un appareil moulé sur le plancher de la bouche;

4° Pour le traitement des adénopathies, les auteurs procèdent de la manière suivante :

Trois semaines environ après la curiethérapie de la localisation linguale, ils pratiquent un vaste évidement de toute la région ganglionnaire du cou, avec résection de la jugulaire et du sterno-mastoïdien. Lorsque l'examen histologique révèle la nature maligne des ganglions, on pratique une irradiation cervicale au moyen du radium.

C'est la chirurgie ainsi associée à la curiethérapie qui leur a semblé donner les meilleurs résultats.

Malignancy of the larynx and œsophagus treated by radium. (Herriman. *Laryngoscope*, sept. 1927, t. XXXVII, p. 664.)

Les adénopathies consécutives au cancer des lèvres, de la langue et du plancher de la bouche. Leurs indications thérapeutiques, leur traitement. (Cl. Regaud et collaborateurs. *Paris méd.*, 16 avril 1927.)

Radium in intra-oral cancer (le Radium dans le traitement du cancer intrabuccal). (Curtis F. Burnam. *Radiology*, Chicago, nov. 1927, n° 5, p. 366.)

Nouvelle technique curiethérapique pour le traitement du cancer de l'œsophage. (De Nabias. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 19 juillet 1926, t. XV, n° 7, p. 323.)

UTÉRUS

Résultats thérapeutiques obtenus dans soixante-quinze cas de cancers cervico-utérins par l'association du radium et de la chirurgie. (R. Monod. *Travaux de la clinique chirurgicale et du Centre anticancéreux de la Salpêtrière*, Paris 1927, 2e série, p. 197.) — L'examen des résultats obtenus au Centre anticancéreux de la Salpêtrière a permis à l'auteur les conclusions suivantes :

1° La curiethérapie préopératoire offre le double avantage d'obtenir la stérilisation des lésions cancéreuses du col et d'aseptiser les lésions ulcérées ou bourgeonnantes : loin de compliquer la chirurgie, elle prépare des conditions opératoires meilleures;

2° L'hystérectomie est praticable et même simplifiée cinq à six semaines après une application de radium, comme le prouve la statistique de l'auteur : 74 hystérectomies avec 3 morts, dont 32 opérations de Wertheim et pas de mort;

3° L'hystérectomie doit être faite le plus largement possible, puisqu'elle vise surtout à enlever les ganglions et les paramètres, siège habituel des récidives, la récidive vaginale étant exceptionnelle (2 cas);

4° L'opération donne, après le radium, une seconde garantie de guérison, puisque, sur 15 cas où les examens histologiques ont montré que le radium avait été insuffisant, 8 cas sont restés guéris par la chirurgie;

5° Les résultats obtenus par l'association curiethérapie-hystérectomie élargie, qui a donné 55,5 p. 100 de guérisons se maintenant depuis plus de trois ans (statistique globale) poussent Monod à poursuivre l'application de cette méthode qui, réunissant les avantages respectifs de la curiethérapie et de la chirurgie, paraît, à l'heure actuelle, donner aux malades atteints d'un cancer du col de l'utérus le maximum de chances de guérison.

Radiothérapie du cancer du col de l'utérus. Statistique des années 1921, 1922, 1923, 1924, 1925 et 1926. (S. Laborde et Y. L. Wickham. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, n° 6, juin 1928, p. 399.) — Les auteurs donnent, comme chaque année, les résultats de leur enquête relative au cancer du col de l'utérus traité par la radiothérapie au Centre de Villejuif, depuis 1921.

Dans l'ensemble, sur 173 malades traitées, on compte 45 guérisons datant de sept ans pour les plus anciennes et de dix-huit mois pour les plus récentes (2 de sept ans, 7 de six ans, 4 de cinq ans, 8 de quatre ans, 11 de trois ans, 13 de dix-huit mois à deux ans); soit une proportion de 26 p. 100.

Mais l'examen de la proportion des guérisons suivant le degré d'envahissement du cancer pour toutes les années permet de noter, ainsi qu'on peut s'y attendre que le pourcentage de guérsions baisse rapidement avec le degré d'envahissement.

En ce qui concerne les cancers opérables (degré I) la proportion des guérisons est de 80 p. 100.

En considérant les cancers inopérables, on trouve pour le



R. C., 127.006, Seine.



degré II, une proportion de 55 p. 100, pour le degré III, une proportion de 30 p. 100. Enfin pour le degré IV, c'est-à-dire les cancers avec envahissement des organes voisins, on ne constate aucune guérison.

Traitement curiethérapique des cancers cervico-utérins (1921-1927). [Institut du radium de Bruxelles.] (F. Delporte et J. Cahen. *Strasbourg méd.*, n° 4, 20 fév. 1929, p. 80.) — La curiethérapie appliquée au traitement des épithéliomas cervico-utérins fournit des résultats supérieurs à ceux de la chirurgie pour les cas opérables. Dans les cas se trouvant en dehors des possibilités du bistouri le radium utilisé lege artis apporte des guérisons durables; pour une observation de cinq ans au moins les pourcentages de guérison sont respectivement pour les cas opérables 50 p. 100, pour les inopérables 30 p. 100, pour les très avancés 10 p. 100 et pour les récidives post-opératoires 15 p. 100; en résumé, pour toutes les catégories réunies 25 p. 100.

L'emploi de la radium-chirurgie dans les cancers cervico-utérins fournit des résultats très appréciables pour autant que ses indications ne soient pas dépassées.

Les auteurs utilisent en effet l'application intra-abdominale de radium, lorsque l'application utéro-vaginale laisse subsister une infiltration des voies lymphatiques. Cette méthode s'adresse aux cas où la propagation est reconnue et aux cas d'infiltration douteuse. Elle nécessite une laparatomie médiane sous-ombilicale, afin d'explorer l'utérus et les paramètres. On pratique alors l'aiguillage direct de la paroi utérine et l'inclusion de tubes dans les ligaments larges. Cette application est sans risques et n'a donné lieu à aucun accident entre les mains de Delporte et Cahen. Ils la considèrent donc comme supérieure à la radiothérapie profonde par la qualité et la durée des guérisons obtenues.

Pour les cas des catégories III et IV qui relèvent de cette méthode, le pourcentage des guérisons est de 40 p. 100. Jusqu'à nouvel ordre, dans ces cas inopérables ou très avancés, elle semble meilleure que la télécuriethérapie. C'est le résultat d'observations qui s'étendent sur une période de cinq années, ce qui permet aux auteurs d'évaluer la méthode. Malgré ces résultats très satisfaisants, on peut espérer qu'un procédé nouveau, mettant en œuvre des données biologiques précises, viendra bientôt éclairer le problème de la thérapeutique du cancer, qui reste entièrement à résoudre.

Les grosses doses sont-elles toujours nécessaires à la curiethérapie du cancer du col utérin. (P. Degrais. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer,* n° 5, mai 1928, p. 335.)

Expériences faites au radiumhemmet du traitement radiologique du cancer du col utérin. (J. Heyman [Stockholm]. *Acta radiol.*, numéro spécial, Band VI.)

A propos du traitement du cancer du col de l'utérus. (Simone Laborde. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. XI, n° 5, mai 1927, p. 274.)

Recherches histologiques sur les carcinomes du col utérin traités par le radium. (W. Lahm. *Strahlentherapie*, Bd XXVIII, Hft 3, 1927, p. 472.)

Complications consécutives à la curiethérapie dans les affections pelviennes. (Leda et J. Stacy. *Amer. Journ. of Roentg. and Radium.*, vol. XIX, n° 4, avril 1928, p. 223.)

Cervixcarcinom und Schwangerschaft unter Berücksichtigung der Frage einer Strahlenschädigung der Frucht. (Cancer du col et grossesse avec étude de la question d'une lésion du fœtus par les rayons). (R. Zimmermann. *Strahlentherapie*, Berlin 1928, 29, n° 1, p. 108.)

Radium et hémorragies. (J. O. Bower et J. H. Clark. *Amer. Journ. of Roentg. and Radium.*, t. XVII, n° 2, fév. 1927, p. 247.)

Radium-terapia pre-operatoria. Radium-chirurgia. Contributo all'azione biologica del radium sugli epiteliomi della portio uterina. (Radiumthérapie pré-opératoire. Radium-chirurgie. Contribution à l'action biologique du radium sur les épithéliomas de l'isthme utérin). (F. Patti. *Clinica ostet.*. Rome 1927, n° 12, p. 653.)

Pyométrie et hématométrie dans le cancer du col avant et après curiethérapie. (Guyot, Jeanneney et Varrin. *Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, 15 nov. 1927; *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 3, mars 1928, p. 249; et *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 15, 8 avril 1928, p. 235.)

Radiological or operative treatment of cancer of the uterus. (J. Heyman. *Acta radiol.*, vol. VIII, fasc. 5, 1927, p. 363.)

SEIN

La curiethérapie des cancers inopérables du sein. (Yetta Berg. [Centre anticancéreux de Strasbourg]. *Strasbourg méd.*, t. II, fasc. 9, 20 sept. 1927.)

Contribution à l'étude du traitement du cancer du sein par la curiethérapie de surface. (R. Gilbert. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, n° 1, janv. 1928, p. 25.)

Le traitement radiothérapique des métastases osseuses du cancer du sein. (Proust. *Strasbourg méd.*, n° 4, 20 fév. 1929, p. 77.) — Les métastases osseuses observées au cours de l'évolution des cancers du sein peuvent être considérablement améliorées par les radiations. On peut obtenir une disparition complète des douleurs et même une recalcification des lésions osseuses. Celle-ci est souvent même suffisante pour que la fracture spontanée qui semblait imminente soit évitée et que la marche, lorsqu'il s'agit de lésions du membre inférieur puisse être reprise sans danger. Divers auteurs ont insisté sur ce processus de recalcification qui redonne à l'os ses contours à peu près normaux.

L'auteur cite plusieurs observations personnelles de malades atteintes de métastases de localisations diverses (colonne vertébrale, fémur) et traitées avec succès par la curiethérapie. Cette méthode a, sur la roentgenthérapie, l'avantage de ne pas nécessiter un déplacement de la malade : c'est donc une méthode précieuse pour les cas en imminence de fracture. Au contraire, pour les métastases minuscules et multiples, la roentgenthérapie est d'un emploi plus pratique.

RECTUM

Le traitement du cancer du rectum. (R. Proust. Cours de perfectionnement sur le cancer du Centre anticancéreux de Strasbourg. *Strasbourg méd.*, mars 1927.) — La curiethérapie combinée à l'anus iliaque est insuffisante pour supprimer l'épithélioma du rectum. Il faut lui associer la chirurgie (technique de Neumann). Ce procédé ne s'applique qu'au traitement des formes basses; dans les formes hautes, application intrarectale du radium suivie, soit de l'extirpation abdomino-périnéale ou de l'opération de Hartmann.

Dans les formes inopérables, la curiethérapie permet de rendre la tumeur mobile, et complète l'effet de l'anus iliaque en stérilisant le conduit rectal.

Dans les formes inopérables et trop avancées, la curiethérapie aura l'avantage de calmer les souffrances et de supprimer les écoulements en assurant une survie de trois ans au plus dans environ 10 p. 100.

Traitement radio-actif des cancers inopérables du rectum. (R. Gauducheau. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, Paris juillet 1927, n° 7, p. 533.)

A propos de la radiothérapie des cancers du rectum inopérables. (G. Roussy, Simone Laborde et F. Bertillon. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, juillet 1927, n° 7, p. 527.)

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale
VIOXYL
MOUNEYRAT
Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique
Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES
FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ
DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures ; Enfants : 1/2 dose } par jour
Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète
Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

De Trouette-Perret
l'Aphloïne — Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux
la Nisaméline (Guaco) — Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies
la Papaïne — Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques
15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS
R. C. 50.002 Seine.



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau, Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE, BROMHYDRATE, SALICYLATE, GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

Vente étude Me POISSON, notaire à Paris, 19, boulevard Maleshèrbes, lundi 24 juin, 14 h.,
FONDS OPTIQUE MÉDICALE
à Paris, 131, RUE DE RENNES. Mise à prix : 50.000 francs. Matériel et marchandises en sus. Consignation : 5.000 francs. S'adr. Me POISSON, notaire, dépositaire du cahier des charges.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

FLORENCE A UNE NUIT DE NICE. — Depuis le 1er février, un service de wagons-lits fonctionne entre Nice et Florence avec wagon-restaurant à l'aller de Vintimille à Gênes.

Départ de Nice à 15 h. 15. Arrivée à Florence à 6 h. 45.

En sens inverse, départ de Florence à 0 h. 10. Arrivée à Nice à 13 h. 49.

SARCOMES

Lymphosarcome du rectum. Radio et curiethérapie. Guérison depuis six ans. (STOLZ, GUNSETT et OBERLING. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, n° 2, fév. 1928, p. 63.) — Les auteurs présentent l'observation d'un lymphosarcome du rectum, inopérable, qui fut traité par radiumpuncture et par application intrarectale d'un tube de mésothorium. On y ajouta, deux mois plus tard, un traitement de roentgenthérapie profonde.

La guérison se maintient depuis mai 1922, sans sténose du rectum.

Les auteurs font remarquer avec raison que, ce sarcome étant très radiosensible, on aurait vraisemblablement pu obtenir un résultat analogue avec la roentgenthérapie seule.

Fibrome diffus scapulo-cervical traité par la curiethérapie. (GUNSETT et OBERLING. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'etude du cancer*, n° 2, fév. 1928, p. 67.) — Il s'agit d'une observation intéressante à un double point de vue. Elle est d'un type histologique assez rare, un fibrome fasciculé, développé dans la région de l'épaule, ces fibromes étant d'apparence bénigne, mais en réalité des plus malins et à métastases rapides. Toute la région de l'épaule était déformée par une volumineuse tumeur, dure, bosselée, englobant toute la région de la racine du bras.

Le traitement fut commencé par une application de roentgenthérapie 6.000 R. par un champ antérieur et un champ postérieur; filtration 2mm5, Cu et 4 millimètres al.; par tension constante; durée du traitement : quinze jours. Légère diminution de la tumeur.

On fit alors une application de radium par appareil moulé (113,4 mcd à 4 cm. de distance avec filtrage de 2 mm. de Pt). Dans les trois mois qui suivirent, la tumeur diminua considérablement. Un nouveau traitement au radium fut institué avec un moulage analogue au premier (138,6 mcd). La tumeur céda encore une fois, mais, trois mois après, elle recommença de pousser et l'on fit un troisième traitement au radium (117 mcd). La tumeur céda d'une manière remarquable et diminua continuellement dans les trois mois qui suivirent. Un dernier traitement (50 mcd) réduisit la tumeur au point que la région de l'épaule a repris un aspect à peu près normal.

Même si la maladie devait récidiver, ce qui est probable, cette observation est intéressante parce qu'elle montre :

1° La sensibilité aux rayons du radium de ces fibromes fasciculés;

2° L'efficacité plus grande de la curiethérapie, les rayons X s'étant montrés à peu près inefficaces;

3° La tumeur a régressé après chaque traitement curiethérapique, faisant ainsi exception à la règle de la vaccination des tumeurs après les traitements successifs.

ACCIDENTS

On connaît bien les accidents professionnels d'ordre local qui se manifestent par des radiodermites chroniques aboutissant au cancer des radiologistes. Ceux-ci s'observent surtout chez les radiologistes de la première heure et se rencontreront sans doute de moins en moins.

Mais, dans ces dernières années, l'attention a été surtout attirée sur l'action des radiations pénétrantes sur le sang et les organes hématopoïétiques. D'assez nombreux cas d'anémie pernicieuse et de leucémie ont été signalés chez les individus exposés à de hautes doses de radium ou à l'inhalation de substances radio-actives. On connaît moins les accidents provoqués par les injections de produits radio-actifs. Ceux-ci, fréquemment signalés en Allemagne, ont été cependant notés parfois en France et doivent attirer l'attention sur le danger des injections répétées de sels radio-actifs.

Anémie pernicieuse aplastique consécutive à des injections multiples de thorium X. (LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, n° 35, p. 1617.) — Les auteurs relatent l'observation d'une femme de trente-sept ans, morte d'anémie pernicieuse dont la progression ne put être arrêtée par aucune thérapeutique. Cette anémie a succédé à l'emploi du thorium X qui fut administré à doses longtemps répétées en injections sous-cutanées.

L'anémie pernicieuse causée par le thorium. (P.-Emile WEIL. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, n° 36, p. 1627.) — Le traitement des leucémies par le thorium X n'est pas exempt de dangers et l'emploi de ce produit, très difficile à manier, exige de très nombreux et fréquents examens hématologiques. L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de mort à la suite d'injections de substance radio-active, et avec raison il met en garde contre l'emploi souvent mal réglé de ces produits.

Nécrose osseuse due à l'action du radium. (D. B. PHEMISTER [Chicago]. *Amer. Journ. of Rœntg. and Radium.*, oct. 1926, t. XVI, n° 4, p. 340.)

Contribution à l'étude de l'ostéo-radio-nécrose tardive du maxillaire inférieur. Le rôle du système dentaire dans son déterminisme. Sa prophylaxie par le stomatologiste. (A.-H. DUFIEUX. *Th. de Paris*, 1927, 107 pages, Le François, édit.)

TRAVAUX D'ENSEMBLE

Idées directrices et principes actuels de la curiethérapie des cancers à l'Institut du radium de Paris. (A. LACASSAGNE. Radiophysiologie et radiothérapie, *Arch. de l'Inst. du radium*, Paris 1928, t. I, n° 2, p. 162.)

Le basi fisio-patologiche et tecniche della radiumterapie (les bases physio-pathologiques et techniques de la radiumthérapie). (Q. CARANDO. *Minerva med.*, Turin 1927, n° 27, p. 1037.)

Il mio metodo di cura dei neoplasmi maligni mediante l'isopatina antineoplastica, dopo dieci anni di esperimenti (dix années d'expérience de ma méthode de traitement des néoplasmes malins au moyen de l'isopatine antinéoplasique). (N. MORI. *Riforma med.*, Naples 1927, n° 43, p. 1012.)

O letchenii slokatsvennykh opoukholy emanatzïïeï radiya [radonom] (sur le traitement des tumeurs malignes avec l'émanation du radium [radon]. (M. S. NEMENOFF et F. S. GROSMAN. *Vest. Rœntg. radiol.*, Léningrad 1927, nos 2-3, p. 94.)

Radium in cancer (radium et cancer). (W. STEVENSON. *Brit. Journ. med. sciences*, Dublin, juin 1927, n° 18, p. 287.)

La Curiethérapie des cancers. (Simone LABORDE. Un vol., Masson et Cie, édit.)

Traitement par le radium de quelques néoplasmes. (DE NABIAS. Un vol., Chahine, édit.)

La Médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Sixième édition revue et augmentée, par C. ODDO, professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, correspondant national de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Revue par Jean ODDO, ancien chef de Clinique médicale. Un vol. in-8 carré de 1.044 pages. — Prix : cartonné toile, 70 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %)' attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'ÉTAT MIGRAINEUX ET DES CÉPHALÉES NON SYMPTOMATIQUES D'UNE LÉSION ORGANIQUE.

Par Léon Schekter (de Boulogne-sur-Mer).

Je me permets de communiquer aux lecteurs de la *Gazette* un traitement de l'état migraineux non organique qui m'a donné jusqu'à présent des résultats remarquables.

Les malades sont agréablement surpris de voir cesser leur mal de tête.

Chez les uns il s'agit d'état migraineux avec crises de céphalée intense, chez d'autres le mal de tête existait à l'état continu, les obligeant de prendre des calmants tous les jours.

L'examen clinique révèle peu de lésions, sinon de l'hypotension artérielle, et chez certains malades des troubles hépatiques.

Le traitement consiste à injecter dans les veines une dose massive d'uroformine : 10 à 20 centimètres cubes de la solution d'uroformine Gobey à 0g25 d'uroformine par centimètre cube.

L'injection est très bien supportée, les malades ne ressentent absolument aucun malaise et peuvent quitter le cabinet médical pour aller sitôt à leur travail.

Trois jours après, la deuxième injection de 10 à 20 centimètres cubes d'uroformine est suivie d'une véritable détente.

Une troisième injection assure la guérison. Chez une des malades, qui était martyrisée par ses fréquentes migraines, le résultat était tel que la patiente me disait éprouver la sensation « d'avoir une nouvelle tête »!

Par quel mécanisme les doses fortes d'uroformine guérissent-elles les céphalées « diathésiques »?

Je ne le sais pas, et je laisse à des plus autorisés que moi le soin de résoudre ce problème.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

Compte rendu très succinct de l'assemblée générale extraordinaire du 2 juin 1929.

Les résolutions adoptées.

Séance du matin. — Assurances sociales. — Le professeur Balthazard, président, a ouvert la séance du matin par un exposé détaillé des pourparlers qui ont eu lieu entre le bureau de la Confédération et le ministre du Travail et de l'Hygiène.

Puis, il propose l'adoption de l'ordre du jour suivant :

L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929, proteste contre le règlement d'administration publique qui, ne tenant aucun compte des dispositions préconisées par la sous-commission ministérielle médico-pharmaceutique et des promesses faites au cours des débats à la Chambre, écarte, en fait, les revendications légitimes du Corps médical.

Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité.

Le secrétaire général apporte un certain nombre de précisions sur les dernières discussions avec le ministre et avec M. Aron, directeur général de l'Office national des assurances sociales.

Ensuite, exposé du docteur Renon; interventions des docteurs Maffre, Machavoine, Hervy, Gaussel, Jolicœur, Bisot, Dibos, Duvernoy, Humbel, Pierson, Maître, Lefèvre, Hartmann, Caillaud, Lafontaine, Gruzu, Durand; réponses, à plusieurs reprises, du président et du secrétaire général.

Puis, le Président soumet à l'assemblée les deux questions posées dans le rapport du secrétaire général (1) :

Première question. — Etes-vous d'avis d'accepter les propositions contenues dans le texte de la dernière lettre au ministre, c'est-à-dire :

a. Tiers payant (avec tarif non limitatif en droit) pour la catégorie d'assurés gagnant seulement le salaire vital, inscrits ou susceptibles d'être inscrits à l'A. M. G.).

b. Entente directe obligatoire pour tout le reste des assurés sociaux. (*Rejeté à l'unanimité moins deux délégués*, représentant 30 voix.

Le Président met ensuite aux voix sa seconde question :

Deuxième question. — Etes-vous d'avis de refuser les propositions ci-dessus, et, par voie de conséquence, d'entamer la lutte qui devra être poussée jusqu'à l'obtention d'une victoire complète. (*Adopté à l'unanimité.*)

***

On en arrive à l'ordre du jour d'ensemble sur la question des Assurances sociales.

Après le rejet de divers amendements — que nous reproduirons dans notre prochain numéro — et plusieurs interventions (docteurs Duvernoy, Maitre, Clavelier, Hilaire, Cibrie, Batier, Lefèvre, Juge, Dibos, Decourt, Humbel, Lafontaine, Henric, l'*ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité* :

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929 :

Après avoir pris connaissance des pourparlers engagés à la demande du ministre, par le bureau de la Confédération des syndicats médicaux français, au sujet de la loi des Assurances sociales,

Déclare :

1° Ne pas accepter les propositions du ministre, celles-ci ne permettant pas l'exercice d'une médecine saine et morale.

2° S'en tenir aux conditions établies par le Congrès des syndicats médicaux en juillet 1927 et par l'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux, en décembre 1928, à savoir :

a. Habilitation par la Confération des syndicats médicaux français, des syndicats qui, seuls, pourront contracter avec les caisses;

b. Libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins si ces derniers acceptent les clauses du contrat et la juridiction du Conseil de famille syndical, avec droit d'appel devant la Confédération des syndicats médicaux français.

Ce libre choix ne sera pas limité aux soins donnés à domicile.

c. Respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé, ni directement ni indirectement.

d. Droit à des honoraires pour tout malade soigné, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. Cette question sera l'objet d'une étude connexe en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851.

e. Entente directe entre le médecin et le malade avec paiement direct par celui-ci des honoraires habituels.

f. Liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

g. Contrôle des malades par les caisses, des médecins par le Syndicat, et Commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.

h. Nécessité de représentation suffisante du Syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses et de contrats spéciaux entre les syndicats et les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.

(1) Voir *Médecin de France*, numéro spécial d'avril 1929, p. 209 et 210.

3° Déclare que la Confédération des syndicats médicaux français n'apportera sa collaboration au fonctionnement des Assurances sociales que si les conditions ci-dessus énumérées sont en totalité inscrites dans un texte de loi.

La campagne d'opinion à organiser.

Après exposé du président et interventions des docteurs Lefèvre, Hervy, Hollier, Duvernoy, Henric, Piot, Decourt, Dévé, Cibrie, Humbel, etc., il est décidé (1) :

1° Que, par les soins de chaque syndicat, les médecins seront appelés à signer un engagement de ne pas contracter isolément avec les caisses. (*Adopté.*)

2° Une souscription minima de 100 francs sera demandée à tous les médecins pour couvrir les frais de la campagne. Cette souscription pourra être également versée par les médecins non syndiqués. (*Adopté à l'unanimité.*)

Le trésorier indique que ces souscriptions devront être versées *au plus tard le 1er octobre*. Le Conseil d'administration, dans sa réunion d'hier, a voté une somme qui — prise à titre d'avance sur la caisse de la Confédération — permettra de couvrir les premiers frais.

A la demande du docteur Dournel, il est entendu que les imprimés nécessaires à l'engagement et à la souscription seront adressés par le secrétariat de la Confédération aux secrétaires des syndicats.

* * *

En fin de séance, le docteur Vanverts expose la question de l'hospitalisation, et donne lecture d'un ordre du jour dont il demande le renvoi à la Commission des lois sociales.

Il est ainsi décidé.

Séance de l'après-midi. — La séance, levée à midi, est reprise à 2 h. 30.

Comme suite à certaines demandes de modification du paragraphe *a* de l'ordre du jour voté le matin, le président propose l'addendum suivant à ce paragraphe :

« Il est bien spécifié que les syndicats visés sont ceux de médecine générale. »

Les docteurs Hartmann et Caillaud prennent la parole sur cette question.

L'ordre du jour adopté le matin n'est pas modifié.

Au sujet du plan de campagne, le secrétaire général donne de nouveaux détails; les docteurs Lecat, Richard, Duvernoy et Paget interviennent.

* * *

La loi des pensions. — Le secrétaire général expose l'état de la question.

Le président ajoute certains renseignements sur la question des expertises.

Puis un débat s'engage auquel prennent part les docteurs Michel, Gruzu, Dibos, Batier, Houssiaux, Hervy, Decourt, Richard, Hilaire, Gaussel, Juge, Longuet, Devé, Astier, Gardette, Albert, Bobrie, Henric, Bouvat, Lefèvre et Rillac.

Quatre ordres du jour avaient été déposés.

Le secrétaire général fait connaître que les signataires ont accepté de le fondre en un seul, dont il donne lecture :

L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Exprime son étonnement de n'avoir pas eu satisfaction effective touchant les demandes présentées en son nom par le bureau de la Confédération,

L'assemblée générale estime que la question n'ayant pas été résolue dans les délais prévus, il y a lieu de la reprendre en entier et de présenter à l'administration un cahier de revendications complet, touchant soins médicaux, chirurgicaux et autres, expertises, contrôle, etc.

Ce cahier de revendications sera remis en juillet au ministère des Pensions.

Au cas où ces demandes ne recevraient pas satisfaction avant le 1er décembre 1929, le Corps médical envisagerait l'éventualité de la cessation des rapports avec les Pouvoirs publics pour le fonctionnement administratif de l'article 64 de la loi des pensions.

Ordre du jour présenté par les docteurs Renon, Verger, Marquis, Batier, Longuet, Armand et Layral.

Diverses observations sont présentées par les docteurs Lefèvre, Gaussel, Coldefy, Dibos, Lefrançois. Plusieurs délégués demandent LA DATE DU 1er OCTOBRE au lieu du 1er décembre. (Assentiment général.)

L'ordre du jour est voté avec cette modification.

* * *

Le secrétaire général demande que tous les syndicats adressent au secrétariat de la Confédération dans un délai de quinze jours leurs tarifs minima syndicaux. (Assentiment.)

Un certain nombre de remarques sont encore présentées par les docteurs Lefèvre, Durand, Noir, Maffre, Humbel, Hartmann, Longuet et Batier.

* * *

L'Ordre des médecins. — On en arrive alors à la question de l'Ordre des médecins.

Le président expose, d'une façon détaillée, les travaux de la Commission du droit syndicaliste, le projet établi avec la collaboration de nos confrères Clavelier et Verger, et donne lecture de l'ordre du jour suivant :

L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929 :

Considérant que les nécessités de la médecine sociale exigent et exigeront du médecin la stricte application des règles de la moralité professionnelle;

Considérant que, seule, la profession, obligatoirement organisée, peut être la fidèle gardienne de ces lois;

Se déclare partisan de la création d'un Ordre des médecins.

Accepte le projet établi par la Commission du droit syndicaliste, entériné par le Conseil d'administration de la Confédération et charge ledit Conseil d'obtenir que la loi réalise les principes contenus dans ce projet.

Un débat s'engage, auquel prennent part les docteurs Coldefy, Houssiaux, Juge, Cibrie, Maître, Batier, Dorvaux, Clavelier, Vanverts, Richard, Dournel, Micheleau, Lafontaine, Michel, Lefèvre, Decourt, Le Fur.

Après le rejet d'autres ordres du jour proposés, l'ordre du jour ci-dessus est mis aux voix par paragraphes. Diverses modifications y sont apportées, si bien que son texte devient :

L'assemblée générale de la confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929?

Considérant que, seule, la profession, obligatoirement organisée, peut être la fidèle gardienne des règles de la moralité professionnelle?

Se déclare partisan de la création d'un Ordre des médecins;

Accepte comme de discussion le projet établi par la commission du droit syndicaliste, entériné par le Conseil d'administration de la Confédération et charge ledit Conseil d'obtenir que la loi réalise les principes contenus dans ce projet.

(*Cet ordre du jour, ainsi modifié, est adopté*).

* * *

C'est la fin. Quelques brèves observations sont encore présentées par les docteurs Coldefy, Lefèvre, Longuet et par le

(1) Nous tenons à noter que nous rapportons l'esprit, et non le texte exact de ces deux décisions; ce dernier paraîtra dans notre prochain numéro, tel qu'il figurera au compte rendu sténographique qui nous sera livré sous peu de jours.

docteur d'Ayreix qui fait adopter un ordre du jour félicitant le syndicat de Mulhouse « pour le courage qu'il a déployé dans sa lutte contre les caisses ».

A ce moment, le docteur Lecat monte à la tribune et, dans une intervention très applaudie, remercie le bureau des efforts constants qu'il a déployés dans le but d'amender la loi au mieux des intérêts du Corps médical. Cet effort n'a pu aboutir. Nous n'en devons pas moins lui en manifester ici toute notre reconnaissance.

La séance est levée à 5 h. 30. (*Communiqué.*)

— A la suite de l'assemblée extraordinaire, le secrétaire général a adressé l'appel suivant aux médecins français :

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

APPEL AUX MÉDECINS FRANÇAIS

L'Assemblée générale extraordinaire de la Confédération des syndicats médicaux français a voté, le 2 juin, *la non collaboration à la loi* ACTUELLE *des assurances sociales.*

Ainsi l'Assemblée générale a repris et entériné, une fois de plus, la Charte du corps médical votée en 1927 et en 1928, rejetant les propositions du ministre que les syndicats médicaux ont déclarées inacceptables.

Les syndicats ont étudié la question. Ils ont décidé de leur attitude en toute liberté et connaissance de cause.

Ils savent la gravité de la décision prise et en ont sérieusement envisagé et accepté toutes les conséquences.

Le corps médical organisé s'est prononcé.

Les discussions intestines sont finies. Toute action divergente doit cesser.

La discipline est indispensable. Elle doit être absolue.

* * *

A dater de ce moment :

AUCUN CONTRAT ne doit être signé avec une caisse d'assurances sociales, ou toute organisation susceptible de devenir « caisse primaire ».

Ni contrat collectif syndicat-caisse.

Ni contrat individuel médecin isolé-caisse.

Tous les médecins, syndiqués ou non, doivent prendre l'engagement d'honneur de ne collaborer à la loi que lorsque celle-ci aura été remaniée, nos revendications incluses dans un nouveau texte, rendant ainsi possible une médecine propre, vraiment utile aux assurés futurs.

* * *

Une lutte de ce genre, qui doit être énergique, et qui peut être longue, nécessite des munitions — soit de l'argent.

Une contribution spéciale de cent francs est demandée à TOUS les médecins français.

Tous voudront, syndiqués ou non syndiqués, verser, entre les mains du trésorier du syndicat local, cette contribution, minime si l'on considère le but poursuivi.

Ce but, nous ne cesserons de l'affirmer, est un but de *moralité professionnelle et sociale.*

Nous ne voulons plus de scandales.

Nous voulons que les assurés ne soient pas dotés d'une médecine pour pauvres et soient, en toute façon, *traités comme des malades de la clientèle ordinaire.*

Là est leur intérêt. Là est la *condition d'une médecine honnête.*

Pour ce faire, il est indispensable d'obtenir :

L'habilitation *par notre organisme central,* des syndicats qui doivent traiter avec les caisses;

Le libre choix du médecin par le malade;

Le respect du secret professionnel;

L'entente directe entre malade et médecin;

Et toutes autres conditions énumérées dans notre charte.

Nous voulons que la médecine reste une *profession libérale.*

Nous ne voulons pas, comme dans beaucoup d'autres pays, du fait d'une assurance-maladie mal comprise, devenir des *médecins fonctionnaires.*

Soyons unis — quoi qu'il arrive — et *disciplinés.*

De notre cohésion dépendra la victoire.

Le Secrétaire général :
P. CIBRIE.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pharmacie chimique (1), par MM. P. LEBEAU, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris et G. COURTOIS, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris.

Ecrit avant tout pour l'enseignement, ce traité de pharmacie chimique, le plus important qui soit actuellement, a pour cadre le cours de pharmacie chimique enseigné par le professeur Lebeau à la Faculté de pharmacie de Paris; il comprend en outre, une partie documentaire qui lui donne un caractère d'utilité générale et qui ne sera pas moins appréciée des étudiants.

Tel un dictionnaire, ce traité est appelé à être fréquemment consulté par les chimistes, les pharmaciens, les industriels fabriquant des produits pharmaceutiques et à devenir pour eux un instrument de travail indispensable.

L'ouvrage comprend dans ses grandes lignes : une étude approfondie des produits chimiques définis, préconisés comme médicaments, et pour chacun d'eux, des indications sur les matières premières servant à leur fabrication, des données sur leurs modes de préparation industrielle, une description détaillée de leurs propriétés et de leurs essais considérés au point de vue de leur utilisation en pharmacie, ainsi que l'exposé de leur action physiologique et de leur emploi en thérapeutique.

On y trouve mentionnés la plupart des médicaments nouveaux, avec des indications concernant leur utilisation. Ces indications pourront servir de guide, non seulement aux médecins, mais aussi aux pharmaciens, pour lesquels l'usage des nombreux médicaments qu'il leur est demandé de délivrer est indispensable à bien connaître.

En dehors des produits fournis par la chimie minérale et la chimie organique proprement dite, un grand développement a été donné aux principes définis extraits du monde organisé, et les chapitres traitant des alcaloïdes et des glucosides sont particulièrement complets.

La classification adoptée se rapproche, le plus possible, de celle qui est habituellement employée en chimie minérale et en chimie organique. Quelques exceptions ont été faites dans les cas où il paraissait intéressant de réunir des corps ayant de grandes analogies dans leurs applications, ou ayant une origine industrielle commune.

La présentation de l'ouvrage est claire, et exempte de détails inutiles. Malgré l'importance de la partie documentaire, l'étudiant distinguera facilement les questions essentielles correspondant aux programmes qui lui sont imposés.

Les auteurs, sans vouloir faire œuvre de bibliographie complète dans un sujet aussi vaste, ce qui aurait entraîné pour un tel traité des développements exagérés, ont tenu cependant à mentionner tous les documents intéressants qui ont dû être consultés pour la mise au point même de l'enseignement de la pharmacie chimique. Cette partie, très étendue, sera certainement d'un grand secours à tous ceux : pharmaciens, chimistes ou industriels, qui s'intéressent aux applications de la chimie à la thérapeutique.

---

(1) Deux volumes grand in-8 formant ensemble 2224 pages. — Prix : 260 fr. — Paris, Masson et Cie

ERANOL

Iode libre en Suspension aqueuse, colloïdale, isotonique.

Enfants : V gouttes par année d'âge et par jour
Adultes : XL à C gouttes par jour.

Dans les *Affections de l'Enfance* (lymphatisme, rachitisme, accidents de croissance, végétations adénoïdes, etc.) L'ERANOL

excite le tissu lymphoïde, détermine une hyperleucocytose persistante, active la genèse des macrophages, aide l'organisme défaillant à pourvoir aux frais d'une immunisation durable et de développement rapide.

Dans les *Tuberculoses Torpides* (ganglionnaire, pulmonaire, fibreuse, prébacillose) L'ERANOL

liquéfie les exsudats visqueux du poumon, facilite l'hématose, supprime la dyspnée, développe la mononucléose, relève l'état général, résout l'adénite, favorise la défense de l'organisme.

Dans l'*Hypertension Artérielle* L'ERANOL

détermine la transsudation de la lymphe à travers la paroi des vaisseaux, abaisse la pression sanguine, régularise la circulation, diminue le travail du cœur.

Dans le *Rhumatisme chronique* L'ERANOL

puissamment résolutif, fait rétrocéder les douleurs articulaires et péri-articulaires, diminue le gonflement et favorise la disparition des attitudes vicieuses.

ERANOL

Échantillons sur demande

45, Rue de l'Échiquier PARIS (X°)

L'ouvrage est divisé en deux volumes correspondant à la division même de l'enseignement qui est réparti sur deux années :

Le premier traite des médicaments chimiques fournis par la chimie minérale, y compris ceux se rattachant aux corps radio-actifs et aux colloïdes, ainsi que des compositions organiques de la série acyclique, à l'exception de ceux renfermant de l'azote.

Le second a trait à l'étude des composés de la série cyclique et des composés organiques azotés en général, ainsi qu'à celle des alcaloïdes, glucosides et albuminoïdes. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU RECTUM

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

L'épithélioma primitif du rectum réalise trois types nettement individualisés :

— Le *cancer anal,* essentiellement douloureux et incontinent.

— Le *cancer haut, recto-sigmoïdien,* avant tout sténosant.

— Enfin et surtout le *cancer ampullaire,* le plus fréquent, cancer infecté, ce qui explique en partie les dangers de l'amputation abdomino-périnéale.

De toute façon, le début du cancer du rectum peut être extrêmement latent. Pendant des mois il peut se traduire par des signes banaux, mais qui devront tous systématiquement mener à pratiquer un *toucher rectal* et une rectoscopie, auxquels le néoplasme ne saurait échapper.

SYMPTOMES

Le cancer ampullaire, le plus fréquent, sera décrit tout d'abord.

1. **Début.** — Il s'agit le plus souvent d'un homme de quarante à cinquante ans, jusque-là bien portant, chez lequel de petits signes rectaux attirent l'attention.

Ce sont :

— *Des douleurs,* en général atténuées, sensation de pesanteur, de corps étranger intrarectal, ténesme rectal avec faux besoins.

— *Des troubles de la défécation* consistant en alternatives de constipation et de diarrhée.

— *Des écoulements pathologiques,* muqueux ou glaireux, survenant souvent en dehors des selles.

Mais surtout **RECTORRAGIES**.

Celle-ci a une valeur considérable, et constitue fréquemment le signe révélateur.

Elle est variable, tantôt spontanée, tantôt provoquée (lavement), rarement abondante; elle peut être rouge ou réaliser le melæna.

Le moment de son apparition est constant : *le sang précède les selles ou les enduit* (*melæna circonférentiel*).

La valeur de ces deux signes est considérable, même chez un vieil intestinal. Malheureusement, tous ces troubles si caractéristiques durent souvent depuis des mois sans que le malade se soit fait examiner.

On s'explique donc le nombre de sujets chez lesquels les lésions de tout début que nous allons décrire ont passé inaperçues.

SIGNES PHYSIQUES

L'examen montrerait alors en effet :

a. **Au toucher rectal**, l'existence sur une face de l'ampoule rectale :

— Tantôt d'une petite ulcération reposant sur une base indurée;

— Tantôt d'une induration cartonnée, mal limitée, de la muqueuse qui a perdu sa souplesse et ne glisse plus sur les plans sous-jacents;

— Tantôt et le plus souvent, d'une petite tumeur bourgeonnante, friable, reposant sur une base dure.

Le doigt ramène de la *sérosité sanglante ou du sang pur.*

b. **LA RECTOSCOPIE** donne d'importants éléments diagnostiques. Elle montre :

Une plaque indurée, avec muqueuse rigide, crissant sous le tube, blanchâtre, avec par places des suffusions ecchymotiques;

— Une ulcération à bords éversés;

— Une petite masse polypeuse, friable.

Elle permet de contrôler l'*induration et le saignement* de la lésion et aussi de prélever un fragment tumoral bien orienté, en vue d'examen histologique.

Cette *biopsie* montre qu'on est en présence d'un épithélioma, le plus souvent à type cylindrique.

2. **Période d'état.** — Pratiquement, c'est à cette phase que l'on est appelé à examiner la plupart des malades.

Les lésions sont évidentes, à la limite de l'opérabilité, posant des problèmes difficiles; quelquefois même le malade est d'emblée inopérable.

Les symptômes fonctionnels restent encore peu inquiétants.

Ce sont avant tout des signes de recto-colite :

a. *Douleurs* revêtant le type de douleur sourde, continue, de ténesme rectal, parfois à type de coliques, survenant après une phase d'obstruction intestinale et suivies de débâcle diarrhéique. Ces crises peuvent s'accompagner de distension cæcale douloureuse.

b. *Diarrhée* rebelle, abondante, déprimante, dans l'intervalle des crises de constipation.

c. *Ecoulements* abondants, séro-sanglants ou même purulents, amenant à la longue des érythèmes.

Les hémorragies sont intermittentes, surtout provoquées.

L'état général est variable. Souvent déjà on trouve un malade amaigri, anémié, parfois subfébrile, qui sera un mauvais terrain opératoire.

Les signes physiques sont grossiers.

Le *toucher rectal* suffit au diagnostic. Il montre des signes énormes :

— Grosse tumeur bourgeonnante et friable;

— Sténose circulaire blindant les parois;

— Ulcération à bords indurés

On ne trouve pas les caractères propres au néoplasme :

— *Induration diffuse de la base;*

— *Saignement provoqué.*

Aussi n'est-ce pas tant pour confirmer le diagnostic que pour poser les *indications opératoires* que l'on pratiquera un examen plus approfondi. *(A suivre.)*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 22 juin. — Jury : MM. Bezançon, président; Guillain, Gougerot et Lévy-Valensi. — M. Decaux. L'urticaire. Pathogénie, traitement par le tartrate d'ergotamine. — M. Deglaire. Endocardite secondaire. Etude de sa forme subaiguë. — M. Durand. Du développement de l'épithéliome sur le lupus érythémateux. — M. Filliol. Etude des ictères parathérapeutiques. — M. Tarnaucéanu. Etude sur les modifications de la chronaxie neuro-musculaire par refroidissement d'un membre chez l'homme normal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique — Dialyl — Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE. — Le jury est définitivement composé de MM. Turchini, Pestel, Beaujard, Maingot, Baudouin, Souligoux, Lapointe.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Alajouanine, Chevallier, Mouquin, H. Bénard, Soupault, Charrier, Monbrun, Moulonguet-Doléris, Guéniot.

RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY. — M. le professeur Couvelaire devant assister aux Journées médicales de Bruxelles, la IIe Réunion médicale de Nancy, fixée primitivement au 23 juin, est reportée au 7 juillet avec le même programme. Les conférences auront lieu au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG. — L'emploi de chargé de cours de médecine générale à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est supprimé.

Il est créé à ladite Faculté un emploi d'agrégé de médecine générale.

M. le docteur Hanns, chargé de cours, est nommé pour une période de neuf années, à compter du 1er décembre 1928, agrégé de médecine générale près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg.

XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (MONTPELLIER, 15-19 octobre 1929.) — **Programme scientifique.** — *Mardi 15 octobre.* — A 10 h. 30, à la salle des Fêtes de l'Université : séance d'ouverture ; — A 14 h. 30, à la Faculté de médecine : exposé et discussion des rapports ; communications.

Mercredi 16 et jeudi 17 octobre. — A 9 h. et à 14 h., à la Faculté de médecine : exposé et discussion des rapports ; communications.

RAPPORTS. — I. *Etiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine.* — Rapporteurs : MM. Cantacuzène (Bucarest), P. Teissier et Coste (Paris), Sacquépée et Liégeois (Paris).

II. *L'hypotension artérielle.* — Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (Paris), A. Dumas (Lyon), G. Giraud (Montpellier).

III. *Le traitement des syndromes anémiques.* — Rapporteurs : MM. E. [illegible] Jeanbrau (Montpellier), Lambin (Louvain), J. Carles (Bordeaux).

L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Des séances spéciales du Congrès seront aussi réservées aux communications étrangères aux questions rapportées.

Le Comité du Congrès de Montpellier fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française ainsi qu'aux médecins et savants de toute nationalité pour adhérer au Congrès et venir y exposer leurs travaux, leurs recherches et leurs observations.

Les titres des communications devront être adressés le plus

COQUELUCHES
AQUINTOL MIALHE

tôt possible au secrétaire général, et, si le bureau du Congrès le juge utile, la communication elle-même devra lui être remise avant l'exposé public.

Programme des fêtes et réceptions. — *Mardi 15 octobre.* — A 21 h. : soirée offerte par le président du Congrès à la Faculté de médecine.

Mercredi 16 octobre. — A 21 h. : soirée théâtrale offerte aux congressistes.

Jeudi 17 octobre. — A 11 h. : inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Grasset; — A 19 h. 30 : banquet par souscription pour les membres du Congrès.

Comité des dames. — Un comité de dames s'occupera de la réception des familles des congressistes pendant la durée du Congrès et organisera la visite de la ville et des promenades dans les environs.

Programme des excursions. — *Vendredi 18 et samedi 19 octobre.* — Des excursions seront organisées pour permettre aux congressistes de visiter la région.

Première excursion (une journée) : Nîmes, le Pont-du-Gard, Aigues-Mortes.

Deuxième excursion (une journée) : Ganges (visite d'une manufacture de bonneterie de soie), les Gorges de la Vis, le Cirque de Navacelles, le Plateau du Larzac.

Troisième excursion (deux journées) : le Massif de l'Aigoual, l'Aven Armand, Florac, les Gorges du Tarn.

Le programme détaillé de ces excursions sera donné ultérieurement.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques et diététiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, etc.

Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès. — I. *Membres du Congrès.* — A. *Membres adhérents.* — Les membres adhérents du Congrès comprennent : 1° de droit les membres de l'Association des médecins de langue française; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins et les savants de toute nationalité et les personnes s'intéressant à l'évolution des sciences médicales.

Tous les membres adhérents prennent part, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications.

Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions.

La cotisation pour les membres adhérents est fixée à 60 fr.

B. *Membres associés du Congrès.* — Les internes ou externes des hôpitaux, les étudiants en médecine, les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès.

Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès, exception faite des publications et des facilités de transport sur les chemins de fer.

La cotisation pour les membres associés est fixée à 30 fr.

II. *Facilités de transport sur les Chemins de fer français.* — Les membres adhérents du Congrès bénéficieront, de la part des Compagnies de chemins de fer français, de l'avantage suivant : ils paieront le tarif plein à l'aller, mais auront la gratuité du voyage de retour de Montpellier à la gare d'où ils seront partis, pour se rendre au Congrès, ou jusqu'à la gare frontière s'ils viennent de l'étranger. La validité de ces billets s'étendra du 12 au 24 octobre. Cet avantage n'est pas accordé aux membres associés.

III. *Facilités de transport sur les bateaux de diverses compagnies.* — Des réductions seront accordées par diverses Compagnies de navigation, et en particulier par la Compagnie générale transatlantique pour ses lignes de la Méditerranée et du Maroc, par la Compagnie française de navigation Cyprien Fabre, la Compagnie de navigation Paquet, les Chargeurs Réunis, les Messageries Maritimes.

Des renseignements plus précis sur les démarches à faire pour obtenir ces facilités de transport seront donnés sur leur demande aux membres adhérents après leur inscription.

IV. *Paiement des cotisations et renseignements.* — Les bulletins d'adhésion, accompagnés du montant de la cotisation membres adhérents, 60 fr., membres associés, 30 fr.), doivent être adressés le plus tôt possible à M. le professeur Carrieu, trésorier, 5 *bis*, rue de la Merci, Montpellier. Chèques postaux Montpellier 100-14.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 15e décade (21-31 mai 1929), 1.336 décès totaux, dont 1.094 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.203 pendant la décade précédente et de 1.180, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 242 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.094 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La rougeole a causé 20 décès, au lieu de 17 pendant la décade précédente (moyenne 27). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 344, au lieu de 237 pendant la décade précédente (moyenne 267).

La scarlatine a causé 2 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 239; il s'élevait à 166 pendant la décade précédente (moyenne 110).

La diphtérie a causé 11 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 99, au lieu de 74 pendant la décade précédente (moyenne 89).

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-PLAGE. — Treize leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques éléments d'orthopédie pratique, du 5 au 17 août 1929, par M. le docteur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck; avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime, et de MM. les docteurs Mozer, Parin, chefs de laboratoire de l'Hôpital maritime.

Ces cours auront lieu l'après-midi, à 2 h., à l'Hôpital maritime.

Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confection de plâtres et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc. La première réunion aura lieu le lundi matin 5 août, à 9 h.

Droits d'inscription : 250 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris seront dispensés de ces droits.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck (Pas-de-Calais).

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
Laboratoires : 3, Quai aux Fleurs. — Paris.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses • Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique • Dysenterie amibienne

"QUINBY"

(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

CRÈME de PROTÉINES

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA
EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrisons débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

CINNOZYL

Méthode d'immunisation artificielle de l'organisme tuberculeux

COMPOSITION : Chaque ampoule de **CINNOZYL** *contient la solution suivante stérilisée :*

Cinnamate de benzyle pur	0 gr. 05
Cholestérine pure	0 gr. 10
Camphre	0 gr. 125
Huile d'olives pure lavée à l'alcool	5 cc.

MODE d'EMPLOI et DOSES. — La méthode doit être appliquée le plus tôt possible dès que l'organisme est menacé par l'imprégnation bacillaire tuberculeuse. Elle exerce son activité dans la bacillose bactériologiquement confirmée. ***Elle ne vise pas les périodes ultimes de l'infection.***

1° **POUR LES FORMES DE DÉBUT** (mise en état de défense du terrain contre l'imprégnation bacillaire) *la dose quotidienne suffisante et active de* **Cinnozyl** est de 5 c.c. (une ampoule).

2° **DANS LES FORMES EN EVOLUTION** (tuberculoses bactériologiquement confirmées) *on doublera rapidement cette dose pour la porter* à 10 c.c., soit *deux ampoules.*

FORMES : Le **CINNOZYL** est délivré en boîtes de 6 ampoules de 5 c.c.

R. C., 78·026, Seine. 1571

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *Pharm. de 1re cl., Fournisseurs des Hôpitaux* 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM · BOLDO · EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

LA LIPO-ARTHRITE SÈCHE BILATÉRALE ET SYMÉTRIQUE DES GENOUX

VARIÉTÉ FRÉQUENTE DU RHUMATISME OVARIEN DE LA MÉNOPAUSE

ÉTUDE SÉMIOLOGIQUE ET INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE

PAR

R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON

Médecin des hôpitaux de Paris.

Ancien int. des hôpit. de Paris, Médecin de l'hôpital thermal Reine-Hortense d'Aix-les-Bains.

Depuis quelques années, tant en France qu'à l'étranger, surtout dans les pays anglo-saxons, l'attention a été attirée sur les accidents de l'appareil locomoteur (articulations, muscles, nerfs, tissu cellaire, etc.) qui accompagnent la ménopause naturelle ou artificielle (castration chirurgicale ou radiothérapique), ou, d'une manière plus générale encore, les troubles de la sécrétion ovarienne : à l'heure actuelle les types anatomo-cliniques individualisés sont déjà suffisamment nombreux pour constituer toute une classe de rhumatismes chroniques.

A ce cadre nouveau nous croyons devoir rapporter une série de faits qui nous a frappé par sa grande fréquence et par la constance de ses caractères; sous le nom de LIPO-ARTHRITE SÈCHE BILATÉRALE ET SYMÉTRIQUE DES GENOUX, nous la décrirons dans cet article, nous réservant d'y revenir plus longuement par la suite. Après avoir esquissé l'évolution générale des idées au sujet des relations qui existent entre la ménopause et les rhumatismes chroniques, nous donnerons une monographie de cette forme particulière, et nous tenterons de démontrer qu'il s'agit, non pas d'un syndrome commun à de multiples facteurs déterminants, mais bien d'une entité morbide vraie, en dépendance étroite de causalité avec la suppression des fonctions ovariennes. Ainsi nos conceptions anatomo-clinique et pathogénique pourront-elles être soumises à l'épreuve indispensable des recherches de critique et de contrôle.

*
* *

MÉNOPAUSE ET RHUMATISMES CHRONIQUES

L'influence défavorable de la *ménopause* sur les *rhumatismes chroniques* est une notion traditionnelle qu'on retrouve encore nettement affirmée dans les Traités classiques de Garrod et de Charcot : elle a été singulièrement rajeunie et élargie par les travaux récents.

A la faveur des études modernes sur les dysendocrinies, dans nombre de cas la sémiologie et la thérapeutique ont mis en évidence entre ces deux termes, non plus simplement un rapport de coïncidence, mais bien un rapport de cause à effet. D'autre part, une synthèse a rapproché les manifestations locomotrices qui sont spéciales à cette période d'involution sexuelle de celles qui suivent l'ovariectomie ou la stérilisation radiothérapique, de celles aussi qui compliquent la dysovarie avec perturbations menstruelles. Enfin, nous avons appris à étendre dans le temps notre conception du retour d'âge, à lui assigner quelques années au lieu de quelques mois de durée.

Suivant les idées aujourd'hui admises, quand nous examinons une rhumatisante arrivée à la ménopause, une discrimination s'impose et une analyse attentive permet de reconnaître une des trois éventualités suivantes :

1° Les rhumatismes chroniques qui ont poursuivi antérieurement une évolution plus ou moins prolongée et subissent alors une aggravation manifeste : il s'agit là d'une constatation d'ordre banal.

2° Ceux qui, dépendant d'infections ou d'intoxications évidentes, ne se développent qu'après disparition des époques : on sait depuis Hippocrate qu'il en est ainsi de la goutte commune chez la femme.

3° Ceux dans lesquels l'examen le plus minutieux ne révèle pas de condition étiologique autre que la perturbation, le déclin ou la suppression des fonctions menstruelles. On les reconnaîtra encore à ce qu'ils sont constamment accompagnés du cortège bien connu de l'hypoovarie (bouffées de chaleur, etc.) et que leurs symptômes sont manifestement améliorés par l'opothérapie spécifique.

A ces derniers seuls conviennent la dénomination de RHUMATISMES DE LA MÉNOPAUSE et une place dans le cadre pathogénique plus vaste du rhumatisme ovarien. Ils ont été l'objet de très nombreux travaux : nous rappellerons ici les noms de Llewellyn et B. Jones, Mouriquand, Leriche, Dalsace, Cecil et Archer, Thomson et Cordon, Gillet, M.-P. Weil, etc., qui les ont étudiés des points de vue biochimique et sémiologique.

HISTORIQUE DE LA LIPO-ARTHRITE SÈCHE

La forme que nous désirons individualiser a déjà été entrevue par plusieurs auteurs, surtout anglais et américains. Avec quelques variantes portant sur la sémiologie ou l'interprétation pathogénique, elle a été esquissée par Llewellyn (1909-1927), Llewellyn et B. Jones (1915), Mabille (1924), Cecil et Archer (1925), Thomson et Gordon (1926), Alison Glover (1926), Paviot (1926), Folliet (1927), Stockman (1928), Tembrell Fisher (1929), sous des dénominations diverses : arthrite sèche, arthrite statique, synovite villeuse suivie d'ostéo-arthrite, arthrite de la ménopause ou *climacteric arthritis* des Anglais, adipose douloureuse des genoux, panniculite ou cellulite de la face interne des genoux, etc. Nous l'avons brièvement décrite dans notre récent ouvrage : *Causes et traitements des rhumatismes chroniques* (1928) et longuement étudiée dans un mémoire de la *Prensa medica argentina* (1929). En nous excusant d'ajouter encore à une synonymie déjà trop riche, nous la désignons sous le terme de LIPO-ARTHRITE SÈCHE BILATÉRALE ET SYMÉTRIQUE DES GENOUX, VARIÉTÉ DU RHUMATISME OVARIEN DE LA MÉNOPAUSE : définition qui a l'avantage d'indiquer l'origine pathogénique, le type des lésions avec leur caractère si personnel d'infiltration graisseuse, leur évolution vers la bilatéralité et la chronicité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Notre description repose presque uniquement sur des constatations d'ordre clinique que nous avons poursuivies pendant dix ans chez les malades avant de rapprocher les observations dans une étude d'ensemble. Nous tirons notre documentation anatomique de l'examen de nos radiographies et de l'ouvrage de Thomson et Gordon à qui nous empruntons la citation suivante :

« Cet état est essentiellement une synovite chronique, et dans les cas qui ont été examinés on voit que la membrane synoviale est épaissie et présente une vascularisation anormale et qu'elle a perdu son aspect lisse et brillant. Les franges synoviales et les villosités sont augmentées de volume et le nombre de ces dernières peut être accru. Des radiographies prises à cette période ne montrent aucune lésion osseuse, mais, si on laisse ces cas sans traitement, les processus inflammatoires, qui sont tout d'abord limités à la membrane synoviale, se propagent graduellement aux éléments cartilagineux et osseux de la jointure, et il se développe une *ostéo-arthrite* bien marquée avec perte du cartilage, éburnation de l'os et proliférations ostéophytiques. »

CAUSES

La lipo-arthrite est une affection extrêmement fréquente : sous un aspect remarquablement stéréotypé nous l'avons rencontrée chez plusieurs centaines de malades. C'est un rhumatisme essentiellement féminin qui survient à la ménopause naturelle ou artificielle : dans le premier cas, les accidents éclatent vers la cinquantaine, au moment de la disparition physiologique du molimen menstruel, soit en coïncidence plus ou moins rigoureuse, soit un peu avant ou plus ordinairement un à deux ans après. Mais ils peuvent se montrer chez des malades moins âgées, après ovariectomie, généralement de deux à dix mois après l'opération. Parfois, enfin, ils surviennent chez des femmes beaucoup plus jeunes présentant une dysovarie manifeste avec troubles des règles, éventualité qui offre un grand intérêt théorique, mais qui sort un peu de notre sujet.

La lipo-arthrite est surtout banale dans les classes moyenne et riche, dans la clientèle de ville beaucoup plus qu'à l'hôpital. Il ne semble pas qu'on la voie davantage chez les religieuses, les lavandières, les frotteuses de parquet qui passent à genoux une partie importante de leurs journées. Elle n'affecte pas non plus de rapport particulier avec la race ou la nation de l'intéressée : nous avons pu nous en convaincre par des années d'observation à Paris et à Aix-les-Bains, villes où fréquentent littéralement les cinq parties du monde. Les grossesses antérieures n'exercent aucune influence; l'affection est aussi répandue chez les vieilles filles que chez les mères de plusieurs enfants.

Du point de vue morphologique elle nous a paru surtout fréquente chez les femmes de petite taille, présentant un début d'embonpoint qui les fait qualifier vulgairement de « boulottes » plutôt que d'obèses vraies. Mais si c'est là le type le plus commun, ce n'est pas le seul. Nous avons vu également la lipo-arthrite aller de pair avec des statures moyennes ou hautes, avec des corpulences plus ou moins accentuées : nous l'avons même rencontrée chez quelques maigres dont elle constituait le seul foyer d'adipose localisée.

Il est très habituel de noter un pied plat *valgus* bilatéral dont les malades n'ont ordinairement pas connaissance, une tendance au *genu valgum* et une laxité toute spéciale du système ligamenteux (articulation des genoux, des chevilles, des coudes, des doigts). Bien souvent nous avons relevé l'existence de varices avec des caractères variables de dimensions et de topographie.

Nous discuterons plus loin l'importance relative de ces diverses conditions étiologiques : disons dès maintenant qu'une seule nous a paru absolument constante, *la ménopause avec un syndrome net de déficit ovarien.*

DESCRIPTION CLINIQUE

La lipo-arthrite a un début lent et graduel, si insidieux que la malade le rapporte tout au plus à une année — à un mois donné quand elle est survenue après castration — sans jamais pouvoir fixer un quantième du calendrier. Parfois cependant elle le fait remonter à un épisode aigu : menu traumatisme, entorse du genou ou de la cheville, brusque dérobement d'une jambe, douleur soudaine après une marche ou une station debout prolongées, exceptionnellement hydarthrose : mais, en réalité, généralement il ne s'agit là que d'un jalon au cours d'une évolution déjà entamée. Si le médecin ne s'en laisse pas imposer par ce commémoratif frappant qui « cristallise » les souvenirs de la patiente, s'il pousse davantage son interrogatoire, il apprendra bientôt qu'elle sentait déjà auparavant ses genoux se rouiller, la marche devenir pénible. En règle l'affection est essentiellement chronique d'emblée : elle est également bilatérale et symétrique et il est même rare que au début elle ait franchement prédominé d'un côté.

Interrogatoire. — On posera d'abord quelques questions pour savoir si la ménopause est faite, si elle s'accompagne ou non de troubles d'hypoovarie, s'il y a eu antérieurement une ovariectomie ou un traitement de fibrome par les rayons X, etc. Puis on cédera la parole à la malade pour écouter attentivement le récit de ses doléances.

Elle vient consulter parce qu'elle éprouve de la *douleur* et de l'*impotence fonctionnelle.*

a. Depuis un temps assez long, qu'elle ne peut exactement préciser, ses genoux sont devenus « sensibles et raides ». La *douleur* n'est jamais aiguë mais elle agace par sa persistance : elle disparaît généralement la nuit et même dans la journée par le repos allongé ou la simple position assise, pour se reproduire dès que la patiente se lève pour marcher. Elle siège dans « toute la boîte du genou » sans localisation bien nette, sans irradiation.

Le pied, et en particulier son bord interne, ne présente ordinairement pas de douleur spontanée.

b. Rapidement apparaît une *impotence fonctionnelle* dont l'intensité relative contraste avec la discrétion des sensations algiques et des signes physiques : elle est la dominante dans les plaintes que nous entendons. Bien que ses manifestations n'obéissent pas à un ordre de succession rigoureux, voici schématisée leur évolution la plus habituelle.

De bonne heure les malades ont de la peine à parcourir un escalier, surtout à la descente, à passer vivement du trottoir à la chaussée dans la rue : c'est surtout à l'occasion de ces mouvements que, sans éprouver de douleur, sans faire de faux pas, elles sentent une de leurs jambes « se dérober, leur manquer » pendant quelques secondes, impression caractéristique qui semble liée à l'existence d'une forte mobilité anormale; elles remarquent également qu'elles tombent facilement. Bientôt il leur devient difficile de s'accroupir à fond, — ce qui leur interdit l'usage des W. C. à la Turque — ou même de s'agenouiller sur un prie-Dieu ou sur tout autre siège bas : elles peuvent bien exécuter la flexion, mais l'extension leur est prodigieusement pénible; et il leur est également désagréable de se lever d'un de ces profonds fauteuils anglais dont le confortable permet de savourer le délicieux bien-être qui suit un bon repas; elles ne se dressent qu'après avoir pris un solide appui des mains sur les deux accoudoirs. Assez vite, pourvu qu'elles soient un tant soit peu prolongées, la marche, surtout en terrain varié, la simple station debout les fatiguent d'une manière anormale : elles sont l'objet d'une répugnance marquée.

Jamais cependant ces troubles divers ne sont suffisamment marqués pour entraver sérieusement le train-train de la vie courante, pour constituer une invalidité véritable : nous les avons un peu grossis pour les mieux analyser car les malades ne les dramatisent pas. Il n'en reste pas moins qu'il leur est souverainement désagréable de « sentir leurs genoux » à leur occasion; aussi ont-elles une tendance invincible à abuser des ascenseurs et des automobiles qui épargnent bien des efforts à leur paresse.

I. Examen local. — Passons maintenant à l'examen physique et portons d'abord notre attention sur ces « mauvaises jambes » : nous étudierons successivement les membres inférieurs dans leur ensemble, les genoux et les pieds.

a. *Etat des membres inférieurs.* — Prions la malade de marcher : il n'existe pas de boiterie, pas de salutation ni de plongée du buste, peut-être le pas est-il plus court que d'ordinaire. Puis faisons quitter souliers et bas; accordons un coup d'œil aux chaussures qui, très habituellement, sont usées davantage sur le bord interne de la semelle et du talon.

Dans la position du garde à vous, nous sommes frappés par l'accentuation du *genu valgum* qui dépasse le degré physiologique, par la saillie arrondie des genoux, qui proémine davantage quand cuisse et jambe ont gardé leurs dimensions normales (forme en fuseau), qui reste au contraire plus discrète quant elles sont infiltrées de graisse (forme en poteau). Sous la peau courent des varices qui n'appartiennent pas à un type défini : tantôt gros troncs avec ou sans renflements ampullaires, tantôt élégantes arborisations de veinules bleuâtres, violacées ou rosées, ailleurs mélange de ces deux aspects, etc. Mentionnons encore la présence fréquente de cyanose légère du tiers inférieur de la jambe, accompagnée de dépilation et d'un peu d'œdème dur qui remonte jusqu'à mi-jambe.

Les pieds apparaissent un peu élargis, avec de grosses poches malléolaires; en arrière les tendons d'Achille sont fortement concaves en dehors (Clewellyn et B. Jones).

b. *Etat des genoux.* — Regardons-les de près. La jambe étant étendue sur la cuisse, la face antérieure de l'articulation dessine une bosse anormale. La rotule et le tendon rotulien apparaissent directement sous la peau, mais ils sont sertis par un bourrelet, large et volumineux, qui s'étale pour coiffer le bord supérieur de l'os d'une masse arrondie, se rétrécit pour encadrer ses bords latéraux sous un moindre relief et vient dessiner deux protubérances de chaque côté du tendon, au niveau des terminaisons jumelles du paquet adipeux antérieur du genou : on dirait une feuille de trèfle (1) avec sa foliole supérieure déprimée vers son pétiole et ses deux folioles inféro-latérales. Dans la flexion, ces dernières s'accusent davantage tandis que la foliole supérieure s'efface un peu en rentrant dans l'hiatus condylo-rotulien.

A la face interne, région de la patte d'oie, existe aussi une saillie étalée, moins frappante. En arrière les contours du losange poplité paraissent un peu empâtés, le méplat central est plus ou moins comblé par une masse verticalement allongée suivant sa grande diagonale.

Il appartient à la palpation de nous apprendre le siège, la consistance et la nature des tuméfactions qui concourent à l'édification de ces gros genoux. Elles sont très superficielles, immédiatement à la face profonde du tégument. Si au niveau de la face antérieure de la rotule et du tendon rotulien, le pannicule sous-cutané a conservé sa minceur habituelle, tout autour de ces organes il s'est énormément développé pour produire ces déformations. Elles ne donnent la sensation ni de fongosités, ni de gommes, ni d'épanchement. Elles ne sont pas pulsatiles, elles ne forment pas de godet d'œdème : à leur mollesse fluide, à leur dépressibilité élastique, à leur texture grossièrement lobulée, on reconnaît qu'elles sont constituées par du tissu adipeux : ce qui justifie notre dénomination de lipo-arthrite. Ajoutons que nous faisons mêmes constatations à la région de la patte d'oie et dans le creux poplité dans lequel la graisse est disposée plutôt en nappe d'infiltration diffuse qu'en massse agminée. Nous avons déjà signalé les cas dans lesquels cette adipose localisée se continue par transition insensible sur la jambe et la cuisse (membre inférieur en poteau).

Explorons en détail du bout des doigts la circonférence de la rotule : une analyse un peu fine révèle

(1) Cet aspect est bien figuré dans le récent livre de Timbrell Fisher, planche 154, p. 140.

souvent des franges synoviales hypertrophiées et moniliformes, étalées horizontalement entre elle et la trochlée condylienne, situées surtout au niveau des deux quadrants supérieurs : en mobilisant latéralement la rotule on les sent s'engager sous sa face inférieure. Assez fréquemment, on trouve aussi un cordon du volume et de la forme d'un porte-mine, allongé verticalement le long du bord externe du cul-de-sac sous-quadricipital.

Par les manœuvres classiques cherchons le choc rotulien : il existe mais il affecte un caractère spécial que nous traduirons en disant qu'il est *rénitent*. Expliquons-nous. Ce n'est pas le sec déclic suivi du vif rebondissement élastique qui accompagne l'hydarthrose banale, c'est une sensation amortie, étalée dans le temps à l'aller et au retour, comme si le « percuteur » venait frapper non un butoir rigide mais un coussinet mollasse qui se laisserait progressivement déprimer pour reprendre ensuite avec une certaine lenteur sa forme première. Pour employer une comparaison, nous dirons qu'il y a une différence analogue à celle qui sépare la rénitence de la fluctuation. Ajoutons que la perception est purement tactile, qu'il n'y a aucune note auditive comme dans le choc habituel.

Existe-t-il des points douloureux? Ils sont exceptionnels au niveau des franges synoviales péri-rotuliennes, mais nous en trouvons presque constamment un en appuyant le doigt sur la base de la patte d'oie; la pression de cette zone arrache une grimace à la malade; bien que nous n'ayons pas fait de repérage radiographique, il semble qu'elle siège nettement au-dessous de l'interligne, qu'elle réponde à la région des insertions musculaires et des bourses séreuses et non au ménisque interne, comme le disent Thomson et Gordon. A la partie inférieure de la cuisse, il existe également une sensibilité franche mais moins vive le long des tendons du demi-membraneux et du demi-tendineux.

Si nous procédons aux manœuvres de mobilisation nous constatons qu'elles provoquent des craquements plus ou moins gros, plus ou moins bruyants, perceptibles à l'oreille et à la main posée à plat sur la rotule. Les mouvements normaux de flexion et d'extension sont conservés; ils s'exécutent dans toute leur ampleur sans rencontrer d'obstacle nulle part; parfois cependant, il y a une telle accumulation de graisse dans le dièdre poplité qu'elle empêche de plier à fond, d'amener le talon au contact de la fesse. Plaçons maintenant le genou en position d'extension : nous obtenons très nettement de la litéralité anormale; de plus, nous remarquons que bien souvent nous pouvons mettre la jambe en hyperextension forcée (1) sur la cuisse, dessiner un angle obtus ouvert en avant. Il y a donc une laxité ligamentaire que nous noterons encore en d'autres articulations.

(1) Comme l'avait déjà écrit Duchenne de Boulogne, comme l'avait figuré Paul Richer, comme y a insisté André Thévenard, chez le sujet sain en station verticale au garde à vous, le fémur et le tibia dessinent un angle très obtus ouvert en avant : mais cette angulation physiologique est surtout *exagérable* en cas de lipo-arthrite.

c. *Etat des pieds.* — Les chevilles sont empâtées coiffées de poches arrondies et molles; au-dessous de la malléole externe, les tendons péroniers latéraux croisent en sautoir la face latérale de calcium en soulevant la peau en un relief bien visible; le pied est étalé : l'empreinte qu'il laisse sur le dallage quand les malades sortent de leur baignoire est plus large que normalement. Nous observons d'ailleurs suivant les cas tous les degrés d'aplatissement : tantôt toute la semelle plantaire prend contact avec le plancher, éventualité dans laquelle la tibio-tarsienne est plus ou moins enraidie; tantôt, la voûte interne est simplement affaissée et nous pouvons encore glisser sous elle l'extrémité des phalangettes; tantôt enfin, la cambrure ne diminue que lorsque la malade prend un fort appui sur le sol. Quelle que soit la variété, on trouve un point douloureux constant au niveau de la partie interne de l'interligne médio-tarsienne. Répétons que la douleur spontanée, non provoquée, fait fréquemment défaut. Les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne semblent relâchées car l'étendue de leurs mouvements passifs dépasse l'excursion normale, sauf le cas d'enraidissement dans les formes très accusées.

d. *Constatations négatives.* — Notre description serait incomplète si elle n'en faisait pas état. Nous ne relevons :

1° Aucun signe d'inflammation aiguë ou subaiguë. Les téguments ont gardé leur coloration et leur température habituelles. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

2° Aucun trouble tensionnel ou oscillométrique des artères.

3° Aucune altération neurologique. Les réflexes tendineux et cutanés, la sensibilité objective sont normaux. Il existe tardivement une amyotrophie modérée prédominant sur le quadriceps : souvent elle est masquée par de l'adipose sous-cutanée.

II. Examen général. — La lipo-arthrite est une infirmité légère qui ne fait pas de vrais malades, car elle n'a pour ainsi dire aucun retentissement sur les autres organes de l'économie : une investigation soigneuse permet seulement de relever.

1. Une *laxité ligamentaire* facile à constater aux coudes et aux métacarpo-phalangiennes qu'on met aisément en hyperextension forcée à angle obtus dans des positions analogues à celles que peuvent prendre activement l'huméro-radiale des danseuses javanaises ou passivement les mains souples des enfants. Souvent la face dorsale des doigts et de la main nous a paru particulièrement succulente, potelée.

Llewillyn signale encore une diminution du tonus musculaire qui se traduit par de la lordose, des épaules tombantes, un ventre en besace.

2° D'autres *manifestations rhumatismales*, généralement des plus discrètes en nombre et en profondeur : seules semblent touchées avec une certaine fréquence les petites jointures des mains : phalangino-phalangettiennes (Cecil et Archer, Weissenbach et Françon), phalango- phalanginiennes, méta-

carpo-phalangiennes (Thomson et Gordon, Piatot), radio-carpiennes (Thomson et Gordon).

3. Un syndrome plus ou moins complet d'*insuffisance ovarienne* : bouffées de chaleur, crises de sueur ou d'érythrose faciale, sensations brusques de froid, tachycardie, vertiges, céphalée, insomnie, troubles du caractère, tendance à l'obésité, sécheresse de la peau, mélanodermie, etc. L'hypertension artérielle se montre exceptionnelle. Assez souvent, les malades elles-mêmes attirent l'attention sur les ecchymoses sous-cutanées qui surviennent à l'occasion des traumatismes les plus légers, caractère déjà signalé par M. P. Weil dans le rhumatisme de la ménaupose.

La dysendocrinie est parfois pluriglandulaire, la thyroïde étant alors la glande le plus fréquemment touchée.

A ces quelques nuances près, on est donc autorisé à dire que la santé générale reste indemne au moins pendant bien des années. L'anémie fait défaut. Le métabolisme basal serait souvent abaissé (Alison Glower).

III. RADIOGRAPHIE DU GENOU. — Pendant longtemps on ne constate pas de lésion appréciable : les contours osseux sont intacts, l'espace articulaire conservé. Rappelons que M. P. Weil mentionne la décalcification comme un caractère général des rhumatismes de la ménopause.

Tardivement apparaissent des bavures, des becs ostéophytiques qui partent des angles des plateaux tibiaux, surtout de l'interne, et à un moindre degré des condyles fémoraux (Cecil et Archer). A cet égard, un des genoux, peut précéder l'autre, avant que les lésions ne soient devenues bilatérales (Llewellyn). *(A suivre.)*

XLIIe CONGRÈS

DE LA

SOCIETÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Paris, mai 1929 (1).

Sur le traitement vaccinothérapique de la conjonctivite gonococcique. — M. RENARD (Paris) rapporte 23 nouvelles observations de conjonctivite gonococcique du nouveau-né, dont 6 avec complications cornéennes, où la guérison sans séquelles fut obtenue par un vaccin polyvalent lysé par le B. pyocyanique.

Les complications oculaires de la dengue. — M. BARGY (Perpignan). Elles sont rares : herpès de la cornée, parésie de la troisième paire, névrite rétrobulbaire; elles apparaissent à la fin de la période d'état et guérissent spontanément.

Rapport annuel : Etiologie et traitement des blépharites. — M. AUBARET (Marseille).

Cécité temporaire par angioplasme rétinien d'origine paludique. — M. SEDAN (Marseille). Après hésitation entre l'origine quinique ou paludique de l'angiopasme, une cure quinique énergique ramène après trois jours de cécité la vue à la normale. Observation exceptionnelle par de nombreux points : étiologie paludique et non quinique, efficacité du nitrite d'amyle, durée de trois jours de la cécité d'origine angiopastique.

Sur le traitement de l'héméralopie et de la kératomalacie par l'ingestion du foie. — M. TRANTAS (Athènes). Parmi une centaine de cas guéris en quelques jours par cette méthode l'auteur cite trois cas très graves de kératomalacie dont un postrougéolique guérit très rapidement. En dehors des complications oculaires qui relèvent de l'anémie, où ce traitement a fait ses preuves, l'auteur insiste pour qu'on applique l'opothérapie hépatique dans la kératomalacie du nourrisson, la rétinite pigmentaire et les hémorragies des adultes.

Tension veineuse rétinienne, stase papillaire et circulation cérébrale.. — MM. DUPAR et LAMACHE (Paris). L'étude de la tension veineuse rétinienne, pratiquée d'après la méthode de Bailliart, permet de juger des rapports de la tension veineuse avec la tension du liquide céphalo-rachidien; elle permet d'éclairer la pathogénie de certaines céphalées rebelles et d'orienter leur traitement.

Maladie de Mickulicz. — MM. M. LETULLE et DUCLOS (Paris). Observation d'une femme de cinquante ans, atteinte de maladie de Mickulicz classique avec hypertrophie indolore de la glande lacrymale gauche des deux parotides, de l'induration de la glande sous-maxillaire gauche sur un état général satisfaisant sans réaction fébrile. L'examen microscopique des tissus lacrymal et parotidien a montré du tissu réticulé et du tissu épithélioïde, sans bacilles, avec des reliquats très réduits d'acini et de tubes sécréteurs.

M. M. Letulle, rapprochant ce cas d'une observation de M. Quénu et de 3 cas vus et aussi présentés à la Société du cancer sous le nom de kystes amygdoloïdes parotidiens d'origine dysembryoplastique, propose une nouvelle pathogénie de la maladie du Mickulicz. La base en serait la constitution de malformations glandulaires congénitales, envahies par la tuberculose.

Deux cas de dysostose cranio-faciale de Crouzon. — M. P. PESLE (Bordeaux).

Les origines réelles de la troisième paire chez le chat. — M. BEAUVIEUX (Bordeaux) souligne l'incertitude qui règne sur la localisation exacte des centres nucléaires du parasympatique oculaire, c'est-à-dire des filets qui se rendent au muscle ciliaire et au sphincter pupillaire. La clinique et la physiologie veulent que l'origine se trouve soit dans les centres ganglionnaires de la troisième paire, soit au voisinage de ces centres. L'auteur a choisi le chat pour ses recherches; chez cet animal, les mouvements pupillaires et accommodatifs prédominent sur les mouvements extrinsèques.

Chez le chat, les noyaux d'origine sont formés par une masse principale en forme de fer à cheval (deux noyaux latéraux mis en avant par une masse ganglionnaire) de grosses cellules qui donnent naissance à des fibres en grande majorité directes, en partie croisées. Dans la concavité de cet amas cellulaire : un petit noyau, à cellules pâles, impair et médian. L'auteur précise les rapports de ses noyaux avec les tubercules quadrijumeaux antérieurs, la bandelette longitudinale postérieure, le noyau rouge et le faisceau rubro-médullaire.

Cette disposition rappelle la description des centres de la troisième paire, chez l'homme, faite par Betcherew.

Aucune particularité n'a permis à l'auteur d'identifier, d'une manière spéciale, les noyaux d'origine du parasympathique oculaire.

La ponction hypophysaire au point de vue diagnostic. — M. BOURGUET (Paris). Quand l'auteur hésite entre une tumeur hypophysaire et une tumeur extrasellaire, il pratique une ponction et une aspiration de la glande hypophysaire par voie endonasale. En attendant le résultat de l'examen histologique

(1) *Association de la Presse médicale française.*

du cylindre prélevée, on fait ainsi une décompression sellaire.

Si c'est une tumeur hypophysaire, on fait un évidement de la loge par voie endonasale, sinon on pénétrera dans la région sus-sellaire par trépanation cranienne.

Aspect clinique des rapports de la tension oculaire et de la pression artérielle. — M. Bailliart (Paris). Il est impossible dans le glaucome constitué de négliger l'état de la pression artérielle. Un hypertendu résiste beaucoup mieux qu'un sujet à tension artérielle normale à une élévation de la tension oculaire. Il y a là un élément important de pronostic. On peut poser en principe que le danger est imminent toutes les fois que la tension oculaire est supérieure à la moitié de la pression diagnostique humérale.

Sur la localisation anatomique du sens des obstacles chez l'aveugle. — M. M. Benoist (Paris). Le sens des obstacles est cette perception spéciale qui permet à l'aveugle, soit de percevoir en marchant la présence d'objets situés en face ou à côté de lui, soit de percevoir, lorsque lui-même est immobile, l'approche d'un objet se déplaçant lentement et sans bruit, la sensation persistant lorsque sujet et objet restent immobiles.

La perception n'a lieu qu'à hauteur de la tête et seulement dans les régions antérieure et latérales de celle-ci.

Pour l'auteur, ce phénomène n'est dû ni à des sensations tactiles, ni à des sensations auditives. Il s'agirait d'une perception localisée aux territoires cutanéo-muqueux, innervés par les nerfs craniens sensitifs. La perception aurait lieu par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses libres de l'épiderme.

De certains glaucomes soi-disant primitifs. — MM. le professeur F. Terrien et Veil. Les auteurs rapportent 7 observations de malades chez qui l'unique symptôme est la diminution de l'acuité visuelle. La tension est élevée, l'œil blanc, l'iris normal. L'examen à la loupe et à l'éclairage oblique ne montre aucun précipité à la face postérieure de la cornée, l'examen bio-microscopique avec l'éclairage de Gullstrand révèle des précipités discrets mais nets de Descemétite, siégeant à la partie centrale de la face postérieure de la cornée; ils permettent de porter le diagnostic de cyclite chez ces sujets qui se présentent absolument comme des glaumateux primitifs. L'affection est le plus souvent unilatérale, et procède par poussées de durée plus ou moins longue, avec rémission complète pendant des mois. Les auteurs discutent la thérapeutique de ces soi-disant glaucomes primitifs que nous pourrons observer plus fréquemment en employant systématiquement la lampe à fente.

AUTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 juin 1929)

L'élimination chlorurique dans les maladies aiguës et ses rapports avec l'équilibre acido-basique. — MM. Ch. Achard et M. Enachesco.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 juin 1929)

Un cas typique de dysostose cranio-faciale. — MM. Monthus et Chennevière présentent un cas typique de dysostose cranio-faciale. Les malformations osseuses sont au complet, les signes oculaires des plus marqués; la notion familiale et héréditaire fait défaut. A cette occasion est présentée une pathogénie tendant à classer cette dystrophie comme une forme clinique d'un groupe de dysplasies systématisées aux os des membranes et qui comprendrait encore : la dysostose cléido-cranienne de Pierre Marie et Sainton, le crâne en tour, la scaphocéphalie, l'acrocéphalie, la trigonocéphalie et la microcéphalie.

Septicémie à diplococcus crassus avec méningite suppurée et fièvre pseudo-palustre chez un enfant de sept ans. — MM. Raillet, Téchoueyres, Ginsbourg et Mlle Pillement (de Reims). Il s'agit d'une méningite suppurée à évolution fébrile prolongée pendant deux mois et terminée par la guérison. Présence de diplococcus crassus dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. C'est un diplocoque en grain de café prenant le crâne. Ces méningites s'observent parfois à titre sporadique au cours d'épidémies à méningocoques légitimes.

L'administration de l'insuline en solution huileuse. — M. O. Lenton (de Londres), pensant qu'il y aurait intérêt à administrer aux malades diabétiques l'insuline d'une façon lente et continue. On peut arriver à ce résultat en émulsionnant l'insuline dans un excipient huileux. C'est l'huile de ricin, capable de garder en suspension 100 unités d'insuline par centicube, qui paraît le mieux apppopriée à cet usage.

Bradycardie paroxystique survenue à la suite d'une hématomyélie traumatique. — M. de Gennes. Les observations de bradycardie paroxystique d'origine pneumogastrique sont assez rares. Celle-ci tient son intérêt à son étiologie, l'extrême longueur des cures bradycardiques, et enfin l'action en apparence paradoxale de la digitaline sur les accidents.

Les épreuves classiques plaident toutes en faveur de l'origine sinusale des accidents.

Phénomène de Marcus héréditaire. — MM. André Léri et Jean Weill. Le phénomène consiste en une synergie entre les mouvements de la mâchoire et l'élévation de la paupière supérieure. Le malade présenté élève la paupière gauche quand il ouvre la bouche et quand il dévie la mâchoire vers la droite. Il présente, en outre, un ptosis gauche et de l'asymétrie faciale avec une hémiface gauche plus petite que la droite. Sa fille a la même asymétrie faciale sans ptosis ni synergie maxillo-palpébrale. Sa mère a un ptosis bilatéral avec élévation de la paupière droite dans la diduction vers la gauche et réciproquement, le relèvement de chacune des paupières exagérant, en outre, la blépharoptose de l'autre côté.

A propos des anémies biermériennes hépato-résistantes. — MM. Léon Blum et C. van Caulaert relatent les observations de cas d'anémie biermérienne qui n'ont pas été améliorés par l'emploi de certains extraits hépatiques, alors qu'elles ont réagi favorablement à l'action du foie de veau ou d'extraits d'autre provenance. Nombre d'extraits hépatiques préconisés comme succédanés du foie de veau sont dépourvus de toute activité. La nécessité d'un contrôle rigoureux de l'activité de ces extraits s'impose.

Cinq cas de suppuration pulmonaire à guérison apparente rapide au cours de l'épidémie de grippe. — MM. F. Bezançon, Chevalley et Oumansky. Une des caractéristiques de l'épidémie dite de grippe de cet hiver a été la fréquence des suppurations pulmonaires à pyogènes. Les auteurs ont pu en observer cinq cas suivis de guérison momentanée dans le service de la Clinique de l'hôpital Saint-Antoine.

Quatre de ces suppurations étaient dues au pneumocoque, une au streptocoque.

Les auteurs signalent la difficulté du diagnostic avec la pleurésie purulente interlobaire et surtout avec la pleurésie purulente enkystée de la grande cavité.

Les auteurs insistent sur la curabilité de ces formes, même en l'absence de thérapeutique spécifique, et surtout sur le nettoyage radiologique qui se produit en quelques mois.

Discussion. — MM. BRULÉ, LEMIERRE et RIST.

Deux cas d'agranulacytose chez des syphilitiques traités par le novarsénobenzol et le bismuth. — MM. MOUQUIN et FLEURY, à propos de la communication de M. Aubertin sur deux cas mortels d'agranulacytose chez des syphilitiques en cours de traitement, présentent deux observations d'agranulacytose terminées par la guérison, apparues au cours d'un traitement par le 954 chez l'un, par le bismuth chez l'autre. Il y eut une leucopénie importante chez le premier, insignifiante chez le second. Aucun des deux n'eut d'angine nécrotique, ni d'hémorragies.

Deux points hématologiques importants furent observés : l'augmentation du chiffre absolu des mononucléaires et une éosinophilie de 10 p. 100. Celle-ci, jusqu'à présent signalée une seule fois dans un cas curable, paraît devoir être interprétée comme un élément de pronostic favorable.

Un cas d'aleucie hémorragique. — MM. CHEVALIER et FLANDRIN.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Le Tribunal commence par dire dans son jugement que le chirurgien ne conteste pas que l'opération pratiquée ait été entreprise non pour soulager une souffrance, ni pour remédier à un état pathologique défectueux, ni même pour corriger une monstruosité physique ou une difformité véritable, mais uniquement dans le dessein de réaliser l'amincissement des jambes de la dame X..., c'est-à-dire de corriger une imperfection physique, d'ailleurs relative. Et il ajoute :

« Attendu, d'autre part, que le caractère de gravité des risques encourus est établi sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'appréciation d'experts ; qu'il ne paraît pas sérieusement contesté par Z... ; qu'on le trouve d'ailleurs formulé dans un document produit simultanément par les époux X... et par Z... et où il est énoncé, sous la signature de la doctoresse Noël, ancien interne des hôpitaux de Paris : « La réduction des grosses jambes est une opération *très délicate* et qui exige un repos d'un mois environ pour *limiter les risques* que comporte une intervention *aussi sérieuse.* »

« Attendu, dès lors — quelles que soient la conscience et la haute valeur professionnelle de Z... et le désintéressement dont il a fait preuve en ne réclamant pas d'honoraires — que le fait même d'avoir entrepris une opération comportant des risques d'une réelle gravité, sur un membre sain, dans le seul but d'en corriger la ligne et sans que cette intervention soit imposée par une nécesité thérapeutique ni même qu'elle puisse présenter une utilité quelconque pour la santé de l'opérée, constitue à lui seul une faute de nature à entraîner la responsabilité du chirurgien ; que cette faute se déduit de la seule application des principes du droit commun, abstraction faite de toute considération médicale et sans qu'il soit besoin pour l'établir de recourir aux lumières des hommes de l'art.

« Qu'il importe peu, ce principe de responsabilité étant établi, de rechercher si une faute professionnelle a été ou non commise par Z..., tant au cours de l'opération que dans les soins qui l'ont suivie ; qu'en effet la circonstance qu'aucune faute de ce genre n'aurait été commise ne ferait que souligner le caractère dangereux de l'intervention chirurgicale en elle-même puisqu'il serait ainsi démontré que l'opération a abouti à l'amputation de la jambe après avoir mis l'opérée en danger de mort, malgré toutes les précautions et toutes les règles de l'art observées. »

Ainsi donc, le Tribunal considère que le chirurgien a commis une faute par ce seul fait qu'il a entrepris une opération comportant des risques d'une réelle gravité, dans le seul but de corriger la ligne d'un membre sain.

Le chirurgien, cependant, a invoqué divers moyens de défense que le Tribunal a repoussés dans les termes qui vont suivre.

Tout d'abord, il opposait que si l'opération n'avait pas été imposée par une nécessité physique, elle l'a été par une nécessité morale ; l'opérée, disait-il, dont la surexcitation était extrême, lui avait dit qu'elle se donnerait la mort s'il refusait de l'opérer.

Le Tribunal de dire à cet égard :

« Mais attendu que si cette circonstance, d'ailleurs déniée par la demanderesse, était établie, il en résulterait que celle-ci était dans un état d'exaltation telle que son libre arbitre était obnubilé, par suite que son consentement à subir l'opération n'a été ni libre, ni conscient ; qu'on comprend moins encore que, dans ces conditions susceptibles de justifier les soins d'un médecin psychiatre plutôt que ceux du chirurgien, Z..., au lieu d'ajourner l'opération pour donner à sa cliente le temps de se ressaisir, ait décidé d'y procéder immédiatement, alors qu'aucune urgence ne légitimait cette précipitation.

« Attendu que la précaution prise de consulter tout d'abord un médecin et de ne s'adresser à un chirurgien qu'après s'être enquis d'une personnalité réputée par sa haute compétence, ses titres d'honorabilité et son habileté professionnelle, indique sa préoccupation de s'éclairer et de ne se livrer au scalpel qu'en toute confiance ; qu'il est infiniment vraisemblable qu'elle eût reculé s'il lui avait été donné d'entrevoir les conséquences terribles de l'intervention sollicitée, ou même si Z... lui avait simplement exposé le risque qu'elle pouvait courir ;.........................

En second lieu, le chirurgien disait qu'il n'avait pu réussir à suturer la plaie par suite de la rigidité et du manque d'élasticité de la peau de la dame ...., cette défectuosité constituant une anomalie que rien ne pouvait faire prévoir.

« Mais, dit le jugement, attendu que cette circonstance, si elle était établie, ne serait pas de nature à atténuer sa responsabilité ; qu'en effet, s'il devait, pour ces points de suture, demander au derme de l'opérée une solidité et une élasticité que tous les tissus ne sont pas susceptibles de fournir, il a commis une imprudence en ne s'assurant pas à l'avance que la peau de la demanderesse remplissait les conditions voulues ; qu'au surplus cette circonstance ne paraît pas de nature à avoir pris Z... au dépourvu ; qu'en effet la qualité médiocre de la peau est indiquée par le document ci-dessus précité, produit par Z... lui-même comme étant fréquente chez les sujets atteints d'envahissements graisseux, à cause de l'origine généralement endocrinienne de cette infirmité ; qu'il aurait en tous cas commis une faute en laissant dépendre la réussite de l'opération de la qualité d'un tissu cutané qu'il n'avait rien fait pour contrôler. »

Telles sont les conditions dans lesquelles le Tribunal de la Seine a reconnu la responsabilité du chirurgien, fondée sur une faute de droit commun.

Une première remarque s'impose. Il ne paraît pas douteux que le Tribunal a pris parti, dans le second moyen de défense opposé par le chirurgien, dans une question d'ordre purement scientifique. Il s'est aventuré dans un domaine qui n'est pas de sa compétence : il ne suffit pas de s'appuyer sur un passage d'un ouvrage doctrinal pour dire que le chirurgien ou le médecin a commis une faute. L'examen de la personne s'impose ; il se peut parfaitement que la rigidité et le manque d'élasticité de la peau ne puissent apparaître que l'opération une fois commencée ; il se peut aussi que la qualité médiocre

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 46, p. 854.

de la peau existant chez les sujets atteints d'envahissements graisseux n'ait pas été la cause de la non-réussite de l'opération, dans le cas soumis au chirurgien. Cas d'espèce qui doit être examiné sous toutes ses faces, objectivement, et non résolu à l'aide de quelques lignes d'un ouvrage de médecine.

Une deuxième remarque doit être faite : la responsabilité du médecin ou du chirurgien ne doit pas être déduite uniquement du résultat constaté. Assurément rien n'est plus pénible et douloureux que de voir une opération qui ne réussit pas. Mais exiger du chirurgien le succès d'une opération, comme demander au médecin la guérison d'une maladie, c'est demander des résultats impossibles en raison même de l'état de la science médicale. Celle-ci est en pleine évolution et le sera encore longtemps; ce n'est pas une science précise comme les sciences mathématiques. Elle ne permet de poser des principes qu'à la suite de l'examen fait sur de nombreux sujets; tout malade, toute personne sujette à une opération, est un cas spécial pour le médecin et le chirurgien. Il y a des cas simples, il y a des cas compliqués; il y a une part d'inconnu incontestable. Or, ce qu'on peut demander au chirurgien, c'est l'exercice normal et consciencieux de sa profession; il y ajoute la plupart du temps le dévouement. Des circonstances imprévues, au cours de l'opération ou l'opération finie, peuvent se présenter, résultant de réactions imprévisibles tenant à la nature de l'individu. Le chirurgien peut-il en être responsable? Faire une opération dans le corps de l'individu ne peut être comparé aux soins à donner pour un bobo.

La question était donc de savoir si Mme ... pouvait subir l'opération qu'elle était venue solliciter, question médicale.

Ceci nous amène à la troisième et dernière remarque que nous suggère la décision qui fait l'objet de cet article.

Le Tribunal impute à faute au chirurgien d'avoir pratiqué une opération qui ne s'imposait pas, et ce sur un membre sain, pour arriver à rectifier la ligne de la jambe d'une dame. C'est le procès de la chirurgie esthétique.

Il faut cependant commencer par reconnaître que le principal responsable, en ce cas, est celui qui vient solliciter une opération, alors qu'il ne s'agit pas de soins à donner pour une maladie quelconque. Dans quel but vient-il demander cette opération? Il la réclame, pour défaire ce que la nature a fait, pour donner à un membre une grâce, une ligne qu'il n'a pas; et dans l'espèce, une dame ne voulait pas avoir des jambes disgracieuses, parce que la mode l'obligeait à les montrer dans un bas de soie rose ou couleur paille. Cette dame considère que la vie lui serait plus agréable, plus productive étant commerçante dans la couture, si sa jambe était mieux faite. A qui peut-on faire croire qu'en demandant une opération, elle ne sait pas que des risques sont à courir, et risques d'autant plus inutiles que sa santé est parfaite. Bénévolement, elle se fait opérer; même en s'entourant de tous renseignements, elle sait qu'elle a quelque chose de grave à craindre, puisqu'elle se livre au scalpel, comme le dit le Tribunal.

Les opérations tendant à faire disparaître un bec-de-lièvre sont fréquentes. Le chirurgien peut-il être responsable, si l'opéré n'est pas satisfait de son visage, alors qu'on ne peut rien reprocher au chirurgien qui a fait consciencieusement son devoir?

Le Tribunal paraît procéder surtout par affirmation; il paraît faire état de fautes qui n'en sont pas, si l'on tient compte de ce fait que l'opérée est venue solliciter l'opération, alors qu'elle était tout à fait inutile, la personne ne souffrant aucunement.





LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL

Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL

Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE

PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES

URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**

l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur, **résumant tous les principes** *sédatifs et névrosthéniques* de la

VALÉRIANE officinale.

R. C., 88.031, Seine.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude** -:- **PARIS**

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE

GOUTTES

Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE

X gouttes

avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE

GUILLAUMIN

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VANADARSINE

injectable

EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

Il y a lieu de signaler un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 22 janvier 1913 (*Rec. Gaz. trib.*, 1913, 1er sem., 1.72) et sur pourvoi arrêt de de la Cour de cassation du 29 novembre 1920, s. 1921, 1.119), d'où il résulte que lorsqu'il s'agit d'un traitement, tel que le traitement radiothérapique qui peut avoir des conséquences graves, le médecin ne doit l'employer que si la santé du malade l'exige et qu'il doit refuser son concours s'il se trouve en présence, non d'un mal à guérir, mais d'une imperfection physique à faire disparaître ou dissimuler; il est responsable des conséquences du traitement, s'il n'a pas prévenu le client des dangers pouvant en résulter.

Il semble que le Tribunal de la Seine, dans le jugement rapporté, a fait une application de ces décisions en les généralisant. C'est singulièrement dangereux!

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 24 juin. — Jury : MM. M. Labbé, président; Loeper, Strohl et Sézary. — Mme DESOILLE-MERLHES. Modifications de quelques éléments minéraux du lait sous l'influence de la chaleur. — M. DURON. Des facteurs extrarénaux de la diurèse par les sels de mercure. — M. FISCHBACHER. Insuline et perméabilité rénale. — M. PUYAUBERT. Effets de l'ionisation sur quelques dermatoses.

Jury : MM. Ombrédanne, président; Mauclaire, Cadenat et Lévy-Valensi. — M. JACOBÉ. Un internement sous le Grand Roi : Loménie de Brienne à Saint-Lazare. — M. HINARD. Essais de thérapeutique par des vaccins microbiens formolés en bouillon peptoné. — M. ANGLADE. Etude des hémostatiques à base de pectine et de ferments végétaux. — M. GÉLY. Traitement des sinusites maxillaires par la vaccinothérapie locale.

Mardi 25 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Duval, J.-L. Faure et Gatellier. — M. LEGROS. Curage digital précoce dans l'infection puerpérale. — M. ORTIZ. Duodénum mobile. — M. CHAPARANOWSKY. Les péri-iléites adhésives chroniques. — M. HO-DAC-DI. Du procédé de Witzel dans la gastrostomie. — M. BÉCLÈRE. La perméabilité et les obturations tubaires.

Jury : MM. Cunéo, président; Lecène, Terrien et Velter. — M. MORUZI. Synthèse et prothèse osseuses. — M. FRANTZ. Ostéosynthèse métallique dans les fractures diaphysaires. — M. BERNARD. Etude clinique et radiologique des ostéites condensantes bénignes. — M. POTIQUET. Sur les résultats de la dacryocystorhinostomie plastique. Opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet.

Mercredi 26 juin. — Jury : MM. Legueu, président; Couvelaire, Bernard et Gosset. — Mlle ABRAHAM-FRANCK. La crèche de prophylaxie antituberculeuse. — M. ALVAREZ-RICARDO. Les césariennes basses. (Maternité de l'hôpital Lariboisière.) — M. BARRAGUÉ. Etude des schwannomes gastriques. — M. AUJAY. Sur quelques cas d'épididymite blennorragique suppurée. — M. COPELOVICI. La vaccination régionale par la porte d'entrée.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Robin et Vallée. — M. VEDEL. Bacille de la nécrose.

Jeudi 27 juin. — Jury : MM. Carnot, président; Lereboullet, Roussy et Vallery-Radot. — M. MASSINA. Traitement des rhumatismes par les injections hypodermiques de radon et de thoron. — M. DELAFONTAINE. Etude sur le rein des vieillards. — M. BOHN. Etude de l'anémie des jeunes enfants rachitiques. — Mme GORECKA-MEINIER. Pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance. — M. GORELIK. Suites opératoires de la pylorotomie extramuqueuse. — M. HOUZEAU. Les stomatites de l'huile grise. — Mlle VASSEUR. Etude sur le prurigo strophulus. — Mlle SEGAL. Etude de la participation médullaire (paralysies diphtériques). — M. HÉRAUX. Broncho-pneumonies ou pneumonies en foyers chez l'enfant.

Jury : MM. Ménétrier, président; Bezançon, Gougerot et Guillain. — M. MENJOT. Manifestations glandulaires aiguës au cours du saturnisme. — M. LUCA. Un cas d'anévrisme du sinus de Valsulva. — Mlle NICOLLE-MUNIER. Etat de la bouche chez les rhumatisants chroniques. — M. TRUBERT. Etude de l'hystérie et de la mythomanie. — M. CHAMBRUN. Syphilis osseuse et articulaire traumatique. — M. ESPINOSA. Physiothérapie du lichen-plan. Conclusion pathogénique. — M. TÉTAU. Le lichen-plan. Accident des sels d'or. — M. FRUGIER. Etude médico-psychologique sur Maurice Rollinat. — M. OMBRÉDANNE. Troubles mentaux de la sclérose en plaques. — M. SZWARE. Variations de la tension artérielle après ionisation transcérébrale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Maignon et Robin. — M. FLORENTIN. Injections intracardiaques chez le chien.

Samedi 29 juin. — Jury : MM. Desgrez, président; Tanon, Schwartz et Lequeux. — M. TABOUREY. Etude des eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. — M. BENOIST. Etude de l'alimentation dans les sports. — M. BONNEMAISON. De la protection des eaux minérales en France. — M. COUBA. Traitement des hémorroïdes, fissures, fistules, par la diathermo-coagulation. — M. MAIRE-AMÉRO. Rôle des métaux et de l'aluminium dans la pathogénie du cancer. — M. RAPAPORT. Etude comparative des réactions de Vernes, Jochs, Meinicke, Breyer, Kahn. — M. SCHIAVONE. Prophylaxie et lois de lèpre en République-Argentine.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN PROPHARMACIEN demandé pour village (Loir-et-Cher). Médecin le plus proche 9 kilomètres. Municipalité offre maison loyer valeur 5.000 fr.; conditions suivantes : six ans loyer gratuit, six ans loyer 3.000 fr. De plus, indemnité installation trois ans 3.000 fr. — S'adresser THIOLLIER, 54, rue Jacob, Paris (VIe).

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — SERVICE DE REMPLACEMENTS. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante (Ve), vient de réorganiser son groupement sur des bases nouvelles, et en particulier son service de remplacements de médecins. Il informe les membres du Corps médical qu'il tient à sa disposition un personnel de remplaçants sélectionnés et répondant à toutes les exigences légales. Le service fonctionne de 13 à 20 h. Tél. Odéon 58-90.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE — GASTRALGIE | ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressés
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Questions cliniques d'actualité, leçons professées à la Charité, service du professseur SERGENT. Un vol. de 254 pages, avec 8 planches hors texte. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.
Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

Le plus puissant des Hémostatiques utérins - Inhibiteur du sympathique

AMPOULES	COMPRIMÉS	GOUTTES
1/2 à 1	1 à 2, trois fois par jour.	XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e
M. CARILLON. Pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISES* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.* Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

- **AMPOULES** Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
- **COMPRIMÉS** 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
- **GRANULÉ** 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 29 juillet 1929, à 13 h.

— Un concours pour l'admission de trois chirurgiens adjoints, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu aux hospices de Tours le mercredi 30 octobre, à 8 h.

— Un concours pour l'admission d'un électro-radiologiste adjoint, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu le jeudi 31 octobre, à 8 h., aux hospices de Tours.

Pour renseignements, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Sont nommés, à compter du 1er octobre 1929, professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, les agrégés près ladite Faculté dont les noms suivent :

Chaire de pathologie médicale : M. A. Clerc (chaire vacante : M. Sicard, dernier titulaire).

Chaire de pathologie et thérapeutique générales : M. Baudouin (chaire vacante : M. Marcel Labbé, dernier titulaire).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à titre posthume à M. Thébaud (Louis), médecin à Granville (Manche).

GUERRE. — Service de santé. (Armée active.) — Liste nominative des médecins lieutenants qui doivent accomplir à l'Ecole d'application du Service de santé militaire un stage de novembre 1929 à juillet 1930 :

MM. Aubert et Azema (Montpellier), Baenziger (Strasbourg), Baroni (Lyon), Barrat (Paris), Battle (Toulouse), Bedos (Lyon), Bergondi (Alger), Bernard (Paris), Borgomano (Toulouse), Brun (Lyon), L. Calvet et P. Calvet (Montpellier), Campredon (Strasbourg), de Casaban (Paris), Chapert (Bordeaux), Chappoux (Paris), Charles (Lille), Chaudet (Lyon), Chausset (Strasbourg), Clavel (Paris), Collin (Alger), Cosset (Strasbourg), Coulouma (Toulouse), Coutie (Strasbourg), Dain (Montpellier), Delaby (Lille), Delmas (Bordeaux), Dupuy (Nancy), Espinasse (Lyon), Fau (Toulouse), Ferry (Montpellier), Fournie (Toulouse), Fraimbault (Paris), Freyche (Toulouse), Geay (Nancy), Genaud (Bordeaux), Grenier (Montpellier), Guichene (Bordeaux), Guilleman (Lyon), Igert (Toulouse), Lacorre (Paris), Lanore (Bordeaux), Laverre, Le Faucheux et Le Quement (Paris), Mandillon et Massias (Bordeaux), Menet (Lille), Merlin-Lemas (Toulouse), Meunier (Lyon), Miara (Alger), Miquel (Montpellier), Monginet (Bordeaux), Montagard (Paris), Morin (Alger), Moulinie (Toulouse), Nogardel (Paris), Nouail (Nancy), Olivier et Ollivier (Paris), Oudjarl (Strasbourg), Parlange (Bordeaux), Parnet (Paris), Passa (Lyon), Pierre et Poisson (Paris), Poncelet (Nancy), Protar (Lyon), Ravel (Montpellier), Roche

SOLUBAÏNE

Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD

INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.

LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal
PARIS (XIIIe)

Nancy), Rodet (Paris), Rouyer (Strasbourg), Sarda, Sestie et Soulier (Paris), Stotzel (Alger), Tete et Tristani (Paris), Tourniaire (Lyon), Vaissie (Paris), Vaudin (Alger), Vergez (Lille), Verney (Nancy), Vial (Lyon), Vives (Toulouse), Wiltz (Nancy).

SERVICE SANITAIRE MARITIME. — L'article 1er du décret du 6 septembre 1927 portant fixation des traitements du personnel du service sanitaire maritime, modifié par les décrets des 2 mai et 6 octobre 1928, est à nouveau modifié ainsi qu'il suit :

Directeurs (classes territoriales) :

Marseille	26.000 fr.
Le Havre, Pauillac	18.500
Saint-Nazaire, Dunkerque	15.000

Agents principaux (médecins) et médecins de la santé :

1re classe	10.500 fr.
2e classe	9.600
3e classe	8.700
4e classe	7.800
5e classe	6.900
6e classe	6.000

UNE VISITE DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE DE LA CHAMBRE AU CENTRE DE PROPHYLAXIE MENTALE DE LA SEINE (HÔPITAL PSYCHIATRIQUE HENRI ROUSSELLE). — La Commission de l'hygiène de la Chambre a visité le Centre de prophylaxie mentale de la Seine (Hôpital Henri Rousselle), fondé et dirigé par le docteur Toulouse.

Après un exposé du docteur Toulouse sur les problèmes de la prophylaxie mentale qui dépassent le champ hospitalier et touchent à l'Ecole au milieu du travail, à la délinquance et à toutes les formes anormales du comportement, une visite a eu lieu dans les divers services médicaux et les laboratoires.

La Commission a été vivement intéressée par un exposé de M. J. M. Lahy, directeur du Laboratoire de psychologie expérimentale, qui a montré la nécessité de détacher de l'hôpital psychiatrique ce gros organisme pour en faire un Institut du travail à caractère biologique prédominant.

Elle a tenu à féliciter le docteur Toulouse de l'œuvre magnifique qu'il a créée et l'a assuré de son appui auprès des Pouvoirs publics pour qu'une telle organisation fût étendue à tous les départements.

CONGRÈS

IIe JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (1)

Après le brillant début dont nous avons rendu compte, les journées de travail ont commencé dès le lundi matin.

Cette première matinée fut très occupée par des visites dans les hôpitaux et notamment à l'hôpital Foch, où M. Paul Descomps et ses collègues ont parlé de la syphilis dans de brèves et très pratiques petites leçons; l'après-midi a été consacrée à deux conférences magistrales, au Parc des Expositions. Le maître de la médecine espagnole, M. le professeur Maranon (de Madrid), fit une conférence très applaudie *sur les accidents graves des surrénalites aiguës.* Une leçon du professeur Delbet sur le rôle biologique des sels halogénés de magnésium, obtint le plus vif succès.

A 16 h. 30, les adhérents se pressaient en foule à une séance exceptionnelle de la *Société des chirurgiens de Paris*, avec de nombreuses projections et films. Un concert, par la musique du 23e régiment colonial, enfin une représentation de gala au théâtre Mogador, offerte par le baron Henri de Rothschild, avec le concours des artistes les plus réputés de l'Opéra, de l'Opéra Comique et de l'Empire, furent, pour les adhérents des Journées médicales les plus agréables délassements.

La matinée du mardi fut encore consacrée aux hôpitaux, puis le soir eut lieu au Parc des Expositions, une brillante conférence très applaudie du docteur Jean Charcot : *Le « Pourquoi Pas » à la recherche du Latham,* avec belles projections. Une leçon du professeur Sergent, sur *les abcès pulmonaires bronchectasiants,* et *les bronchectasies abcédées*, obtint un très vif succès d'intérêt.

En fin de journée, des centaines de médecins vinrent se eeposer agréablement de leur studieuse journée à la représentation de gala offerte par le docteur Henri de Rothschild aux adhérents des Journées médicales de Paris. Le programme, franchement brillant, obtint un très vif succès.

Enfin le mercredi, après une matinée aussi laborieusement occupée que les jours précédents, les adhérents visitèrent le centre anticancéreux de Villejuif, dont M. le professeur Roussy voulut bien faire les honneurs.

Dans l'après-midi M. le Président de la République visita l'exposition et donna aux organisateurs des Journées médicales de précieuses preuves de sa bienveillance.

Après les journées de travail, les excursions organisées aux Vaux-de-Cernay, à l'aérodrome du Bourget, au Touquet, à Paris-Plage et à Vichy furent grandement appréciées par les adhérents et clôturèrent de la façon la plus agréable ces Journées médicales brillantes et utiles entre toutes. L. G.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 47, p. 858.

CORRESPONDANCE

RAJUSTEMENTS. AUGMENTATIONS

Par le docteur Dhers.

Tout observateur de sagacité moyenne, mais de réelle bonne foi a pu constater :

1° ... Que, lorsqu'il s'agit de mettre les prix des loyers d'avant-guerre en accord avec la dépréciation de notre monnaie, on dit *l'augmentation des loyers!*

2° ... Que, lorsqu'il s'agit d'adapter les traitements des fonctionnaires à la valeur du faux franc actuel, on dit « *le rajustement des traitements.*

Il faudrait s'entendre!

Pourquoi, s'il est juste de *rajuster* les traitements, n'est-il pas équitable de *rajuster* les loyers; et s'il n'est pas normal d'*augmenter* les loyers, pourquoi est-il nécessaire d'*augmenter* les traitements?

La vérité est que le Gouvernement, dans un but bien facile à deviner, a créé sciemment cet imbroglio malhonnête qui lui permet de dire aux uns : il est inadmissible que vous augmentiez vos prix et aux autres « il est nécessaire de rajuster vos traitements ».

Lorsqu'on a fait la stabilisation, il eût été honnête de désigner d'un nom nouveau (comme en Belgique) la nouvelle unité monétaire qui est égale à un cinquième du franc et non pas de donner le même nom à deux choses différentes, le franc actuel est proprement de la fausse monnaie, c'est un kilogramme de 200 grammes. Pour un particulier, cela s'appelle un vol; pour un gouvernement, cela s'appelle de la politique!!!

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Le DIAL CIBA

EST LE MEILLEUR HYPNOTIQUE

Il faut éliminer les hypnotiques irritants pour le tube digestif, de même que ceux nocifs pour le foie et le rein. Ils laissent au réveil un état de torpeur et d'hébétude avec souvent de la céphalée. Le DIAL n'a aucun de ces inconvénients; son usage modéré crée un état dispos avec adaptation aisée au labeur quotidien.

COMPRIMÉS — GOUTTES — AMPOULES

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

Le DIDIAL

Hypnotique = Analgésique

Procure repos et sommeil à tous les algiques

Tous les malades qui ne dorment pas parce qu'ils souffrent, trouvent dans le DIDIAL le médicament analgésiant et soporifique qui leur permet de passer calmement les heures nocturnes.

COMPRIMÉS : un ou deux, le soir, avant le coucher.

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne**, des **Lamblioses**, et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :* . .

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5 386 Seine

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et PHARMACIES.

LES COMPLICATIONS NERVEUSES

DE L'ÉRYSIPÈLE

PAR MM.

J. DEREUX et R. GALIÈGUE

Ancien interne des hôpitaux de Paris. — Interne des hôpitaux de Lille.

De nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des troubles nerveux causés par l'érysipèle. Mais les divers auteurs n'ont considéré le plus souvent que des points particuliers de la question, envisageant qui les polynévrites, qui les atrophies optiques, qui les méningites. Depuis la thèse de Crochet en 1895 (1), si l'on met à part les articles classiques sur l'érysipèle, il n'y a pas eu, à notre connaissance, d'étude d'ensemble consacrée aux complications nerveuses de cette affection. Nous voudrions, dans cette courte esquisse, résumer les conclusions de nos recherches sur ce sujet et dire comment, à notre sens, après l'examen critique qui nous a paru indispensable, se présente actuellement l'état de cette question. Nous renvoyons, pour tous autres détails et pour la bibliographie, au travail plus complet qu'a publié notre ami G. Declercq. (Th. de Lille, 1928.)

Fréquence des troubles nerveux dans l'érysipèle. — Les auteurs émettent au sujet de cette fréquence des opinions contradictoires. M. Roger, ainsi que Crochet, pense que « de toutes les maladies infectieuses, c'est peut-être l'érysipèle qui provoque le plus souvent des troubles nerveux » (2).

D'autres auteurs classiques ou bien ne font pas mention de ces troubles nerveux, ou bien disent qu'ils sont extrêmement rares. Cette contradiction n'est qu'apparente. Crochet, en effet, considère le délire, si fréquent chez les individus tarés, comme une complication nerveuse de l'érysipèle. Les auteurs récents le considèrent plutôt comme un symptôme que comme une complication. Or les cas de délire tiennent une place prépondérante dans la thèse de Crochet. On comprend dès lors l'opinion de cet auteur et de quelques autres. Si, au contraire, on élimine, comme nous le ferons, l'agitation nerveuse et le délire plus ou moins violent, qui sont assez fréquents, on peut dire que les troubles nerveux dans l'érysipèle sont, comme nous allons le montrer, exceptionnels (3).

Nous considérerons successivement :

1° Les méningites;
2° Les encéphalites et myélites;
3° Les névrites et polynévrites.

(1) Crochet. Accidents nerveux de l'érysipèle, *Th. de Paris*, 1895.

(2) H. Roger. *Arch. gén. de méd.*, 1901, 2e sem., p. 28.

(3) Nous ne ferons entrer dans notre énumération ni les troubles mentaux qui sortent du cadre de notre étude, ni les simples névralgies qui n'ont probablement pas toutes été publiées et dont bien souvent les quelques observations incomplètes ne permettent pas de dire qu'elles ont un lien certain avec l'affection qui nous occupe.

I. **Les méningites.** — Bien peu d'observations de méningite avec contrôle bactériologique sont connues. Nous en avons relevé neuf.

Les méningites sont de trois sortes : 1° les unes, les plus fréquentes, sont causées par le germe même de l'érysipèle : le streptocoque (6 obs. sur 9); 2° certaines sont causées par le pneumocoque et le streptocoque associés (2 obs.); 3° enfin, exceptionnellement, c'est le pneumocoque seul qui est en cause (1 obs.).

Signalons que Dopter et Pinalie ont rapporté chacun une observation d'érysipèle compliquée d'une réaction méningée curable contrôlée par la ponction lombaire.

II. **Les encéphalites et myélites.** — *a.* Les encéphalites (1). — Quelques observations sont classées sous ce titre. Aucune n'emporte la conviction, car aucune n'est accompagnée de l'examen anatomo-clinique nécessaire (2). Signalons la possibilité de chorées post-érysipélateuses dont une observation semble particulièrement démonstrative [chorée survenue deux jours après le début d'un érysipèle de la face avec streptocoque dans le liquide céphalo-rachidien, dans l'urine et dans le sang] (3); et l'existence d'un syndrome bulbo-protubérantiel (Marchiafava).

b. Les myélites. — Nous n'en connaissons que deux cas : l'un, de Chantemesse, qui est loin d'être certain (paraplégie avec troubles des sphincters apparue *un an* après un érysipèle, sans contrôle biologique ni anatomique); l'autre absolument convaincant, publié par MM. Lesné et Françon (4).

Cliniquement, douze jours après la fin de l'érysipèle : apparition d'une paraplégie flasque avec abolition des réflexes tendineux et signe de Babinski bilatéral, troubles des sphincters et escarres.

Anatomiquement, lésions méningées et médullaires au niveau de la moelle sacro-lombaire.

Enfin, nous mentionnerons, une observation de Jolly d'une sclérose en plaques survenue après un érysipèle. La relation de cause à effet entre ces deux affections nous semble très improbable (5).

III. **Les névrites et polynévrites.** — *a.* Les névrites. — Il existe quelques observations éparses de paralysie de la IIIe paire (Roger, Pagenstecher, Dufaut) associées ou non à des lésions de la IIe paire; de paralysies du VII (Andres, Garnier et Thaon, Huet).

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est l'importance et

(1) Nous éliminons quatre observations de paralysie générale rapportées par Crochet et qui ne nous paraissent pas dépendre de l'érysipèle.

(2) Nous n'avons pu nous procurer le travail de Tarozzi : Encefalite non suppurativa secundaria ed eresipela traumatica del capo, *Giorn. di biol. et med. esp. Torino et Geneva*, 1923-1924, p. 281-284.

(3) Fornaca. *Acad. de méd. de Turin*, 8 fév. 1901, et *Riforma med.*, 1er avril 1901, an XVII, vol. II, n° 1.

(4) Lesné et Françon. Un cas de myélite postérysipélateuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, fév. 1912, n° 4, p. 138.

(5) A ces myélites il nous semble légitime de rattacher une observation de Brieger (*Charité-Annalen*, 1885, p. 147) sur laquelle a attiré notre attention M. le professeur Ingelrans. Ce qui porte à trois le nombre de myélites érysipélateuses.

la fréquence de l'atteinte de la IIe paire. Les névrites et atrophies optiques post-érysipélateuses sont relativement nombreuses; elles sont très connues, très étudiées. Dans les articles de Terrien et Lesné (1903), de Cabanes (1904), dans la thèse de Fauveau (Th. de Bordeaux 1903) on trouve tous les documents sur ce sujet. Nous en avons réuni 27 observations. De ces atrophies optiques les unes, les plus rares, sont curables; les autres, les plus fréquentes, aboutissent à une cécité définitive, dans une proportion de 82 p. 100.

b. LES POLYNÉVRITES. — Bien peu d'observations de polynévrites érysipélateuses résistent à une critique serrée. Les unes présentent des défauts patents de sémiologie qui font qu'on peut douter du diagnostic même de la polynévrite; les autres appartiennent à un autre groupe nosologique et n'ont rien de commun avec les polynévrites; d'autres enfin sont à coup sûr des polynévrites mais leur étiologie est incertaine.

1° *L'étude séméiologique est incomplète.*

C'est l'objection qu'on peut faire à la plupart des anciennes observations. Quand on sait combien, avant les études de M. Babinski, le pithiatisme florissait, on ne s'étonnera pas que nous n'accordions aucun crédit aux observations manifestement incomplètes où l'état des réflexes, entre autres signes, n'est même pas mentionné.

2° *Le trouble nerveux étiqueté polynévrite appartient à un autre syndrome neurologique.*

Dans ce deuxième groupe nous rangeons une série d'observations considérées, à tort selon nous, comme polynévrites érysipilateuses, et qui n'ont en aucune manière les caractères des polynévrites. Nous n'acceptons pas en effet comme polynévrites les syndromes qui, entre autres anomalies, présentent de l'exagération des réflexes. Nous savons bien qu'on a prétendu que cette exagération existait dans certaines polynévrites, même à prédominance motrice. M. Ingelrans, notamment, a apporté à leur étude une contribution fort intéressante (1). Mais l'explication judicieuse qu'il donne lui-même du mécanisme d'un de ses cas (obs. I, 1899, in Th. Ruyssen, p. 133) prouve qu'il n'y avait pas là exagération du réflexe mais seulement une paralysie plus marquée de certains muscles antagonistes (2). Quant à ce qui concerne les autres cas nous nous demandons si on n'a pas confondu *exagération* et *vivacité* du réflexe, ce qui, comme on le sait, est loin d'avoir la même valeur sémiologique.

Ces remarques justifient le fait que nous ne classions pas parmi les polynévrites les trois cas de M. Roger. Au surplus jamais cet auteur ne les a présentés comme tels : il les a décrits comme « un syndrome d'ailleurs passager, consistant essentiellement en une parésie des membres inférieurs, avec hyperesthésie cutanée et exagération des réflexes » (3).

(1) INGELRANS. *Echo méd. du Nord*, 1899, p. 124, et 1903, p. 61.
(2) RUYSSEN. De l'exagération des réflexes dans les polynévrites, *Th. de Lille*, 1906.
(3) H. ROGER. *Arch. gén. de méd.*, 2e sem., 1901, p. 28.

3° *L'étiologie de la polynévrite est douteuse.*

Dans ce troisième groupe de faits, la polynévrite existe réellement, et il n'y a aucun doute clinique à cet égard; mais les rapports de cause à effet entre l'érysipèle et la polynévrite sont loin d'être démontrés. Il en est ainsi de l'observation de Charcot (1) où la polynévrite apparaît après un érysipèle chez un malade *syphilitique* et *éthylique* avéré; il en est de même de l'observation de MM. Dumas et Bernheim (2) où l'infection syphilitique est, de l'aveu même des auteurs, si flagrante (paresse pupillaire, Wassermann positif dans le sang, influence en apparence favorable du traitement spécifique) qu'il faut émettre au sujet de son étiologie les plus expresses réserves.

Ces considérations préliminaires expliquent que nous n'ayons trouvé que très peu de cas de polynévrites érysipélateuses authentiques et que, dans la thèse de Laporte (3) qui en retient vingt, nous n'en considérions comme légitimes que six dont on trouvera l'analyse dans la thèse de Declercq. Nous croyons pouvoir y ajouter celui que l'un de nous a publié récemment (4). Ce qui porte leur nombre à sept. On le voit : la polynévrite érysipélateuse, si tant est que tous les cas en soient relatés, est une affection exceptionnelle.

Cette atteinte si peu fréquente du système nerveux, aussi bien périphérique que central, n'est pas pour surprendre quand on étudie les protocoles des expériences sur l'animal. Il est exceptionnel de noter dans ces observations des troubles nerveux causés par le streptocoque de l'érysipèle ou par ses toxines. Parmi les expériences diverses (Manfredi et Traversa, Roger, Bourges) celles de MM. Widal et Bezançon (5) nous semblent particulièrement intéressantes. Ayant fait à des lapins 116 inoculations de streptocoques dont 56 provenaient d'érysipèle, ces auteurs n'ont observé que sept fois des complications nerveuses.

Expérimentalement donc, le streptocoque de l'érysipèle a peu d'affinité pour le système nerveux.

Cliniquement, nous l'avons montré, on peut faire la même constatation. Un fait toutefois semble faire exception à la règle : c'est celui de l'atteinte relativement fréquente du nerf optique. Il s'explique parfaitement.

La plupart des névrites et atrophies optiques sont observées dans l'érysipèle de la face : elles résultent de la propagation locale de l'infection au tissu péri-orbitaire. Les cas de névrite optique par septicémie, sans propagation *in situ*, sans précession d'un stade inflammatoire local, sont très rares. Cette exception confirme donc la règle. On voit ainsi que les recherches de laboratoire appuient les données de la clinique. Expérimentalement aussi

(1) CHARCOT. *Revue neurol.*, 1893, p. 5.
(2) DUMAS et BERNHEIM. Syndrome de Landry à forme polynévritique consécutif à un érysipèle de la face, Soc. méd. des hôpit. de Lyon, nov. 1924, in *Lyon méd.*, 1925, p. 265.
(3) P. LAPORTE. Contribution à l'étude des polynévrites post-érysipélateuses, *Th. de Paris*, 1920.
(4) DEREUX. Polynévrite érysipélateuse, *Soc. de neurol.*, juillet 1928, in *Revue neurol.*, 1928, p. 268.
(5) WIDAL et BEZANÇON. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1895, p. 38; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895, p. 104.

bien que cliniquement le streptocoque de l'érysipèle s'attaque rarement au système nerveux central et périphérique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CÔLON MOBILE

Par George PASCALIS.

Lorsque l'intestin a terminé sa rotation, sa portion terminale est venue se placer contre la paroi abdominale postérieure où elle dessine le cadre colique qui va persister chez l'adulte. Le mésocôlon étalé contre le péritoine pariétal postérieur va peu à peu entrer en coalescence avec lui pour aboutir à la forme type. Cette évolution peut être très lente à se faire et se poursuivre pendant une grande partie de l'existence. Mais elle peut subir des troubles et il est des cas où l'accolement ne se produit pas : la cause de cet arrêt de développement est purement mécanique et due à une absence de congruence des surfaces en présence. Un côlon trop long comporte un méso qui se plisse, ne peut s'étaler sur le péritoine pariétal et par suite reste flottant.

Ce trouble évolutif entraîne des conséquences variables. Il est des malades qui ont un côlon mobile l'ignorent et n'en souffrent pas. La plupart sont des constipés : dolichocolon et défaut de fixité sont des fauteurs évidents de troubles physiologiques.

Et la constipation peut apporter ici ses méfaits dont la gamme est très variée.

Mais, à côté de ces troubles chroniques, il m'a été donné d'observer, à trois reprises, des symptômes aigus dont je n'ai pas le souvenir d'avoir trouvé mention. Et si la première fois, je n'avais pas attaché à l'élément douleur l'importance voulue puisque j'ai négligé de prendre l'observation du malade, il m'est apparu, par la suite, assez caractéristique, pour affirmer, à deux reprises, un diagnostic dont la radiographie a montré le bien-fondé.

Il s'agit d'une douleur aiguë survenant lorsque le sujet fait un effort de défécation.

Cette douleur siège dans l'abdomen, dans la région ombilicale et irradie vers le plexus solaire. Sa pathogénie ne me paraît pas bien complexe. Lorsque le malade fait un effort de défécation, il s'incline en avant et pousse. Le côlon flottant se trouve à ce moment suspendu à son pédicule vasculo-nerveux et, entre deux efforts, n'étant plus soutenu par la paroi relâchée, il tire sur le plexus sympathique.

Cette explication me paraît bonne car j'ai opéré mes trois malades et tous trois ont guéri radicalement; je veux dire n'ont plus jamais ressenti cette douleur violente dont auparavant ils redoutaient la venue.

Chez l'une de mes opérées, la douleur était particulièrement aiguë, s'accompagnait de sueurs froides, d'angoisse et d'un état syncopal très marqué. Chez un jeune garçon de neuf ans, les choses étaient moins violentes mais parfaitement nettes et se compliquaient de troubles dus à un Douglas anormalement profond. L'arrêt d'évolution était chez lui plus marqué encore. Chez tous les trois j'ai pratiqué une colopexie par fixation au psoas après incision du péritoine pariétal.

Observation I. — G. de T..., neuf ans, présente de temps à autre une saillie anormale au niveau du périnée. Il s'agit d'une hernie périnéale. L'attention attirée sur une anomalie, je pousse l'interrogatoire; j'apprend que l'enfant souffre au moment des efforts à la garde-robe et je fais le diagnostic de côlon flottant avec Douglas embryonnaire. Une radioscopie pratiquée par le docteur Raulot-Lapointe montre un côlon tellement mobile que le cæcum apparaît d'abord à gauche et que nous pensons à une inversion colique. La palpation permet de mobiliser le côlon ad libitum et de remettre les choses en place.

Opération le 10 mai 1922 en présence du docteur Gendron. Anesthésie à l'éther par le docteur Dumont. Une laparotomie médiane sous-ombilicale confirme ce qu'avaient montré les examens précédents.

On pratique d'abord l'ablation d'un appendice long, tordu en hélice autour de son méso, puis on ferme le cul-de-sac de Douglas par un surjet de catgut. On termine en pratiquant une pexie du cæco-côlon ascendant et des côlons descendant et iliaque au muscle psoas dénudé.

Le côlon pelvien, très long, est remonté et fixé au tendon du petit psoas gauche.

Obs. II. — Mme P..., vingt-six ans, souffre d'une constipation rebelle. Au moment des efforts, à la garde-robe, apparition de douleurs violentes dans la région ombilicale, irradiant vers l'épigastre; les douleurs s'accompagnent de sueurs froides, d'une impression de syncope prochaine. On fait, après examen, le diagnostic de mobilité colique que confirme un examen radioscopique pratiqué par le docteur Raulot-Lapointe. Opération le 13 février 1923, en présence du docteur Spire, médecin traitant. Anesthésie au protoxyde d'azote par le docteur Dumont. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les côlons sont complètement flottants, le transverse est très long l'épiploon à peine développé. On enlève un appendice grêle, atrophié, présentant un étranglement au-dessus de la pointe dilatée.

Fixation à la soie fine du cæco-côlon ascendant d'une part, des côlons descendant et iliaque, d'autre part, au tendon du psoas dénudé. Péritonisation soignée, Réfection de la paroi à la soie par étages, à points séparés. Soies sur la peau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUIN 1929)

Exemples de synthèses et de prothèses en os, en métal nu ou caoutchouté, établies sur des données métroradiographiques. Résultats éloignés. — MM. Robineau et Contremoulins emploient, pour remplacer les pertes de substance de grande étendue, l'acier enrobé dans de l'ébonite, ou le bronze d'aluminium nu, ou recouvert de caoutchouc.

Quelle que soit la matière utilisée, la tolérance de l'organisme est complète si le montage de la pièce sur l'os est correctement réalisé. Cette correction s'obtient en fixant sur l'os sain des pièces prothétiques rigoureusement ajustées, afin que l'effort exercé sur les parois osseuses soit uniformément réparti.

L'expérience pratique de M. Robineau porte sur neuf années pour les vis du col du fémur et sur quatre années pour les pièces de remplacement des diaphyses, ses observations se trouvent en parfait accord avec les recherches biologiques de Leriche et Policard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1929)

Les lésions cérébrales chez les lapins immunisés contre le virus herpétique, leur ressemblance avec les altérations trouvées dans le névraxe de certains aliénés. — MM. S. Nicolau, P. Guiraud et Mme L. Kopciowska. Par le terme « neuro-infections mortelles autostérilisables », Levaditi désigne une catégorie d'animaux qui meurent tard après l'inoculation d'un virus neurotrope, avec présence de lésions, mais avec absence de virus dans leur névraxe. Nicolau, Guiraud et Kopciowska insistent sur le fait, signalé depuis longtemps, que les animaux immunisés contre un ultravirus neurotrope et qui survivent en état de bonne santé apparente, présentent souvent des lésions chroniques dans le névraxe, lesquelles constituent les séquelles de l'infection qui s'est autostérilisée. Ainsi ils considèrent que *tout animal ayant acquis l'état réfractaire contre un virus du groupe des ectodermoses neurotropes, a subi une neuro-infection qui s'est autostérilisée, et qui l'a immunisé.* Chez l'homme, les paralysies consécutives à la maladie de Heine-Medin, la chorée chez certains des chiens qui survivent à la maladie du jeune âge, sont des exemples de « neuro-infections autostérilisables » ou plutôt « autostérilisées ».

Nicolau, Guiraud et Kopciowska étudient minutieusement les lésions qui existent dans le cerveau des lapins immunisés contre le virus herpétique, lésions qui relèvent d'une neuro-infection non mortelle, autostérilisée. Elles sont comparables aux altérations résiduelles qu'ils ont trouvées dans plusieurs cas chez des aliénés (hébéphrénie à marche rapide, encéphalites chroniques de nature indéterminée, chorées chroniques, syndromes Wilsoniens). Le résultat de la comparaison autorise Nicolau, Guiraud et Kopciowska à se demander si les affections humaines énumérées ne pourraient pas entrer dans le grand groupe des neuro-infections autostérilisables.

Herpès expérimental et immunité. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska inoculent du virus herpétique par voie sous-duremérienne à des lapins normaux et à des lapins immunisés solidement contre l'herpès, et constatent que : 1° le virus cultive dès son introduction dans le cerveau des animaux où il peut être mis en évidence à tout moment; 2° chez les lapins rendus réfractaires, le virus inoculé sous la dure-mère ne peut survivre que peu de temps au contact du tissu cérébral immunisé. Il est fort probable que le névraxe des animaux immunisés réagit contre le virus-antigène par des moyens qui lui appartiennent en propre, la destruction des germes pouvant s'accomplir sur place, sans l'intervention d'anticorps humoraux. Les auteurs donnent la description de l'histogénèse de la réaction cérébrale chez les lapins normaux inoculés dans le cerveau avec l'herpès, en comparaison avec les modifications provoquées par le même virus introduit dans le cerveau des lapins immunisés.

Les filtrats de voiles jeunes de cultures tuberculeuses (ultravirus) exercent-ils un effet protecteur contre l'infection tuberculose virulente ? — MM. J. Valtis et A. Saenz ont inoculé à des jeunes cobayes, sous la peau, des filtrats de culture de bacilles de Koch âgée de six jours, puis ont éprouvé ces animaux par voie oculaire avec une émulsion d'un bacille tuberculeux virulent.

Ils ont constaté que l'inoculation préalable des filtrats de culture en voile jeune du bacille tuberculeux bovin ne confère pas au jeune cobaye d'immunité à l'égard de l'infection tuberculeuse expérimentale. Tout au plus, les animaux ainsi traités offrent une légère résistance au virus tuberculeux.

Mais celle-ci est bien moins manifeste que celle que Paraf d'abord, puis A. Boquet, L. Nègre et J. Valtis avaient pu réaliser chez les animaux adultes par l'inoculation de filtrats d'exsudats péritonéaux tuberculeux.

Effets conjugués de l'ultravirus tuberculeux et de l'inoculation du B. C. G. chez le cobaye. — MM. J. Valtis et A. Saenz ont sbservé que l'injection de B. C. G. aux cobayes qui ont antérieurement reçu du filtrat ne confère aucun pouvoir tuberculigène aux éléments filtrables du bacille de Koch.

De même, l'inoculation de filtrats tuberculeux à des cobayes antérieurement inoculés avec du B. C. G. ne modifie en rien les caractères avirulents de ce microbe.

Des variations morphologiques de l'appareil de Golgi au cours de la sécrétion rénale. — M. E. Truc étudie l'appareil de Golgi des cellules rénales. Après injection de rouge neutre il constate au niveau des tubes contournés de petites vacuoles rouges. Ces mêmes reins traités suivant la technique de Cajal, présentaient un appareil de Golgi granulaire. Il traite ensuite des reins non injectés par la même technique de Cajal et constate un appareil de Golgi réticulé siégeant dans la zone sus-nucléaire.

L'auteur pense que le processus sécrétoire peut être suivi par des modifications de forme de l'appareil de Golgi qui, de réticulé, devient granulaire et s'accroît lorsque la cellule rénale hypersécrète certaines substances.

A propos de la prétendue toxicité du galactose. Utilisation physiologique comparée du glucose et du galactose par l'organisme du pigeon. — Mme L. Randoin et M. R. Lecoq. D'anciennes expériences, conduites tant sur les plantes vertes que sur les animaux, pouvaient faire croire à la toxicité du galactose, sucre qui ne se rencontre pas à l'état d'hexose libre dans nos aliments.

Les auteurs ont pu montrer que, dans des conditions semblables, le lactose — sucre parfaitement utilisé cependant par l'organisme des jeunes mammifères — exerce sur le pigeon une action tout aussi défavorable. Pour être utilisé, le lactose pur doit être incorporé dans une ration répondant à un équilibre alimentaire rigoureux (analogue à celui du lait de vache).

Les nouvelles expériences de Mme L. Randoin et M. R. Lecoq montrent que :

1° Le galactose, pas plus que le lactose, ne saurait être considéré comme une substance toxique pour l'organisme animal.

2° Le galactose peut être utilisé, par le pigeon, presque aussi bien que le glucose dans certaines conditions d'équilibre alimentaire qui paraissent d'ailleurs assez strictes.

3° Ces conditions d'équilibre sont très voisines de celles qui permettent une bonne utilisation du lactose.

4° Lorsqu'un équilibre optimum est réalisé pour le galactose, une certaine quantité de vitamine B (0g50 environ de levure de bière sèche par animal et par jour) suffit à assurer l'entretien du pigeon pendant un temps relativement long.

Propriétés agglutinantes du sérum de lapins préparés à l'aide de streptocoques entraînés par culture en filtrat d'urine de scarlatin. — MM. E. Sacquépée, M. Liégeois et J. Fricker, dans une précédente note, ont relaté leurs recherches concernant les modifications subies par le streptocoque après passage en filtrat d'urine de scarlatin (phénomène de Cantacuzène). Poursuivant cette étude, ils ont recherché quel était comparativement le pouvoir agglutinant du sérum de lapins préparés soit avec un streptocoque chirurgical cultivé en bouillon ordinaire soit avec le même streptocoque cultivé en filtrat d'urine de scarlatin.

Les épreuves d'agglutination ont porté sur 26 souches chirurgicales d'origine diverses, et 16 souches scarlatineuses. Seules ont été considérées comme positives les réactions obtenues au moins à 1 p. 500.

Les résultats ont été les suivants :

Le sérum provenant de lapin préparé avec la souche entraî-

née par culture en filtrat d'urine de scarlatin paraît avoir un pouvoir agglutinant à peine accru vis-à-vis des souches scarlatineuses, et beaucoup plus fortement vis-à-vis des souches chirurgicales non scarlatineuses. Son action sur les streptocoques scarlatineux, en particulier, se montre beaucoup moins étendue que ne l'est habituellement celle de la plupart des sérums préparés contre les streptocoques scorlatineux.

Ces résultats, comme ceux signalés dans la note précédente semblent indiquer que les modifications subies par le streptocoque après passage en urine scarlatineuse correspondent à un transfert agglutinant.

— Société de biologie de Lyon (séance du 27 mai 1929) :

Pouvoir infectant des filtrats de tuberculose aviaire en injections sous-cutanées et en ingestion chez le pigeon et chez la poule. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOURT ont vu que les cultures liquides de certaines souches de tuberculose aviaire peuvent livrer des éléments filtrables qui sont capables d'infecter les jeunes oiseaux de préférence aux adultes par la voie digestive, alors que la voie sous-cutanée paraît moins efficace.

Ainsi, sur deux jeunes pigeons qui avaient ingéré cinq jours de suite 3 centimètres cubes de filtrat, l'autopsie a montré d'assez nombreux tubercules très riches en bacilles dans les poumons et dans l'abdomen. De même, un pigeonneau ayant reçu 5 centimètres cubes de filtrat sous la peau a présenté quelques tubercules très bacillifères dans le thorax (plèvre et poumon).

Sur la séro-floculation du paludisme. Les conditions de la réaction. Facteurs non spécifiques de sensibilisation et facteurs spécifiques. — MM. LE BOURDELLES et R. LIÉGEOIS ont poursuivi l'étude de la réaction de Henry. Ils ont pratiqué une première série de recherches portant sur 211 sérums en utilisant pour la mélano-floculation, un antigène mélanique faible à grains fins, et pour la ferro-floculation la technique initiale de Henry. Dans une deuxième série portant sur 103 sérums, ils ont employé un antigène mélanique fort préparé par Henry, et la technique modifiée de la ferro-floculation. Ils ont obtenu chez les paludéens avérés 84 p. 100 de résultats positifs dans la première série, et 100 p. 100 dans la deuxième série; chez les non paludéens, 6 p. 100 dans la première série, et 25 p. 100 dans la deuxième. Les fausses réactions non spécifiques sont faibles et tardives, les réactions spécifiques fortes et précoces. La réaction semble mettre en jeu des facteurs non spécifiques de sensibilisation, et des facteurs spécifiques représentés par les antigènes homologues des endogènes palustres; il apparaît possible d'éliminer les fausses réactions liées à l'action trop marquée des facteurs non spécifiques et d'assurer à la réaction une grande valeur diagnostique. La réaction permet aussi d'interpréter l'allergie palustre, état antigénique-endogénique; elle pose en pathologie générale, l'important problème des endogènes.

Modifications micellaires produites par l'addition de cristalloïdes dans le sérum sanguin. — M. G. CLUZET a étudié la viscosité, la conductibilité électrique, l'indice de réfraction l'absorption et la diffusion de la lumière du sérum sanguin, additionné de cristalloïde (bases, acides, sels neutres, sucres). L'auteur a constaté avec les bases que, si la conductivité croît constamment quand l'ionisation augmente, par contre, la viscosité et les indices optiques varient parallèlement entre eux, en prouvant que le gonflement des micelles présente deux maxima pour les pH 5,5 et 10,5 avec un minimum intermédiaire correspondant au pH 7. L'addition des sels neutres au sérum ne fait pas varier d'une manière constante le volume micellaire et celui-ci n'est nullement influencé par l'addition de saccharose ou de glucose, comme d'ailleurs le laissait prévoir la théorie de Donnan.

(SÉANCE DU 8 JUIN 1929)

L'augmentation de la globuline sanguine à la période critique de la pneumonie. — MM. M. LOEPER, RAVIER, DE SÈZE et Mlle LEBERT. L'augmentation de la globuline sérique signalée au cours de la pneumonie est, en réalité, un phénomène critique. Il est contemporain de la crise. Il s'accompagne d'un accroissement des acides aminés. L'un et l'autre phénomène tiennent à la cytolyse et à la résolution de l'exsudat. Les agents de transformation existent à ce moment, non seulement dans les leucocytes, mais aussi dans le sérum dont le pouvoir protéolytique, ou pour mieux dire l'érepsine, est quelquefois nettement et paralèllement accru.

L'augmentation relative de la sérine du sang dans l'hyperthyroïdisme. — MM. M. LOEPER, J. TONNET et Mlle LEBERT apportent les résultats de leurs recherches sur l'équilibre protéique du sérum dans l'hyperthyroïdisme et la maladie de Basedow.

Le taux total de l'albumine est souvent assez élevé; mais, dans cette albumine, la sérine atteint au lieu de 60 p. 100, chiffre normal, 86 et 90 p. 100. La thyroxine, même chez le sujet sain, produit souvent un changement analogue.

Ces résultats s'opposent à ceux que l'on obtient dans le myxœdème et l'hypothyroïdie. Ils prouvent le rôle protéocrasique du corps thyroïde.

Recherches sur la motricité de l'uretère isolé. — M. S. STOÏCESCO. Une installation simple permet d'exercer des pressions variables et mesurables dans la cavité d'un fragment d'uretère isolé. L'étude de la motricité urétérale montre, dans ces conditions, qu'il y a une distension optima qui déclanche des contractions rythmiques régulières.

L'uretère réagit à l'augmentation de la distension par : 1° l'accroissement de la fréquence de ses systoles; 2° la diminution d'amplitude. L'uretère bloqué, se contractant sur une quantité de liquide renfermé dans ses cavités sous une pression donnée, allonge sa période de contraction par rapport au repos diastolique.

La nature du liquide qui distend la cavité urétérale a une influence certaine sur la motricité. Avec l'urine de chien, on obtient des contractions plus fortes qu'avec le liquide de Ringer. Une urine alcaline ou plus acide que normalement augmente l'amplitude des contractions. Le glucose ajouté à l'urine diminue la fréquence et augmente l'amplitude.

Résultats de l'inoculation au cobaye d'un sarcoïde et d'une tuberculide papulo-nécrotique. — MM. P. RAVAUT, J. VALTIS et P. NÉLIS, en inoculant à des cobayes un sarcoïde et une tuberculide papulo-nécrotique, ont pu reproduire chez ces animaux des lésions ganglionnaires avec présence de bacilles tuberculeux, à l'exclusion de toute lésion nodulaire viscérale.

Action de l'antigène méthylique sur l'intoxication tuberculeuse expérimentale. — MM. L. NÈGRE et A. BOQUET. L'intoxication provoquée chez le lapin normal par injection intraveineuse de bacilles morts ou d'extraits acétoniques de bacilles tuberculeux, se manifestant par un amaigrissement rapide, de la cachexie et des lésions pulmonaires, est efficacement combattue par le traitement au moyen de l'antigène méthylique.

L'influence favorable que l'antigène méthylique exerce sur l'état général et la nutrition des tuberculeux peut être attribuée, sans doute, à l'action antitoxique des lipoïdes bacillaires qu'il contient.

Recherches sur la réaction de Dick chez la mère et le nourrisson. — MM. Chr. ZŒLLER, L. RIBADEAU-DUMAS et J. CHABRUN ont étudié chez la mère et chez son nourrisson l'immunité antitoxique à l'égard de la toxine streptococcique.

Ils ont utilisé d'une part la réaction de Dick, d'autre part les épreuves de Schultz et Charlton et l'épreuve de neutralisation de la toxine. Ils ont constaté : 1° la rareté des réactions positives chez les nourrissons âgés de moins de six mois; 2° à trois reprises, une discordance dans le sens de la réaction de Dick chez la mère et chez l'enfant : réaction de Dick positive pour la mère, négative pour l'enfant; 3° une discordance fréquente entre la réaction de Dick et la valeur antitoxique du sérum : réaction de Dick négative, valeur neutralisante du sérum nulle, pouvoir extincteur négatif.

Les auteurs rapprochent ces réactions de Dick faussement négatives d'autres réactions faussement négatives définies par l'un d'eux dans des circonstances toutes différentes : réaction négative du début de la scarlatine par exemple, réaction négative relevée dans la race jaune. L'état réfractaire que manifeste le nourrisson à l'égard de la scarlatine n'est donc pas le fait d'une immunité d'ordre humoral d'origine maternelle, puisque celle-ci peut faire défaut même chez un sujet à réaction de Dick négative.

Elle concorde avec cette observation faite à maintes reprises de l'évolution d'une scarlatine chez une mère nourrice dont le nourrisson reste indemne.

Action de diverses bactéries sur la toxine du bacille de Preisz-Nocard. — D'après les recherches de Ach. Urbain, sous l'influence de divers germes, la toxine du bacille de Preisz-Nocard, comme les toxines diphtériques, tétaniques et botuliniques, est modifiée considérablement; sa toxicité est, en effet, complètement ou en partie détruite.

Recherches sur l'anastomose uretéro-veineuse bilatérale. — MM. Ivan Bertrand, L. Justin-Besançon et G. Loewy présentent trois techniques nouvelles permettant de réaliser l'anastomose uretéro-veineuse bilatérale. Les chiens ayant subi cette opération ont une survie de trois à cinq jours. L'urémie qu'ils présentent a des caractères un peu particuliers. Au point de vue anatomo-pathologique, on observe des lésions intenses des tubes contournés du rein et contrastant avec l'intégrité complète des glomérules et des tubes droits. Le foie présente des altérations particulières (congestion périsus-hépatique et dégénérescence des cellules de Küpfer), ainsi que le poumon, dont les alvéoles sont remplies par un exsudat séreux, sans granulations ni réaction cellulaire.

L'anastomose uretéro-veineuse entraîne l'élévation de l'urée sanguine qui peut monter jusqu'à près de 7 grammes par litre, une élévation de la glycémie, une légère diminution du soufre total et un gros abaissement de la chlorémie.

Recherches sur la cytologie normale du tube contourné des vertébrés en lumière infrarouge. — MM. Ivan Bertrand, L. Justin-Besançon et G. Hadzigeorgiou présentent des photogrammes de tube contourné du rein des vertébrés en lumière infrarouge. Ces photogrammes permettent d'étudier la cytologie du tube contourné dans la série animale à fort grossissement, et de mettre en évidence la bordure en brosse et les granulations qui sont à sa base, les séparations intercellulaires, les détails chromatiniens du noyau. Elle permet de plus de révéler, à l'intérieur du protoplasma, optiquement vide à l'examen visuel direct, l'existence d'un riche appareil dont ils discutent l'homologie avec le chondriome. Cet appareil est en tout cas certainement en rapport avec les caractères sécrétoires du tube contourné.

L'abolition des réflexes pédonculo-ponto-bulbaires dans la sclérose en plaques. — MM. Georges Guillain et J. Darquier attirent l'attention sur la valeur séméiologique de l'examen méthodique des réflexes pédonculo-ponto-bulbaires dans la sclérose en plaques. Ils ont constaté dans certains cas de sclérose en plaques une abolition des réflexes bulbaires, dans d'autres, l'abolition des réflexes protubérantiels (réflexe naso-palpébral, réflexe cochléo-palpébral, réflexe nasal, réflexe cornéen et conjonctival). Ils insistent aussi sur l'abolition du réflexe optico-palpébral, réflexe d'occlusion des paupières à l'illumination ou à l'approche d'un objet menaçant. Ce réflexe est un réflexe de la zone des tubercules quadrijumeaux qui a pour voie centripète les fibres optiques qui se terminent dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs d'où l'excitation se propage aux noyaux du facial et éventuellement aux noyaux des muscles du cou et du bras par les faisceaux tecto-bulbaires et tecto-spinaux. Le réflexe optico-palpébral peut être aboli dans la sclérose en plaques alors qu'il n'existe aucune névrite rétro-bulbaire et que l'acuité visuelle est normale.

La recherche de tous les réflexes pédonculo-ponto-bulbaires est aussi nécessaire que celle des réflexes tendineux, périostés et cutanés du tronc et des membres, car leur abolition permet de spécifier une localisation des lésions dans la région des tubercules quadrijumeaux, des pédoncules, de la protubérance et du bulbe, lésions qui parfois ne s'extériorisent par aucun autre signe clinique.

Les variations de l'indoxyle urinaire sous l'influence de la diurèse. — MM. Guy Laroche, A. Grigaut et Poumeau-Delille. Au cours de recherches sur l'indoxyle urinaire, les auteurs ont été frappés par l'influence considérable de la diurèse sur l'excrétion de ce corps. Ils apportent le résultat de leurs expériences chez des sujets ayant présenté des crises polyuriques à la suite d'infections aiguës, de cures par la digitale, l'ouabaïne, le neptal, etc. Ils ont également provoqué des polyuries considérables par ingestion d'eau. Il résulte de leurs constatations que, pour juger du métabolisme de l'indoxyle et du degré de putréfaction intestinale chez un individu donné, il faut considérer le taux de concentration par litre bien plus que le taux d'élimination par vingt-quatre heures, lequel est soumis aux variations de la diurèse.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(séance de février 1929)

Pyosalpinx bilatéral d'origine gonococcique fistulisé dans le rectum. Hystérectomie subtotale. — M. Cousin.

Appendicite kystique. — M. G. Darcourt. Présentation d'une pièce opératoire comprenant un appendice de volume anormalement long et gros pour l'âge du sujet (treize ans), enroulé sur lui-même et dont l'extrémité libre notablement renflé, contient un kyste à contenu clair, semi-gélatineux. L'auteur insiste sur la rareté relative de ces kystes surtout chez l'enfant.

Fibrome et grossesse. — M. P. Vallette. L'auteur verse aux débats deux observations de grossesse compliquée de fibromyomes qui ont pu évoluer sans grands incidents et dont l'accouchement a pu se faire heureusement à la suite d'une application de forceps. Il envisage les différentes conduites à tenir suivant les cas.

Un cas de granulie froide. — M. Rouslacroix. Il s'agit d'un malade suivi pendant cinq ans, chez lequel une radiographie montre les deux poumons criblés de granulations de densité inégales, du volume d'un grain de blé. Bordet-Wassermann négatif. Fixation du complément assez marquée à l'antigène de Besedka. La maladie s'achève par des phases consécutives de douleurs rhumatoïdes, de péritonite, enfin de méningite de la base avec paralysie totale du M. O. C. gauche. Il semble bien s'agir d'un cas légitime de granulie froide, malgré quelques points de ressemblance avec la sclérose nodulaire de Macaigne et Nicaud.

Quelques observations de lithotriteur cystoscopique. — M. Chauvin. L'auteur présente le lithotriteur cystoscopique

dont il précise les indications et les résultats : broiement immédiat de la pierre après simple anesthésie urétrale. Les calculs ne doivent pas avoir plus d'un centimètre de diamètre. L'auteur termine en rapportant des observations très démonstratives.

Maladie de Friedreich. — MM. H. ROGER, Albert CRÉMIEUX et Mlle ROBERT. Observation d'un cas de maladie de Friedreich survenu à la suite d'une scarlatine. L'examen du liquide céphalo-rachidien dénote une hyperalbumine légère. Il n'y a pas d'autre cas dans la famille.

Extraction par bronchoscopie directe d'un corps étranger de la bronche gauche, sans trachéotomie, chez un enfant — MM. MOLINIE et PAILLARD. Les auteurs présentent l'observation de ce cas, dans lequel l'extraction fut grandement facilitée par l'examen radioscopique. Ils insistent sur la latence du corps étranger (un mois), sur l'utilité du contrôle radioscopique, et sur les inconvénients de la bronchoscopie après trachéotomie, technique que l'on peut éviter grâce aux appareillages modernes.

Persistance du canal artériel du botal sans autre malformation cardiaque; — M. OLMER et Mlle COULANGE. La particularité de ce cas réside dans sa rareté en tant que malformation existant à l'état isolé, ce qui a permis d'ailleurs de préciser les signes cliniques de la persistance du canal artériel de Botal.

(SÉANCE DE MARS 1929)

Deux cas de kystes hydatiques du poumon chez l'enfant. — MM. CASSOUTE et POINSO apportent ces observations en montrant l'intérêt qui s'y attache, de par leur rareté, de par les problèmes cliniques qu'elles posent. En effet, c'est avec une séméiologie purement pleurale que se sont présentés les malades, et les examens radiologiques seuls ont pu permettre de préciser un diagnostic hésitant au début. Le traitement chirurgical a amené la guérison dans les deux cas.

Chancre mou de la lèvre inférieure chez un homme. — MM. AVON et AUDIER. La contamination par contact direct a amené l'apparition d'une lésion érosive d'un centimètre de diamètre donnant l'apparence d'un chancre mou. L'examen d'un frottis a révélé la présence du bacille de Ducrey.

Kyste embryonnaire suppuré du maxillaire inférieur. — M. BELTRAMI présente un cas de kyste folliculaire du maxillaire inférieur avec une canine incluse. Le kyste était largement étendu et n'avait laissé qu'une bande osseuse très mince. L'extirpation rendue assez délicate par la fragilité du maxillaire a amené une guérison complète avec reformation du tissu osseux.

Un cas de symphyse péricardique tuberculeuse avec symptomatologie abdominale à rapprocher de la cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel. — MM. CASSOUTE, ALLIEZ et LEGRANDY présentent une observation de symphyse péricardique tuberculeuse avec examens de laboratoire et autopsie. Ce cas paraît intéressant à cause de la prédominance des signes abdominaux sur les signes thoraciques. Cette forme paraît devoir être rangée à côté de la cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel à évolution abdominale.

Boutons d'Orient de la main. — MM. VIGNE, ASSADA et AUDIER. Il s'agit d'un Arménien âgé de dix-huit ans qui présente deux ulcérations siégeant, l'une sur le dos de la main, l'autre sur la première phalange de l'index gauche. L'aspect clinique, les examens de laboratoire font porter le diagnostic de boutons d'Orient. Ce cas est à rapprocher de l'observation de Jeanselme présentée à la Société de dermatologie le 8 mars 1928.

Un cas de tétanos grave guéri par la sérothérapie intensive. — M. BOSSY. Le début du traitement eut lieu deux jours après l'apparition des premiers signes et dura onze jours. La quantité de sérum utilisée fut de 1.100 centimètres cubes.

Pelade généralisée hyperesthésique. — MM. VIGNE, ASSADA et AUDIER. Il s'agit d'un sujet atteint de pelade décalvante, diffuse, sans aires, généralisée à tout le corps. Consécutivement à la pelade est apparue une hyperesthésie paroxystique diffuse, picotements, frissonnements, bouffées de chaleur. Au niveau de la face et du cuir chevelu la peau est flasque et présente le phénomène connu sous le nom d'hypotonie de Jacquet.

Iridoplégie traumatique et glaucome secondaire cédant à la luxation secondaire du cristallin dans la chambre antérieure. — MM. Jean SEDAN, CALLAMAND et SEATELLI. Un malade présenta une luxation traumatique du cristallin dans le vitré. La lentille traversa ensuite la pupille en la distendant extrêmement et parvint dans la chambre antérieure. Les auteurs insistent sur diverses particularités, le mode d'opacification du cristallin luxé, le rôle du glaucome dans la rupture des dernières fibres zonulaires et surtout sur le mécanisme du glaucome passager. Ils se rallient aux théories d'Abadie et rappellent le sphincter sympathique qu'il a décrit dans l'iris qui semble bien avoir joué dans leur cas un rôle primordial.

Kyste de l'ovaire tordu et infecté. — M. H. COUSIN. Après un épisode douloureux abdominal une malade présente un syndrome pouvant faire penser à une péritonite tuberculeuse. Une ponction exploratrice ramène un liquide louche et fétide qui rectifie le diagnostic et fait porter celui de kyste de l'ovaire infecté. L'intervention confirma ce diagnostic et eut des suites normales.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 22 MARS 1929)

Arthrite suppurée du genou, symptomatique d'une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. Guérison du foyer osseux après trépanation. Guérison de l'arthrite par ponction unique. — M. MASSABUAU, Mlle SOULAS et M. GUIBAL.

Volumineux hydrosalpinx; ébauche de torsion. (*Présentation de pièces.*) — MM. V. RICHE, G. VILLA et G. FAYOT.

Abcès méconnu du lobe frontal droit. (*Présentation de pièces.*) — MM. L. RIMBAUD, F. CHARDONNEAU et G. JAYLE.

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVEL ESSAI D'ENDOCRINOTHÉRAPIE INTERSEXUELLE. L'EXTRAIT SPERMATOGÉNÉTIQUE (ANDROSTINE) ET SON EMPLOI CHEZ LA FEMME (1).

Par le docteur Jean PERSON.

Très important travail dans lequel l'auteur s'est donné pour tâche de passer au crible de la discussion physiologique et de l'expérimentation clinique les travaux si nombreux qu'a suscités depuis quelques années l'application antagoniste, c'est-à-dire à la femme, de l'opothérapie orchitique. L'imposante bibliographie qui termine le volume, et qui sera vivement appréciée des physiologistes et cliniciens s'intéressant à la question, montre que celle-ci a été abordée par un

(1) *Th. de Paris*, 1928, présidence du professeur Carnot.

grand nombre d'auteurs, quoique sous des angles divers, de telle sorte qu'il semble permis aujourd'hui de dresser le bilan des véritables acquisitions faites dans ce domaine. On les trouvera dans les conclusions de cette importante étude desquelles il ressort que l'opothérapie spermatogénétique par l'androstine, grâce à son action substitutive, stimulatrice ou régulatrice suivant les cas, est appelée à rendre de grands services aux malades atteintes de troubles des fonctions génitales et du déséquilibre général qui leur est presque toujours consécutif.

LIVRES NOUVEAUX

Le cardiogramme de décubitus latéral gauche en clinique. Analyse, interprétation, rapports avec la valeur fonctionnelle du cœur (1), par V. Pachon, professeur de physiologie et Roger Fabre, sous-directeur de laboratoire, à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Dans son magistral ouvrage *Clinique médicale de la Charité*, Potain continue d'accorder à l'oreillette une part *normale* et *importante* dans le déterminisme du choc de la pointe du cœur. Ainsi, malgré l'œuvre analytique cardiographique de Chauveau et Marey, pourtant si précise et poursuivie dans les conditions expérimentales les plus rigoureuses, l'opinion clinique restait encore, trente ans après, indécise et confuse sur les rapports étroits de la pulsation cardiaque avec la systole ventriculaire.

(1) Un volume in-16 de 88 pages, avec 96 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

C'est que l'exploration cardiographique se faisait alors, chez l'homme, en dehors de toute règle systématique. Et les cardiogrammes variés et disparates obtenus dans de telles conditions ne se prêtaient à aucune analyse physiologique précise, pas plus qu'ils ne permettaient aucune application pathologique sûre.

Le professeur Pachon a montré que la *cardiographie systématique dans le décubitus latéral gauche*, en permettant d'obtenir à l'état physiologique des cardiogrammes de *type spécifique, constant*, et *homologue au tracé de pression intra-ventriculaire*, apportait aux études cardiographiques la base rationnelle qui, précisément, avait manqué à leur développement, c'est-à-dire l'*étalon fonctionnel de l'état normal*. Ainsi codifiée et rénovée, la cardiographie peut et doit reprendre son rôle parmi les méthodes d'exploration clinique du cœur.

Préoccupés essentiellement d'utilité et de réalisation pratique, les auteurs, après une introduction technique minutieuse, font un exposé objectif, constamment illustré d'exemples graphiques, des diverses modifications que peuvent présenter, à l'état pathologique, les divers accidents normaux du cardiogramme de décubitus latéral gauche. Ils examinent ainsi successivement les caractéristiques variées de la systole ventriculaire, de l'intersystole, de la mise en tension ventriculaire et de l'ouverture des sigmoïdes, du plateau d'évacuation ventriculaire, de la décontraction ventriculaire et de la fermeture des sigmoïdes, de l'ouverture des valvules auriculo-ventriculaires, de la diastole du cœur. Chaque anomalie fait l'objet d'une étude analytique et séméiotique.

Les auteurs montrent, en particulier, tout le bénéfice que l'on peut retirer de l'interprétation judicieuse d'un cardiogramme de décubitus latéral gauche, correctement enregistré,

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin et 10 Juillet 1928)
DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU
DELBIASE
STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
DÉPÔT: LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS
— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER
R. PICARD
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

GYNOCRINOL
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). - *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule: Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*)
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL

liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES :**
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :**
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

LE Zinc-Sulfarsénol

Adopte par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927) :

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

pour la connaissance de la *valeur fonctionelle du cœur*. Si l'on songe que c'est là le désideratum fondamental de toute investigation cardiologique, on voit tout l'intérêt de leur ouvrage dans la pratique médicale journalière. L. G.

L'Individualité du sang en biologie, en clinique et en médecine légale, par le professeur Leone LATTES, professeur à la Faculté de médecine de Modène. Un volume de 320 pages avec 66 figures. — Prix : 50 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU RECTUM

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Par le toucher rectal, il faudra préciser avec soin l'**extension locale du cancer** :

En avant, vers la prostate et la base de la vessie chez l'homme.

L'envahissement de la cloison recto-vaginale est plus tardif chez la femme et de moindre gravité.

Latéralement aux releveurs et aux fosses ischio-rectales, dont on appréciera la consistance.

En arrière enfin au sacrum, propagation qui peut rester longtemps indolente.

Enfin, on tentera de préciser la *mobilité rectale* par des manœuvres d'abaissement.

La *rectoscopie* pourra préciser l'*extension en hauteur*. On pourra aussi s'aider du toucher vaginal.

La radioscopie après lavement opaque montrerait une sténose et pourrait également contribuer à établir sa hauteur.

Enfin, dans les cas douteux, on demandera à la cystoscopie l'affirmation de l'envahissement vésical.

Mais tous ces examens restent d'interprétation délicate; il est en effet un élément important dont il est impossible de faire la part : c'est le facteur *infection* qui intervient de façon constante pour modifier les données de l'examen clinique.

Il est également impossible d'apprécier l'envahissement lymphatique, les ganglions du mésorectum étant inaccessibles. Exceptionnellement il y a adénite inguinale.

L'EXAMEN GÉNÉRAL portera sur :

— L'*état du foie*, siège possible de métastases;

— L'état du cœur, du poumon, des *éliminations rénales*, en vue de préciser la résistance du sujet.

EVOLUTION. TERMINAISON

Laissé à lui-même le cancer rectal est mortel en dix-huit mois environ. Il évolue vers une phase terminale de complications et de cachexie.

Les douleurs deviennent atroces par prise du plexus sacré; elles sont à peine calmées par la morphine. La diarrhée est incoercible. Les hémorragies se répètent, anémiantes.

En même temps, la cachexie progresse et le malade meurt squelettique, couvert d'escarres et fébrile.

Cette terminaison peut être hâtée par des *complications* :

— Une occlusion aiguë;

— Des métastases, hépatiques ou péritonéales;

— Des suppurations locales ou des infections telles qu'une péritonite ou une cellulite pelvienne spontanées.

L'anurie par envahissement urétéral est rare et très tardive.

FORMES CLINIQUES

1° **Cancer anal.** — Il n'est pas très fréquent. C'est avant tout un cancer douloureux, à symptomatologie fissulaire ou hémorroïdaire, rapidement incontinent et *infecté*.

Les rectorragies sont importantes à mettre en évidence.

L'*examen physique* montre souvent un aspect banal.

C'est un bourrelet hémorroïdaire au milieu duquel se cache une petite *végétation polypeuse* à caractères anormaux.

Ou bien c'est une *ulcération fissuraire* cachée dans les plis radiés.

Le saignement, la friabilité, l'induration basale feront penser au cancer et mèneront dans les cas embarrassants à la *biopsie*.

Plus tard, l'infiltration ayant gagné, l'*incontinence sphinctérienne* apparaît. Au toucher le canal anal est largement envahi, une fosse ischio-anale indurée : le sphincter est hypotonique.

Il faut préciser la *propagation en surface* au périnée, palper les *ganglions inguinaux* qui sont pris précocement et *des deux côtés* et qui vont s'infecter rapidement.

Des suppurations locales ou ganglionnaires peuvent hâter l'évolution de cette forme.

2° **Cancer recto-sigmoïdien.** — Il est essentiellement *sténosant*.

Le malade est le plus souvent progressivement inquiété par ses troubles intestinaux : c'est une constipation opiniâtre, apparaissant sans cause chez un homme de plus de quarante ans. Elle évolue avec le type de la subocclusion chronique, alternant avec des crises diarrhéiques.

Elle peut brusquement se compléter et réaliser une occlusion aiguë.

Les *hémorragies* devront être recherchées par les épreuves cliniques (Meyer, Weber).

L'*examen clinique* est pauvre. Le plus souvent, même en s'aidant de la position déclive et en faisant pousser le malade, le toucher rectal ne montre pas la tumeur. On a insisté sur la vacuité et la dilatation de l'ampoule.

C'est surtout l'*examen radiologique* qui peut montrer le siège et la nature organique de la sténose.

Enfin la *rectosigmoïdoscopie* est l'examen capital. Elle permet souvent d'atteindre la lésion, en s'aidant de l'insufflation et après cocaïnisation.

L'épreuve de l'atropine éliminera l'élément spasmodique.

On pourra alors apercevoir le cancer sous ses aspects habituels :

— Forme infiltrée sous-muqueuse réalisant une sténose circulaire.

— Forme ulcéreuse ou bourgeonnante.

Le pronostic du cancer sus-ampullaire est relativement bon : son évolution est relativement moins rapide vers l'extension, en particulier péritonéale (cul-de-sac de Douglas), son abord chirurgical plus simple.

3° **Formes symptomatiques.** — Nous n'insisterons pas sur les nombreux aspects que peut revêtir le cancer du rectum suivant le symptôme dominant.

Disons seulement qu'il est *très souvent latent*, masqué par un syndrome entéritique, dyspeptique, hémorroïdaire, qu'il peut se révéler par des troubles généraux isolés (anémie, amaigrissement).

C'est dire l'importance du *toucher rectal systématique*.

De même l'évolution est variable, il est des formes lentes et des formes rapides, particulièrement chez les jeunes.

Enfin il faut savoir dépister le cancer pouvant apparaître sur un état pathologique antérieur (polypose adénomateuse, rétrécissements, dysenterie).

Quant aux formes anatomiques telles que la linite plastique, le cancer colloïde, le cancer total ou le sarcome, elles sont extrêmement rares. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 49, p. 911.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Traitement spécifique de l'Hypofonctionnement ovarien

HORMOVARINE BYLA

FOLLICULINE PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE

Dysménorrhée - Aménorrhée
Ménopause - Castration chirurgicale - Stérilité

En boîtes de 6 ampoules de 1 c. c. titrées à 10 unités de folliculine

Littérature aux **ETABLISSEMENTS BYLA**, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS — R. C. Seine 71.895

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

NÉOLYSE et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 134.569



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites t floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure

3 flacons dans la matinée

Cure de Régime

1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — Séance du 26 juin. — Question donnée : « Anatomie macroscopique du tronc de la veine cave inférieure. »

Questions restées dans l'urne : « Anatomie et physiologie du nerf obturateur et de ses branches, sans les origines réelles. — Anatomie macroscopique de la glande parotide. »

Séance du 27 juin. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonienne. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic des compressions médiastinales. — Symptômes, diagnostic et traitement de la gangrène pulmonaire. »

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Interprétation de cliché.* — Séance du 25 juin. — MM. Ordioni, Desgrez et Delapchier, 12 ; Bussy, 9 ; Beau, 11 ; Serrand, 13 ; Moutard, 11 ; Touber, 9 ; Le Goff et Marchand, 11 ; Porche, 9.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours, MM. Fontan et R. de Grailly sont nommés médecins adjoints des hôpitaux.

— MARSEILLE. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 4 novembre 1929, à 9 h.

Les candidats devront se faire inscrire et déposer leur dossier au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, avant le 21 octobre 1929, terme de rigueur.

— Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 18 novembre 1929, à 9 h. du matin.

Les candidats devront se faire inscrire et déposer leur dossier au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, avant le 4 novembre 1929, terme de rigueur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — L'assemblée des professeurs et des agrégés, dans sa réunion du 20 juin 1929, a présenté au décanat M. le professeur Roger, doyen de la Faculté, dont le mandat doit se terminer en juillet 1929.

— LILLE. — M. Ingelrans, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale à ladite Faculté.

INSTITUT D'HYGIÈNE. — COURS SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE. — La session de 1929 a réuni 40 auditeurs, parmi lesquels 35 ont obtenu le diplôme d'hygiène et sont nommés médecins diplômés de l'Université de Paris.

Ce sont : MM. Adrian (France), Alvarado (Guatemala), Antébi (Egypte), Bardin (France), Basmadjian (Iraq), Bazowitch (Yougoslavie), Bichara (Egypte), Mlle Cahen, M. Comet, Mlle Domela, MM. Foucaud, Funch-Hellet et Godard (France), Hakobian (Arménie), Jimenez, Mlles Laforest, Lecomte, MM. Lainé et Lemaire (France), Lichaa (Egypte), Le Koanting (Chine), Mme Maftas (Grèce), MM. Morin (France), Nouéri Syrie), Penet et Pigot (France), d'Errico Sarmiento (Répu-

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

blique Argentine), Schatz et Snerb (France), Sui Tchoang Suin (Japon), Solignac (France), Taha Hussein (Syrie), Thévenin et Vidal (France), Yuen Sing Tsong (Chine).

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Le *Journal officiel* du 26 juin publie trois circulaires relatives :

1° A l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales et pour des emplois de professeur agrégé de chirurgie et de professeur agrégé de médecine;

2° A l'ouverture d'un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales et pour l'emploi de professeur agrégé de chimie, pharmacie, toxicologie;

3° A l'ouverture d'un concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ludovic Delpech (de Paris), Alfred Baldensperger (de Saint-Vit, Doubs), Léon Nègre, Alphonse Pancrazi et Eugène Madaille (de Marseille), le médecin-colonel Rencurel (des troupes coloniales); Fernand Péchoutre, professeur honoraire au lycée Louis-le-Grand; décédé à Nérac.

CHRONIQUE

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Sous la conduite d'un de leurs maîtres, M. le professeur Maurice Perrin, une cinquantaine d'élèves et anciens élèves de la Faculté de médecine sont allés visiter, au cours des vacances de la Pentecôte, les stations thermales du Charollais et du Bourbonnais.

Dans la matinée du 18 mai, ils traversèrent l'ancien oppidum gaulois d'Alésia devenu le village d'Alise-Sainte-Reine, puis la pittoresque cité de Semur. Ce fut ensuite le voyage en auto-cars d'une région particulièrement riche du Morvan : Précy-sous-Thill, Saulieu, le lac des Settons, Château-Chinon, Moulins-Engilbert.

Le soir, la caravane débarquait à *Saint-Honoré-les-Bains* où elle fut saluée par les docteurs Charpin et Silvestre : station à la fois climatique et thermale aux eaux sulfureuses et arsenicales, c'est par excellence le refuge de tous les débilités des voies respiratoires. La cordialité de l'accueil fait aux visiteurs ainsi que le cadre de verdure de cette station devaient leur rendre très agréable ce court séjour.

Le lendemain, visite des deux Bourbons : le matin, *Bourbon-Lancy* en Saône-et-Loire, où les voyageurs sont reçus par les docteurs Piatot, Compin, Bellœuf et Henri Pain : station aux eaux hyperthermales, radio-actives, très efficaces dans les affections rhumatismales et leur localisation cardiaque.

L'après-midi, visite de *Bourbon-l'Archambault*, dans l'Allier. Le docteur La Couture rappelle, dans un bref historique, la vogue de cette station au XVIIe siècle au temps de Mme de Montespan, puis donne les indications principales de ses eaux : rhumatismes et algies de toute nature.

Le 20 mai, après une nouvelle randonnée, la caravane arrive à *Evaux*, aux confins du Puy-de-Dôme et de l'Allier : réception très amicale avec M. Bouchard, directeur, et le docteur Benabu; visite de l'établissement et des sources thermales déjà connues des Romains, très actives dans les affections goutteuses et rhumatismales.

Le même jour, dans l'après-midi, les voyageurs firent la connaissance de *Néris-les-Bains*. Grâce à l'activité de son maire, M. le docteur Decloux, cette coquette station est en pleine prospérité. Les docteurs Macé de Lépinay, Josson, Bernard, Ecochard firent les honneurs des établissements thermaux. Les propriétés thérapeutiques de ces eaux hyperthermales, la situation privilégiée de Néris sur les derniers contreforts du Massif Central légitiment la réputation de cette station dont l'action sédative est universellement connue.

Les journées du 21 et du 22 mai avaient été réservées pour la visite de *Vichy* : les auto-cars y débarquèrent le 21 mai, à 11 heures. La Faculté de Nancy se joignit à la Faculté de Bordeaux qui était également venue à Vichy sous la direction de M. le docteur Sellier, professeur d'hydrologie.

Les deux facultés assistèrent à une conférence donnée dans une salle de l'établissement thermal par le docteur Guinard, président de la Société des sciences médicales de Vichy. Ce dernier leur fit un très intéressant exposé sur les ressources thérapeutiques innombrables et la richesse des installations thermales de cette belle station.

Après un déjeuner amical au restaurant du Casino, les voyageurs visitèrent, sous la conduite de leurs confrères de Vichy, le grand établissement thermal. Ils purent y admirer les installations si complètes d'hydrothérapie, de mécanothérapie et d'électrothérapie, puis les différentes sources de l'Etat.

Ce fut ensuite la visite du Sporting-Club situé en bordure de l'Allier, dans un cadre paisible et reposant.

Le soir, dans une des salles du Carlton, le banquet de clôture donna lieu à une réunion particulièrement cordiale. M. Normand, secrétaire général de la Compagnie fermière, présidait, ayant à ses côtés le professeur Sellier, le professeur Perrin, les professeurs Bonnin et Creyx, de la Faculté de Bordeaux. Après le toast de M. Normand, les professeurs Sellier et Perrin remercièrent la Compagnie fermière de Vichy et exprimèrent leur satisfaction de l'accueil qui leur avait été fait.

Le lendemain, après la visite des pastilleries de Vichy, les étudiants reprirent le train pour Nancy. Ils emportaient de leur voyage un souvenir excellent, tant au point de vue des connaissances acquises qu'au plaisir qu'ils avaient eu à visiter une belle région de la France.

Le plein succès de ce voyage a récompensé justement ses organisateurs et laisse les étudiants qui l'ont suivi pleins de gratitude à l'égard de ceux qui l'ont rendu possible.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre V à X gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée................	} *ââ* 15 gr.
Magnésie calcinée.............	
Bicarbonate de soude..........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau)

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

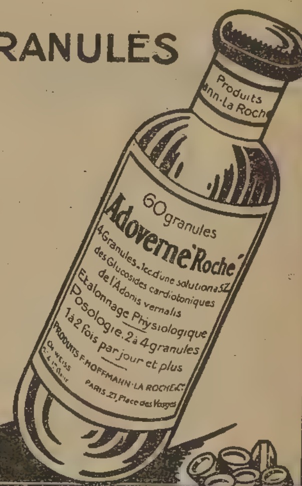
ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée

GOUTTES

GRANULES





Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

CRÈME de PROTÉINES

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX

FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 30.923

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

LA LIPO-ARTHRITE SÈCHE BILATÉRALE ET SYMÉTRIQUE DES GENOUX

VARIÉTÉ FRÉQUENTE DU RHUMATISME OVARIEN DE LA MÉNOPAUSE

ÉTUDE SÉMIOLOGIQUE ET INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE (1)

PAR

R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON

Médecin des hôpitaux de Paris.

Ancien int. des hôpit. de Paris, Médecin de l'hôpital thermal Reine-Hortense d'Aix-les-Bains.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Elle se fait à bas-bruit vers la chronicité, la bilatéralité et la symétrie, sans pour ainsi dire jamais montrer de tendance à l'extension ou la généralisation des arthrites. Llewellyn et B. Jones, Thomson et Gordon pensent qu'elle passe par deux stades successifs, d'abord synovite villeuse, puis ostéo-arthrite comportant des lésions osseuses : à l'appui de leur opinion, nous devons signaler des faits assez nombreux dans lesquels nous avons trouvé le syndrome physique isolé sans association d'aucun trouble subjectif.

Les complications sont presque toujours tardives : elles peuvent être *locales* ou *générales*.

a. *Complications locales.* — Parmi celles qui sont fréquentes, mentionnons : 1° les *entorses* qui frappent facilement les articulations des genoux et des pieds aux capsules trop lâches et aggravent l'arthrite antérieure : peut-être existe-t-il également une prédisposition spéciale aux fractures; 2° *les corps étrangers articulaires* : il n'est pas exceptionnel de trouver une petite souris à la partie inféro-externe ou inféro-externe du cul-de-sac sous-quadricipital. Il semble probable qu'elle s'est développée aux dépens d'une frange synoviale hypertrophiée; elle ne provoque presque jamais de syndrome de blocage; 3° *la réduction du jeu articulaire* : elle met des années à se constituer et porte sur la flexion beaucoup plus fréquemment que sur l'extension; 4° *le développement progressif du cercle graisseux péri-rotulien* : parfois, il s'exagère en un de ses secteurs pour dessiner une saillie lipomateuse du volume d'une noix, d'un petit œuf. Chez deux femmes âgées et très obèses qui pouvaient encore marcher avec une canne, nous avons vu deux genoux gras vraiment monstrueux dans lesquels la rotule était luxée en dehors, ne gardant plus contact qu'avec le seul condyle externe; faut-il y voir l'aboutissement d'une lipo-arthrite? Et en est-il de même du lipome articulaire arborescent de Jean Müller? Une observation plus prolongée nous permettra, nous l'espérons, de répondre à ces questions.

Malgré l'opinion de Piatot, l'hydarthrose nous semble vraiment rare; pour une fois, la dénomination d'arthrite sèche est véritablement justifiée. C'est aussi une forme froide, car les poussées subaiguës sont des moins communes.

b. *Complications générales.* — Nous avons déjà dit que dans la règle les autres jointures sont respectées. Mais, ce qu'on note souvent, c'est une accentuation progressive de l'*obésité* à la faveur des restrictions qu'apporte la lipo-arthrite à l'exercice physique, à la marche en particulier; il s'établit entre elles un cercle vicieux qui exagère la surcharge adipeuse et aggrave les conditions mécaniques dans lesquelles travaillent les articulations.

Le *pronostic* découle des considérations que nous venons d'exposer : dans l'ensemble, il doit être tenu pour bon en raison du caractère strictement localisé des déterminations rhumatismales, de la conservation d'un état général floride, de l'action très habituellement favorable du traitement.

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Comme on le voit, la sémiologie et l'histoire évolutive donnent à ce complexe clinique si fréquent des allures bien tranchées et tout naturellement, la question se pose de savoir s'il s'agit d'une entité morbide vraie ou d'un syndrome commun à plusieurs causes efficientes? Sans faire preuve d'un dogmatisme qui serait déplacé dans le domaine des rhumatismes chroniques, nous inclinons nettement en faveur de la première de ces opinions; nous croyons en effet, que la lipo-arthrite dépend :

1° *Essentiellement d'un dysfonctionnement de l'ovaire, consistant en une insuffisance ou une suppression de sa sécrétion interne.*

2° *Accessoirement de facteurs seconds : dysendocrinies d'autres glandes, obésité, troubles statiques, varices.*

Sans discuter dans toute son ampleur ce délicat problème pathogénique, nous allons exposer les arguments qui viennent à l'appui de notre thèse.

I. Rôle de l'insuffisance ovarienne. — Il nous paraît bien établi pour les raisons suivantes :

a. *Fréquence chez la femme.* — Cette forme est vraiment spéciale à la femme : il ne s'agit pas d'une prédilection marquée comme dans le rhumatisme déformant, mais bien d'une quasi-exclusivité. En regard de centaines de cas féminins que nous avons observés, nous ne l'avons guère rencontré qu'une seule fois chez l'homme. Ce sujet présentait nettement des attributs de féminité, absence de moustache et de barbe, gynécomastie, obésité, qu'on était en droit de rattacher à une insuffisance testiculaire.

Soulignons également ce fait suggestif que la lipo-arthrite manque dans le pied *valgus* douloureux des adolescents, affection qui est nettement plus fréquente chez les garçons.

b. *Apparition à la ménopause naturelle.* — Etant entendu que, avec M.-P. Weil, nous donnons à ce terme une signification élargie dans le temps, on ne peut manquer d'être frappé par le *rapport chronologique* rigoureux qui existe entre le retour d'âge et le type clinique que nous avons décrit. Sauf le cas

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 50, p. 917.

de dysovarie ou encore celui de castration envisagé au paragraphe suivant, on ne l'observe pour ainsi dire jamais avant quarante-cinq ans, et, quand on interroge les vieilles femmes, c'est toujours vers la cinquantaine qu'elles font remonter le début de leurs troubles articulaires.

c. *Rôle déterminant de la ménopause chirurgicale.* — Peut-on aller plus loin et admettre une relation de causalité véritable? Oui, et notre conviction repose sur les faits d'ordre quasi-expérimental dans lesquels la lipo-arthrite s'est développée après ablation des deux ovaires : nous en possédons pour notre part plus de trente observations. La preuve est péremptoire : elle nous éclaire sur ce qui se passe dans la ménopause naturelle.

Il subsiste deux points complémentaires sur lesquels nous n'avons pas encore de documents personnels : nous les recommandons particulièrement à l'esprit investigateur de nos confrères, les recherches nouvelles qu'ils nécessitent constituant un contrôle intéressant des idées que nous défendons ici :

1° Voit-on la lipo-arthrite après castration radiothérapique?

2° La question des greffes ovariennes est encore très controversée (G. Cotte), et dans bien des cas le greffon perd rapidement sa vitalité. Il semble cependant que la conservation d'un ovaire et d'un moignon utérin (T. Tuffier), au cours de l'hystérectomie, protège efficacement les opérées contre les accidents de la ménopause artificielle : nous demandons si elle les met également à l'abri de la lipo-arthrite?

d. *Association à d'autres signes d'insuffisance ovarienne.* — Nous les avons déjà suffisamment décrits pour n'avoir pas à y revenir. A titre de signes concomitants, ils dénoncent l'origine ovarienne de la lipo-arthrite.

e. *Absence habituelle d'infections et d'intoxications.* — Il faut signaler chez les malades l'absence habituelle dans le passé et le présent des grandes dyscrasies infectieuses (gonococcie, syphilis, etc.) et toxiques (goutte, etc.) susceptibles de retentir sur les articulations. Remarque digne d'être soulignée, dans ce type morbide, la plupart des auteurs anglais dénient toute influence déterminante aux *septic foci*. Mais il faut se garder de trop vite généraliser et ne pas oublier la possibilité de formes mixtes, mettant en jeu plusieurs causes déterminantes. Il peut donc y avoir des faits de passage qui établissent la liaison entre la lipo-arthrite pure par dysovarie et d'autres variétés pathogéniques, en particulier, croyons-nous, le rhumatisme goutteux.

II. Rôle des facteurs accessoires. — Dans ce cadre rentrent les dysendocrinies non ovariennes, l'obésité, les troubles statiques, les varices : nous envisagerons brièvement leur mode d'action.

a. *Autres dysendocrinies.* — Un réseau complexe de synergies maintient une étroite interdépendance entre les divers éléments du système endocrinien; on notera donc souvent des signes d'hyperfonctionnement, d'insuffisance ou d'instabilité dans le domaine d'autres glandes, en particulier celui du corps thyroïde. Llewellyn et B. Jones, Thomson et Gordon insistent beaucoup sur l'importance de l'hypothyroïdisme.

b. *Obésité.* — L'obésité de la ménopause est si fréquente qu'il est naturel de la rattacher directement à la suppression des fonctions menstruelles. A un degré généralement modéré, elle s'associe généralement à la lipo-arthrite; elle peut cependant faire défaut et nous avons rencontré l'affection chez des maigres qui présentaient cette seule adipose localisée. C'est pourquoi nous regardons l'obésité comme un facteur second, simplement adjuvant.

Quand elle existe, elle exerce une influence mécanique; le surcroît de poids favorise le développement du pied plat *valgus* et impose un effort supplémentaire à des genoux déjà tarés par leur mauvaise conformation.

c. *Troubles statiques.* — Signalons ici l'exagération manifeste de l'angulation normale du genou en valgum, la grande fréquence du pied plat *valgus* avec chute plus ou moins accentuée de la voûte plantaire interne — il peut cependant manquer, comme l'ont bien vu Thomson et Gordon — la laxité ligamentaire facile à mettre en évidence aux genoux, aux chevilles, aux coudes, aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Nous croyons que tous ces « vices de forme » constituent des causes d'appel pour localiser sur les genoux un processus articulaire à la faveur du déséquilibre statique.

d. *Varices.* — Les varices ne sont pas absolument constantes; quand elles existent, elles ont généralement précédé de dix à vingt ans l'apparition de l'arthrite. Elles agissent, soit en altérant la nutrition de l'article par la stase qu'elles provoquent, soit en éraillant et en distendant les ligaments et les tendons péri-articulaires.

INTERPRÉTATION

De cette discussion nous pouvons tirer des conclusions *pathogéniques*; l'insuffisance ovarienne de la ménopause paraît bien être la dominante, le *primum movens*, le seul élément absolument constant; mais pour réaliser la lipo-arthrite il lui faut l'appoint de certaines circonstances générales ou locales; c'est pour cela que, à la cinquantaine, l'affection se rencontre non chez toutes les femmes, mais seulement chez certaines d'entre elles.

Cependant nous ne saisissons encore ni la filiation rigoureuse des phénomènes, ni les détails complets de leur mécanisme pathogénique. En gros, le schéma suivant rend bien compte de notre conception :

ménopause
↙ dysovarie) ↘
lipo-arthrite ⇄ obésité.

En réalité, il comporte encore bien des inconnus : nous ne ferons que les signaler.

La ménopause détermine-t-elle les troubles articulaires à la fois par les viciations humorales qu'elle

entraîne, la décalcification par exemple, et par l'obésité qu'elle développe? Mais dans ce cas comment expliquer cette affinité élective pour les genoux alors que restent indemnes les coxo-fémorales dont le rôle mécanique est tout aussi important? D'autre part, la graisse ne se dépose-t-elle pas à la faveur d'un processus de cellulite analogue à celui qu'on a de plus en plus tendance à invoquer dans certaines formes au moins de la maladie de Dercum (Guy Laroche)? Paviod et Stockman insistent beaucoup sur l'importance capitale, selon eux, de cet élément *panniculite*. Dans cette hypothèse, l'involution sexuelle n'agirait-elle pas en laissant le champ libre à des auto-intoxications jusque-là inhibées ou neutralisées par les hormones ovariennes? Et n'est-ce pas le lieu de faire intervenir les mystérieuses et un peu problématiques *ménotoxines*? Enfin, quelle est la part des dysendocrinies associées dans ce déterminisme complexe?

Nous posons simplement ces questions sans y apporter encore de solution. Les documents bio-chimiques — analyses de sang, tests glandulaires, métabolisme basal, etc. — nous font encore défaut. Souhaitons que, aidés d'une patiente observation clinique, ils nous permettent d'y répondre.

TRAITEMENT

Il doit s'inspirer avant tout des notions étiologiques et pathogéniques que nous venons d'étudier.

L'indication majeure est donc l'*opothérapie ovarienne et folliculaire,* à doses massives et longtemps prolongées, administrées *per os* ou par les voies hypodermique ou intramusculaire. Dans certains cas il y a lieu de lui associer l'extrait de thyroïde, plus rarement la poudre de parathyroïde ou de lobe antérieur d'hypophyse.

Comme médications adjuvantes, citons le soufre et l'iode, l'iodure de potassium très vanté par Cécil et Archer, le phosphore (phosphure de zinc) qui nous a donné de beaux succès.

Il convient également de réduire l'obésité par le régime, l'exercice physique, etc., de corriger le pied plat par des supports plantaires dont il existe d'excellents modèles dans le commerce, et par une gymnastique adéquate (Llewellyn et B. Jones); peut-être aussi d'appliquer aux varices une des thérapeutiques modernes de sclérose oblitérante.

Enfin, il faut tirer parti des cures thermales qui comportent le massage sous l'eau chaude, *général*, contre la corpulence, et *local*, contre la lipo-arthrite. Une expérience prolongée nous permet de déclarer qu'elles trouvent ici une de leurs meilleures indications.

Ce traitement, dont nous venons d'esquisser les directives principales, contribue beaucoup à faire de l'affection une forme mineure et curable du rhumatisme chronique.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RUSSELL L. CECIL et Benjamin H. ARCHER. Arthritis of the menopause, a study of 50 cases, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 10 janv. 1925, vol. LXXXIV, p. 75-79.

Climacteric arthritis. Discussion à la *Royal Society of medecine de Londres*, mars 1927 : Llewellyn et B. Jones, Burt, Thomson et Gordon, Buckley, Coates, Cumberbatch, etc. Analyse dans les *Archives of medical hydrology*, août 1928, n° 3, p. 102.

COTTE (Gaston). *Les Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique*, Paris 1928, 570 pages, 117 figures, Masson et Cie.

DALSACE (J.). Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral. A propos d'ostéopathies douloureuses succédant à la ménopause artificielle, *Th. de Paris*, 1926, 108 pages, 6 figures, Arnette.

FISHER (Timbrell). *Chronic (non tuberculous) arthritis*, Londres 1929, 232 pages, 186 figures, H. K. Lewis, éditeur.

FOLLIET (L.). Sur certaines formes d'arthrite sèche des genoux et leur traitement à la ménopause, communication au *XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales de Lyon*, 5-9 oct. 1927. Volume des communications édité en 1928 par l'Expansion scientifique française, p. 272-274. Discussion : M. Piatot.

GILLET (P.). Le rhumatisme chronique ovarien, *Bull. méd.*, 21-24 juillet 1926, n° 31, p. 873-877.

GLOVER (Alison). *Ministry of Health Report*, n° 25 (cité par Timbrell-Fisher.

LAROCHE (Guy). Adipose douloureuse et maladie de Dercum. Sa pathogénie cellulitique, *Ann. de méd.*, mai 1928, n° 5, t. XXIII, p. 445-453.

LLEWELLYN et BASSETT (Jones). *Fibrositis*, 2e édition, Londres 1919, 693 pages, W. Heinemann, éditeur.

LLEWELLYN. *Aspects of rheumatism and gout. Their nature, prevention and control*, Londres 1927, 295 pages, W. Heinemann, éditeur.

LERICHE. Traitement de certaines douleurs osseuses et musculaires consécutives à la castration (faux rhumatismes par carence), *Journ. de méd. de Lyon*, 5 janv. 1925, n° 120, p. 17-18.

MABILLE. L'adipose douloureuse des genoux, *Revue de technique médicale*, 1924.

PAVIOT (J.). Les cellulites. Leurs rapports avec les troubles hépato-digestifs. Leurs terrains, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1926, p. 347-359.

Rheumatic diseases (proceedings of a conference held at Bath 10 th and 11 th may 1928). Edité par le Conseil municipal de Bath, 1928, 292 pages. (Cf. notamment les communications de Llewellyn, W. Langdon Brown, G. Thomson, H. Strauss.)

STOCKMAN. Chronic muscular rhumatism and panniculitis, *Brit. med. Journ.*, 25 fév. 1928, n° 3.503, p. 293-295.

THÉVENARD (André). Les dystonies d'attitude, *Th. de Paris*, 1926, 193 pages, 27 figures.

THOMSON et GORDON. *Les Maladies rhumatismales chroniques. Diagnostic et traitement*, trad. franç. de A. Françon, Paris 1928, 220 pages, Alcan.

WEIL (M.-P.). Le rhumatisme de la ménopause, *Semaine des hôpit. de Paris*, 15 fév. 1928, n° 4, p. 109-120, et 1er mars 1929, n° 5, p. 148-158.

WEISSENBACH (R.-J.) et FRANÇON (F.). *Causes et traitements des rhumatismes chroniques*, Paris 1928, 368 pages, Collection des Actualités de médecine pratique, G. Doin et Cie.

WEISSENBACH (R.-J.) et FRANÇON (F.). Una forma frecuente de reumatismo de la menopausa : la lipo-artritis bilateral y simetrica de las rodillas, *Prensa med. argentina*, 10 avril 1929, n° 31.

Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, par le docteur L. DUFOURMENTEL. (Préface de M. le professeur SEBILEAU.) Un vol., 228 pages, 69 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUIN 1929)

Analyse spectographique des cendres de sang et d'organes. — MM. Paul DUTOIT et Christian ZBINDEN.

Le drainage osmotique. — M. E. DOUMER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1929)

Les sanatoriums des Petites-Roches. — M. CAZENEUVE décrit les trois sanatoriums en construction aux Petites-Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet dans l'Isère. Ils donneront un total de 1.100 lits. Tout en constatant leur situation très avantageuse, M. Cazeneuve élève des critiques sur l'énorme dépense engagée. Elle dépassera probablement 60 millions, ce qui porte le prix du lit à 55.000 francs!

Vaccination par le B. C. G. et mortalité tuberculeuse. — M. Léon BERNARD à la séance du 15 janvier dernier, au cours d'une discussion sur le B. C. G., communiquait une impression tirée de son observation à la crèche de l'hôpital Laennec, à savoir qu'il y recevait depuis quelque temps moins d'enfants prémunis, et que le nombre des formes évolutives de tuberculose chez les nourrissons admis y croissait parallèlement.

Il a fait relever les chiffres, les voici :

En 1926, sur 105 enfants admis à la crèche, 10 avaient reçu le vaccin de Calmette, donc 9,6 p. 100 : la mortalité tuberculeuse a été cette année de 10 p. 100.

En 1927, le nombre des admissions a été de 140, dont 18 prémunis par le B. C. G.; donc une proportion de 12,8 p. 100 : la mortalité tuberculeuse s'abaisse à 8,5 p. 100.

Dans le premier semestre de 1928, 68 enfants sont reçus, dont 26 prémunis; donc une proportion de 38,2 p. 100 : la mortalité tuberculeuse tombe à 4,5 p. 100.

Dans le deuxième semestre de la même année, 42 enfants sont admis, dont 10 prémunis; donc une proportion de 3,8 p. 100 : *la mortalité tuberculeuse se relève à 14 p. 100 !*

N'est-ce pas la démonstration très nette de l'impression dont M. Léon Bernard avait fait part à l'Académie.

Le surmenage scolaire. — M. LESAGE apporte son rapport rédigé au nom de la Commission qui avait été nommée pour examiner cette question.

Le rapporteur conclut à la diminution des heures de classe et à une plus judicieuse répartition. Les maxima préconisés pour le travail intellectuel sont : deux heures de classe de six à sept ans, quatre heures de dix à onze ans, six heures à quinze ans, sept à huit heures à partir de seize ans. Il est désirable de placer dans l'après-midi les séances d'éducation physique.

Le rapporteur demande en outre que parents d'élèves et médecins fassent partie des commissions chargées d'élaborer les programmes scolaires.

Le syndrome pâleur et hyperthermie chez les nourrissons opérés. — M. LE FORT (de Lille), en faisant l'autopsie d'enfants ayant succombé dans ces conditions, a constaté l'existence de lésions congestives intenses de l'encéphale avec hydrocéphalie interne et externe. Ces accidents n'apparaissent qu'après le cinquième jour de la vie et diminuent de fréquence à partir du sixième mois, pour cesser à peu près au delà d'un an.

L'auteur se demande s'ils ne tiennent pas au manque de développement et de coordination des centres nerveux à cet âge. L'anesthésie générale ne met pas l'abri de ces accidents; l'anesthésie locale complète, surtout tronculaire, réalise mieux le blocage nécessaire, surtout associée à l'anesthésie générale.

Contribution à l'étude de la tuberculose héréditaire. — MM. BRINDEAU et Pierre CARTIER. Recherchant chez les femmes tuberculeuses, venues à la Clinique Tarnier pour accoucher, le bacille de Koch dans le sang du cordon, soit par l'inoscopie de Jousset, soit par l'inoculation, soit par ces deux procédés simultanément, les auteurs ont mis en évidence ce bacille 25 fois sur 34 cas. Dans le sang de la mère, cette recherche a été positive 13 fois sur 25 sangs examinés. Quant au placenta, sur 31 inoculations, il a tuberculisé 11 fois le cobaye.

Ces résultats montrent que le bacille tuberculeux peut traverser le placenta sain, ainsi que le faisaient prévoir les travaux de MM. Nattan-Larrier et Brindeau sur le passage du globule blanc à travers le tissu placentaire normal.

Variations du pouvoir bactéricide sur le bacille de Koch du sérum sanguin. — MM. Paul COURMONT et GARDÈRE ont étudié le pouvoir bactéricide du sérum sanguin des tuberculeux sur le bacille de Koch. Lorsque ce pouvoir bactéricide est très élevé, la maladie tend vers la guérison. Inversement, le pronostic est moins bon quand le pouvoir bactéricide est bas. Cette propriété humorale semble jouer un rôle important dans la défense de l'organisme contre la tuberculose.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers. Au premier tour, sont élus M. Jean Cantacuzène, directeur de l'Institut Pasteur de Bucarest, et M. Cushing, le chirurgien de Brooklyn, dont on connaît les beaux travaux en chirurgie nerveuse.

(SÉANCE DU 25 JUIN 1929)

Éloge. — M. RADAIS lit une notice nécrologique sur M. Moureu.

Présentation d'un pansement pour la protection immédiate du champ vaccinal. — M. L. CAMUS, présente un pansement aseptique préconisé par le docteur Félix de l'Institut Vaccinogène de Lausanne qui supprime toute surveillance après l'inoculation et qui permet au vacciné de remettre immédiatement son vêtement. Ce pansement est un simple carré de gaze de 5 centimètres de côté, imprégné de vaseline; il est utilisé depuis huit ans à la polyclinique universitaire de Lausanne et a donné récemment satisfaction aux médecins qui l'ont employé dans les vaccinations officielles du canton de Vaud.

Intradermo-réaction à la toxine typhique. Ses variations cliniques en rapport avec la réceptivité ou l'immunité typhoïdiques. — MM. F. ARLOING, A. DUFOURT et PUJOS décrivent l'intradermo-réaction à la toxine typhique, en utilisant pour celle-ci des filtrats sur bougie L3 chauffés une heure à 58 degrés de cultures en bouillon de bacilles typhiques, ou des filtrats de cultures lysées par un bactériophage très actif.

Les faits qu'ils rapportent s'accordent pour démontrer qu'il existe une analogie évidente entre la réaction qu'ils étudient et les réactions de Schick ou de Dick.

En effet, l'intradermo-réaction typhique est positive (rougeur de la peau) chez les sujets qui n'ont pas eu la fièvre typhoïde, chez les individus en cours de maladie ou depuis peu convalescents, enfin chez ceux insuffisamment ou trop anciennement vaccinés.

L'intradermo-réaction est négative chez un certain nombre de convalescents récents ou de malades touchant à l'apyrexie terminale à la fin d'une dothiénentérie prolongée. Elle est régulièrement négative quinze à vingt jours après la convalescence.

Chez les sujets vaccinés, l'intradermo-réaction est néga-

tive, à condition que la vaccination ait été suffisante. Une seule dose de vaccin ou des vaccinations remontant à plus d'une année peuvent s'avérer insuffisante pour donner une réaction négative.

Parfois, chez des anciens typhiques, guéris par exemple depuis vingt et un ans ou trente ans, l'intradermo-réaction, en redevenant positive, prouve que l'immunité acquise, naturelle ou vaccinale s'atténue peu à peu et disparaît au cours de la vie.

Au point de vue pratique, la réaction décrite par les auteurs est susceptible de renseigner sur la réceptivité des sujets et surtout de contrôler l'apparition et la persistance de l'état réfractaire chez les vaccinés ou les anciens dothiénentériques.

Indications et résultats de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. Bérard et Guilleminet (de Lyon) font un important exposé sur une statistique personnelle de 245 cas de phrénicectomie ou résection du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ils indiquent la technique qui leur a permis d'en faire une opération très simple et très bénigne.

La résection d'un nerf phrénique agit en déterminant la paralysie complète de la moitié correspondante du diaphragme. A l'écran radiologique, on voit l'hémidiaphragme remonter de 2 à 8 centimètres et quelquefois plus, s'immobiliser en conservant de très légers mouvements passifs. Le poumon subit une réduction de volume d'un cinquième ou d'un quart et il est mis au repos.

La phrénicectomie peut s'utiliser surtout dans les tuberculoses unilatérales avec lésions ulcéreuses graves, inactives, localisées. Ses effets sont bien moins favorables, bien que quelquefois appréciables, dans les formes aiguës ou dans les formes bilatérales avec forte prédominance d'un côté. La phrénicectomie peut être faite isolément ou combinée à des interventions costales (thoracoplastie et thoracectomie), mais alors l'action des deux interventions se trouve confondue et il est impossible de distinguer leur contribution individuelle au résultat.

Les effets propres de la phrénicectomie peuvent au contraire être appréciés quand l'opération a été autonome. De l'étude de 96 malades opérés ainsi par ces chirurgiens depuis assez longtemps (de six ans à six mois), il résulte que près de la moitié a retiré un bénéfice du traitement. Les résultats vraiment bons représentent 34 p. 100 des cas, dont 14 datent de six à deux ans. Il a été remarqué que les trois quarts de ces succès répondent à des tuberculoses strictement droites. Le siège des lésions (sommet ou base) n'a pas d'importance, de même une symphyse préalable de la plèvre peut ne pas contrarier les bons effets de l'opération.

Des projections démonstratives ont montré l'action extraordinaire de la phrénicectomie sur de très grandes cavernes du sommet ou de la partie moyenne du poumon.

En résumé, judicieusement employée dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, la phrénicectomie peut rendre de très grands services, étant entendu qu'il est impossible de prévoir, dans un cas déterminé, quels seront ses effets exacts.

Traitement de quelques affections de l'estomac chez les paludéens, les tuberculeux et les vieillards, par le suc gastrique naturel de chien. — M. Henry Maréchal. Lorsque Pavlow, en 1890, eut montré le moyen d'obtenir du suc gastrique de chien, après repas succagogue, l'emploi de ce suc gastrique fut largement prescrit, dans les diverses affections gastro-intestinales et cela avec d'autant plus de raison que le suc gastrique de chien est celui qui se rapproche le plus de celui de l'homme.

Sans rappeler toutes les maladies de l'estomac où le suc gastrique a été utilement employé, l'auteur signale cependant, les cas de gastrite qu'il a fréquemment rencontrés chez les paludéens et qui ont été améliorés par le suc gastrique de chien. Ces résultats, très favorables, obtenus avec des doses de 15 centimètres cubes, deux fois par jour, confirment ceux rapportés par Destouches qui, dans sa pratique coloniale, traite de nombreux paludéens, originaires des colonies tropicales africaines, anorexiques et anémiques et dont l'inappétence a cédé à la suite du traitement, par le suc gastrique naturel de chien.

Il apparait qu'il faut prêter à cette substance une action très favorable, surtout chez les paludéens, saturés de quinine et dont les facultés digestives sont compromises par l'abus, obligatoire, de ce traitement.

Les essais entrepris par l'auteur, dans les anorexies, chez les tuberculeux évolutifs sont des plus satisfaisants et l'on sait combien il est difficile de réveiller l'appétit, chez la plupart de ces malades.

Chez les vieillards ces essais sont particulièrement démonstratifs de l'efficacité de ce suc gastrique.

Chez les vieillards fatigués et anorexiques, hypochlorhydriques, hypopeptiques, présentant des signes de dyspepsie simple, nerveuse ou chronique, l'atonie de tout l'appareil digestif, l'administration de ce suc gastrique a redonné l'appétit, le poids et l'activité du travail digestif.

Certains vieillards, chez lesquels l'insuffisance peptique ne se manifestait pas, par des signes gastriques, mais bien par des signes d'entéro-colite, ont vu la digestion stimulée, la muqueuse réveillée par ce traitement dont l'action se poursuit bien après cessation du produit.

Le suc gastrique de chien fréquemment ordonné chez les enfants et les adultes, trouve toute son indication chez les vieillards dyspepsiques où il se comporte avec le maximum d'action et d'efficacité.

Le goudron contre la poussière des routes. — M. Guglielminetti rend compte à l'Académie de médecine des résultats du goudronnage des routes dont il fut le promoteur. Le développement rapide de ce procédé prouve la sympathie qu'il a trouvé auprès du public, car si, en 1922, il a été répandu 16.000 tonnes pour le goudronnage de 1.880 kilomètres, on a répandu 200.000 tonnes en 1928 pour 20.000 kilomètres, chiffres éloquents par eux-mêmes. Plus aucune plainte contre le goudronnage, il est reconnu qu'il n'est nuisible ni à la santé, ni à la végétation. D'après le conservateur du Bois de Boulogne, ce sont les émanations des gaz des moteurs qui tuent les arbres et non le goudron. Au point de vue économique M. Tardieu, alors ministre des Travaux publics, disait le 8 novembre 1927, à la Chambre : « Le goudronnage est la seule façon de conserver les routes empierrées » et d'après un rapport publié dans les « Annales des Ponts et Chaussées », en novembre 1928 « une chaussée goudronnée ne nécessitera de rechargements que tous les dix à douze ans, alors que si elle était simplement empierrée, elle ne durerait guère que trois ans ». L'économie annuelle résultant de ce fait sur l'entretien des chaussés est de 4.000 fr. par kilomètre, ce qui représente pour 20.000 kilomètres de routes nationales actuellement goudronnées une somme de 60 millions par an.

Du rôle de la mastication dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Le bactériophage. — M. Pitsch.

L'Ordre des médecins. — La discussion du rapport de MM. Le Gendre et Brouardel est renvoyée au mois d'octobre.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger dans la deuxième division (chirurgie).

Classement des candidats : en première ligne, M. Francisco Dominguez (La Havane); en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Arce (Buenos-Aires), Blanco Acedevo (Montevideo), Buerger (New-York), Daniel (Bucarest), Gibson (New-York).

Au premier scrutin, M. Dominguez est élu par 56 voix sur 59 votants.

(M. Dominguez, ancien doyen de la Faculté de médecine de

La Havane, ancien ministre de l'Instruction publique de Cuba, a été élève à la Faculté de Paris. On lui doit notamment d'avoir organisé à La Havane, en s'inspirant des directives de Farabeuf et Poirier, un enseignement modèle de l'anatomie et de la médecine opératoire. Il a été le maître de tous les chirurgiens actuels de La Havane. C'est un savant éminent et un ami dévoué de la France.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JUIN 1929)

Mobilité anormale entre la face et le crâne (pseudo-articulation cranio-faciale). — MM. André Léri et Lucien Lebourg présentent une fillette de treize ans dont la face est franchement mobile sur le crâne. En appuyant sur l'un ou l'autre côté du maxillaire supérieur, on déplace angulairement l'axe de la face par rapport au crâne. La mobilité anormale entre la face et le crâne paraît être due à ce que les piliers assez frêles qui réunissent les deux portions de la tête (branche montante et tubérosité du maxillaire supérieur, apophyse malaire) ne sont pas osseux, mais seulement fibreux. Malgré une réaction de Wassermann négative, la syphilis est très vraisemblablement en cause dans tous ces troubles de la nutrition générale et osseuse; elle semble avérée par l'existence de multiples fissures labiales en rhagades et par l'influence remarquable d'un traitement spécifique sur la croissance à la fois physique et psychique.

Sur la guérison spontanée des pneumopathies aiguës de l'adulte. — M. Etienne Bernard présente un malade complètement guéri depuis dix-huit mois (plage radiographique normale) d'un abcès du poumon à streptocoques. Il s'était agi d'une suppuration volumineuse s'accompagnant d'un état général sévère avec septicémie et apparition de quatre abcès métastatiques. Malgré cette gravité, l'abcès du poumon a guéri spontanément à la suite de vomiques. Il s'agit d'une affection qui très souvent évolue spontanément vers la guérison, comme le prouve cette observation et comme le rappelait à la précédente séance le professeur Bezançon.

De l'influence de la vaccinothérapie sur les épanchements purulents à pyogène des plèvres. — MM. P.-F. Bezançon, Duchon, Célice, Wahl et Ragu rapportent douze observations de pleurésies purulentes (5 à streptocoques, 2 à staphylocoques, 3 à pneumocoques, 1 à pneumocoques et à staphylocoques, 1 aseptique) traitées par les lysats vaccins. Ils retiennent surtout, parmi elles, neuf observations d'épanchements contemporains de graves infections pulmonaires, chez lesquelles l'intervention reste toujours un facteur de haute gravité. L'intervention de la vaccinothérapie combinée aux ponctions évacuatrices semble intéressante à retenir; elle paraît déterminer une atténuation de l'élément infectieux pleuro-pulmonaire et refroidir la collection.

Le traitement consiste en injections journalières de lysats polyvalents susceptibles d'agir sur le foyer pulmonaire, puis de lysats correspondant au pathogène de l'épanchement. L'arrêt des injections paraît commandé par l'assèchement de la plèvre.

Névrite motrice postvaccinothérapique. — MM. G. Etienne et P. Gerbaut (de Nancy). Cas de névrite exclusivement motrice, à invasion lente, sournoise, localisée aux membres supérieurs, avec paralysie, atrophie musculaire, consécutive à une vaccinothérapie antistaphylococcique, au cours d'une broncho-pneumonie extrêmement grave et d'une staphylococcie. Les auteurs posent la question de savoir si ces névrites sont liées à l'action des corps bacillaires dans leurs éléments spécifiques, dans les éléments chimiques banaux, ou par leurs matières protéiniques banales.

Myélite subaiguë de l'adulte. Sérothérapie très tardive. Les résultats et les limites de son action. — M. Etienne (de Nancy) signale le cas d'un malade atteint d'une forme subaiguë évoluant depuis quatre mois, qui arriva à un état de quadriplégie complète chez lequel le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur, à la dose de 720 centimètres cubes en neuf jours, a immédiatement enrayé l'évolution, a récupéré complètement les dégâts massifs causés par la crise récente et par l'accès précédant l'ancien d'un mois.

Etude comparative des variations du chlore et du sodium sanguins dans l'acidose rénale. — MM. H. Bénard, J. Lenormand et F.-P. Merklen étudient chez une douzaine de malades les variations relatives du sodium et du chlore sanguins dans leurs rapports avec l'acidose rénale.

En résumé, au cours de l'acidose rénale, avec ou sans œdème, les chiffres de chlore et de sodium peuvent montrer toutes les variations relatives possibles, et le comportement de ces deux éléments minéraux ne paraît pas pouvoir expliquer à lui seul le mécanisme de l'acidose au cours des néphrites; il faut sans doute faire intervenir d'autres facteurs de perturbation de l'équilibre acido-basique, en particulier les substances organiques et les protéines.

Ostéopériostite syphilitique de l'humérus à image radiologique de sarcome. — MM. R.-J. Weissenbach, P. Truchot et Mlle D. Ronget rapportent l'observation d'une femme de vingt-huit ans, présentant une tuméfaction ostéopériostée douloureuse de la moitié inférieure de l'humérus droit, qui guérit très rapidement sous l'influence du traitement antisyphilitique.

Syphilis gastrique (estomac triloculaire) du pancréas avec rétro-péritonite et des artères pulmonaires. — MM. G. Caussade et G. Leven. Chez une femme de cinquante-sept ans, syphilitique avérée, dont l'affection gastrique évoluait depuis dix-sept ans est morte d'hématémèses, les auteurs ont trouvé un estomac triloculaire dont les trois poches superposées et reliées entre elles par des canaux relativement étroits et mesurant quelques centimètres, s'étageaient depuis le diaphragme jusque dans la fosse iliaque gauche. Les auteurs insistent sur les quatre faits suivants : 1° l'emprise de la syphilis de l'estomac et du pancréas à la fois; alors que dans des observations antérieures la limite plastique syphilitique et la rétropéritonite ne sont pas coexistantes; 2° glycosurie dépendant certainement de la sclérose du pancréas; 3° lésions syphilitiques des vaisseaux de l'estomac, du foie, du pancréas et même du poumon où, là, les artères présentent des encoches sortes de petits anévrismes, qui peuvent expliquer les hémoptysies au cours de la syphilis pulmonaire même à son début; il faut se méfier de certaines formes de linite plastique qui ne sont pas des squirrhes.

Un cas de méningite ourlienne primitive avec aphasie et hémiparésie transitoires. La méningo-encéphalite ourlienne primitive. — MM. R. J. Weissenbach et G. Basch rapportent l'observation d'un homme de vingt-huit ans, indemne de syphilis et de toute tare, qui fut pris brusquement d'aphasie, d'hémiparésie, de troubles de la vue, de céphalée violente ayant précédé de trois jours l'apparition de la parotidite ourlienne double typique, ayant évolué ultérieurement sans autre complication. Ils proposent, pour désigner ces faits, dans lesquels les signes méningés diffus sont discrets et les signes de localisation nerveuse au premier plan, avant toute manifestation parotidienne ou glandulaire, le terme de *Méningo-encéphalite ourlienne primitive.*

Myathénie bulbo-spinale traitée par un extrait de tuber cinéreum. — M. Ureehia (de Cluj).

La difficulté de concentration psychique dans les sinusites. — M. Urechia (de Cluj).

Sur le métabolisme basal dans la chorée. — M. PARRHON et Mme CERTRANTZEANU-ORNSTEIN (de Jassy).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1929)

M. CUNÉO a le regret d'annoncer la mort de M. le médecin général Pauzat.

Butées ostéoplastiques de la hanche. (A propos du procès verbal.) — M. MATHIEU pense que sans exagérer le nombre des cas où l'arthrotomie est indiquée dans les interventions pour butées, elle conserve certaines indications.

Bistouri électrique. — M. MOURE a retiré de précieux avantages de l'emploi du bistouri diathermique dans un cas d'anévrisme cirsoïde de la main et dans un cas de tumeur cervicale. Il peut remplacer en tous cas le thermocautère, et rendrait vraisemblablement des services en chirurgie abdominale, pelvienne et thyroïdienne.

Sérum à base de citrates. — M. CUNÉO fait un rapport sur un travail de M. Normet : son sérum citraté donne de véritables résurrections chez le chien saigné, et des résultats cliniques intéressants.

M. GOSSET estime que ces recherches sont à développer et pourraient être fort utiles.

Intervention en deux temps en chirurgie biliaire. — M. COTTE rapporte six observations de malades présentant des lésions de la voie principale. Il a obtenu de bons résultats de l'intervention en deux temps, la première intervention n'étant qu'une opération de drainage. Ces malades, dont cinq ont guéri, étaient en état de rétention et infection. Cette méthode n'est pas à généraliser, mais à réserver à ces cas particuliers.

M. Cotte montre une série de belles radiographies montrant les résultats que donne l'injection de lipiodol introduit par le drain.

M. GOSSET pense que le drainage de la vésicule, ne draine pas forcément les voies biliaires. Il faut établir un drainage de la voie principale. Or une fois le cholédoque ouvert, l'ablation des calculs est chose simple. En principe il faut intervenir en un temps.

La meilleure manière d'explorer les voies biliaires est la palpation extérieure.

M. DUVAL est également partisan de l'intervention complète en un temps.

M. CUNÉO estime que la palpation extérieure indique l'existence des petits calculs difficiles à trouver, tels les calculs mobiles des branches d'origine de l'hépatique.

Extraction de la dent cause d'une ostéo-périostite aiguë? — M. BROCQ estime que la question est difficile à résoudre. Il se range parmi les éclectiques qui interviennent dans certains cas. Pour les dents, autres que la dent de sagesse, il faut être conservateur dans les cas bénins et ceux de gravité moyenne; dans les cas graves, avec cellulite extensive, ou sinusite pour les dents du maxillaire supérieur il faut enlever la dent.

Lors des accidents de la dent de sagesse en période d'éruption il faut être longtemps conservateur.

Présentation de malades. — M. DUVAL. Reconstitution d'un pouce en deux temps : greffe cutanée italienne formant étui, greffe péronière pour former squelette.

M. MOURE. Malades opérés avec le bistouri diathermique.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1929)

Fractures malléolaires avec fracture de l'astragale. (A propos du procès-verbal.) — M. ALGLAVE en présente deux cas. Dans le premier, astragalectomie, vissage de la malléole interne; bon résultat. Dans le second, l'essai de reposition par voie transcalcanéenne donna un résultat insuffisant. On dut pratiquer secondairement l'astragalectomie.

Cardiospasme ou rétrécissement de l'œsophage. Dilatation forcée par voie gastrique. — M. DESPLAS rapporte ces deux observations de MM. Larget et Delamare. La dilatation eut lieu à la pince. Bons résultats. Ce traitement du phrénospasme est déjà décrit. Il paraît brutal. L'examen endoscopique paraît indiqué avant de traiter de telles lésions.

Etranglement de l'appendice dans une fossette paracæcale. — M. CADENAT rapporte deux cas de cette lésion observée par M. Murard (du Creusot).

Suture primitive des tendons fléchisseurs dans la région palmaire. — M. CADENAT rapporte cette observation de M. Folliasson : la suture primitive des tendons a donné un excellent résultat. La suture tendineuse doit être immédiate, sauf peut-être au niveau des doigts.

Résultats fonctionnels de 100 staphylorraphies. — M. VEAU rapporte les résultats qu'il a obtenus avec Mlle Borrel. Le résultat se juge à la fonction du voile, non à sa forme. Tous les sujets sont intelligibles, mais les deux tiers ont des défauts : soit bruits parasites, soit impossibilité de prononcer certains sons. Les résultats sont meilleurs quand l'enfant a été opéré plus jeune, quand la forme anatomique de division du voile est simple, quand l'acuité auditive de l'opéré est bonne. L'intelligence de l'enfant et des parents et l'éducation phonétique jouent un rôle. Mais c'est surtout la suture musculaire qui a transformé le pronostic fonctionnel de la staphylorraphie.

Curieux cas d'occlusion aiguë. — M. BROCQ insiste sur la nécessité de la suture du mésentère dans les anastomoses intestinales. Il a en effet opéré en occlusion une malade anciennement opérée par anastomose iléo-colique pour tumeur cæcale. L'occlusion était due à un kyste mucoïde de l'ovaire perforé dont le pédicule passait dans la brèche mésentérique non suturée. Guérison.

Chirurgie et actinothérapie associées. — M. DESPLAS, avec M. Jean Meillères et Mlle Corbillon, en a obtenu d'excellents résultats dans les péritonites tuberculeuses et les tuberculoses localisées, en irradiation directe au cours de l'intervention, séances complémentaires d'ultraviolets après l'intervention.

M. SORREL ne trouve pas les faits rapportés absolument probants.

M. LANCE regrette qu'on ne puisse pas atteindre le foyer initial. Ces malades continuent à rester des tuberculeux à traiter comme tels.

M. ROUX-BERGER estime qu'il ne faut pas trop promettre aux malades avec l'emploi des rayons.

M. TUFFIER n'a pas constaté de différences dans les résultats par cette méthode qu'il a déjà employée.

Présentation de malades. — M. ALGLAVE : Beau résultat d'anthrax traité par sérothérapie.

M. DELBET présente : 1° Un excellent résultat d'arthroplastie du genou après interposition d'une lame de caoutchouc.

2° Deux beaux résultats de fracture du col fémoral traitée par tige d'acier entièrement enrobée de caouchouc.

3° Un appareil de démonstration de l'utilité, en cas de pleurésie purulente, des procédés avec thorax fermé et aspiration continue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 MARS 1929)

Radiographies de bronches lipiodolées en tube de macaroni. — M. Georges ROSENTHAL, avec sa seringue à grand débit décrite récemment, a obtenu chez des gazés les aspects caractéristiques de dilatation des bronches décrits par Bonnamour et ses collaborateurs.

Ablation de l'appendice sous anesthésie locale. — M. Victor PAUCHET rappelle que l'appendicite opérée à froid ne fait courir par elle-même aucun danger, mais que l'anesthésie générale peut provoquer chez certains sujets tarés des complications pulmonaires, hépatiques ou rénales. Elles sont relativement rares, mais existent. Avec l'anesthésie locale, si celle-ci est bien faite, le risque est supprimé. Encore faut-il que le chirurgien soit entraîné à la méthode, applicable également avec avantage en chirurgie gastro-intestinale, parce qu'elle pare aux mêmes inconvénients que dans l'appendicite et permet d'effectuer à loisir les manœuvres les plus délicates.

Extraction des corps étrangers irréguliers de l'œsophage et en particulier des dentiers. — M. GUISEZ a pratiqué récemment l'extraction sous œsophagoscope de plusieurs os ou dentiers fortement enclavés et de forme très irrégulière qui semblaient nécessiter l'opération externe. L'intervention est souvent difficile, s'il s'agit d'un os il est toujours possible de le partager en deux fragments à l'aide du brise-os.

Pour les dentiers, l'usage des tubes de gros calibre, et en particulier des tubes ovalaires, facilite beaucoup l'extraction. Il est quelquefois nécessaire de procéder à une véritable version pour diriger les crochets et aspérités dans le bon sens; mais il faut surtout, par une bonne cocaïnisation locale, faire cesser le spasme local qui est le principal élément de fixation du corps étranger.

Pleurotomie à soupape de Rosenthal. — M. PETIT DE LA VILLÉON lit une note sur cette méthode dans le traitement opératoire des pleurésies purulentes, et il reconnaît que la paternité en revient à M. Rosenthal qui a eu raison de la revendiquer pour avoir exposé principe et technique opératoire à cette même Société dès 1914.

Influence des eaux sulfureuses dans le traitement de certaines suppurations. — M. BAQUÉ a obtenu des résultats très favorables dans le traitement de plaies suppurées tégumentaires et de plaies mastoïdiennes postopératoires par l'emploi de l'eau sulfureuse thermale pulvérisée ainsi que des gaz et vapeurs émis spontanément par les sources.

Entraînement spiroscopique dans les maladies de l'appareil respiratoire. — M. PESCHER montre l'importance de cet entraînement en prophylaxie pour garder aux poumons leurs moyens naturels de défense et au déclin des maladies pour en éviter les séquelles. Dans les pleurésies purulentes, opérées et drainées, les exercices spéciaux du spiroscope permettent de ramener le poumon, côté malade, à sa place anatomique en le gonflant aussi souvent qu'il est nécessaire avec l'air de l'autre poumon.

(SÉANCE DU 23 MARS 1929)

Ondes galvaniques alternatives à longues périodes en thérapeutique. — M. LAQUERRIÈRE montre que ces ondes paraissent avoir des avantages dans certains cas, comme l'incontinence d'urine accidentelle de la femme. Mais elles sont surtout indiquées dans la paralysie infantile et dans les névrites motrices graves; elles permettent alors d'avoir des actions trophiques intenses sans présenter aucun inconvénient, et elles réalisent une gymnastique musculaire s'adressant électivement aux muscles les plus malades dans des conditions particulièrement favorables.

Engelures des jambes. — M. P. GALLOIS signale qu'il a observé, par les grands froids de cet hiver, un certain nombre de cas d'engelures des jambes chez des jeunes femmes, et les attribue à la mode du bas de soie et des jupes courtes. Il a suffi de faire porter des sous-bas pour faire disparaître assez rapidement cette variété d'inflammation de la peau qu'il faut savoir distinguer de l'érythème induré des jeunes filles et de l'érythro-cyanose des jambes.

M. Georges ROSENTHAL signale que ses travaux sur la **cure physiothérapique des pleurésies** ont trouvé place dans les ouvrages classiques des professeurs Castaigne et Marcel Labbé qu'il est heureux de remercier à nouveau.

Erreurs dans le diagnostic radiologique de la vésicule biliaire. — M. NEMOURS-AUGUSTE montre, projections à l'appui, différentes erreurs commises dans le diagnostic des maladies de la vésicule biliaire, et indique la possibilité de les éviter par la cholécystographie. Celle-ci demande à être bien faite, bien interprétée pour ne pas être elle-même une cause d'erreur.

Les cas étudiés par l'auteur ont été contrôlés opératoirement. La valeur de l'examen est grande surtout après injection intraveineuse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN

M. Georges Faugère, député, demande à M. le ministre du Commerce à quelles heures un médecin rural peut, sans avoir à payer un supplément d'abonnement, téléphoner, soit en semaine, soit les dimanches et jours fériés, de son domicile, dans les cas d'urgence, par exemple, pour demander le secours d'un autre médecin, chirurgien ou spécialiste. (*Question du 6 juin 1929.*)

Réponse. — Depuis le 1er juin 1929, il est prescrit de donner suite, pendant les heures de fermeture du service téléphonique, aux communications motivées par des circonstances exceptionnelles et demandées soit à partir d'un poste d'abonné, soit à partir d'un ou de plusieurs postes publics déterminées dans chaque réseau. L'application de ces dispositions est suspendue le dimanche de 11 à 21 heures dans les bureaux non dotés d'une prolongation durant cette période et qui ne sont pas situés au siège d'un chef-lieu de canton. Toutefois, les receveurs, facteurs receveurs ou gérants présents au bureau ou pouvant être atteints dans l'agglomération sont tenus de donner suite aux demandes de communications urgentes qui peuvent leur être présentées. Un médecin peut donc, s'il est abonné au téléphone, demander de son domicile, à n'importe quelle heure de jour ou de nuit, une communication téléphonique pour obtenir le concours d'un autre médecin, chirurgien ou spécialiste. Cette facilité est subordonnée, le dimanche entre 11 et 21 heures, dans les localités qui ne sont pas dotées d'une prolongation ou qui ne sont pas siège d'un chef-lieu de canton, à la présence au bureau ou dans l'agglomération du receveur, facteur receveur ou gérant. Les communications demandées en dehors des heures normales d'ouverture du service sont passibles, en plus de la taxe régulièrement applicable, d'une surtaxe fixée par bureau fermé et participant à l'établissement de la communication à : 2 fr. pour tout appel présenté pendant les heures de fermeture du bureau comprises, en semaine, entre 7 heures et 8 heures, 12 heures et 14 heures, 18 heures et 21 heures; les dimanche et jours fériés entre 7 et 8 heures, 5 fr. pour tout appel présenté pendant les heures de fermeture du bureau comprises, en semaine, entre 21 heures et 24 heures; les dimanche et jours fériés entre 11 heures et 24 heures, 10 fr. pour tout appel présenté pendant les heures de fermeture du bureau comprises entre 0 heure et 7 heures. Toutefois, le montant de

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.

IODONE ROBIN
Gouttes - Comprimés - Injectable
ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME R. C., 221.839 Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

Lactolaxine
FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme
VANADARSINE
GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.
DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.
VANADARSINE
GUILLAUMIN
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
VANADARSINE
injectable
EN AMPOULES
Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.
AUGMENTE L'APPÉTIT
Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

la surtaxe pour une même communication ne doit, en aucun cas, dépasser les maxima suivants : 4 fr. pour tout appel présenté pendant les heures où la surtaxe par bureau fermé est de 2 fr.; 10 fr. pour tout appel présenté pendant les heures où la surtaxe par bureau fermé est de 5 fr.; 20 fr. pour tout appel présenté pendant les heures où la surtaxe par bureau fermé est de 10 fr. (*J. O.*, 19 juin 1929.)

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Sixième édition revue et augmentée, par C. ODDO, professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, correspondant national de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Revue par Jean ODDO, ancien chef de Clinique médicale.

Cet ouvrage, qui a été dès son apparition accueilli avec un très grand succès par les praticiens aussi bien que par les étudiants, a vu ses éditions successives rapidement épuisées. Il a dû subir dans chacune de celles-ci des additions et des modifications en rapport avec les progrès de la médecine. Sans perdre jamais son caractère d'ouvrage essentiellement pratique qui en fait le *vade mecum* du médecin, il a chaque fois été remis au point en mettant à la portée de chacun les faits nouveaux dans leurs applications à la pratique d'urgence.

La mort prématurée du professeur Oddo n'empêche pas cet ouvrage de demeurer classique. Son fils, le docteur Jean Oddo, tout en conservant à cet ouvrage son caractère essentiellement clinique et pratique, s'est efforcé de remettre au point un grand nombre de questions qui, depuis la cinquième édition, avaient été modifiées par les découvertes modernes; tout en demeurant strictement le même au point de vue de sa présentation et de son plan, sans encombrement de données pathogéniques parfois très importantes mais n'intéressant pas la clinique, cette sixième édition se présente avec le même double caractère d'actualité et de pratique qui a valu aux éditions précédentes un succès si large et si soutenu auprès des praticiens. Ceux-ci trouvent dans cette nouvelle édition l'exposé succinct des applications les plus pratiques et les plus pressantes des découvertes dont doivent bénéficier leurs malades.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 1er juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Lemierre, Moussu et Robin. — M. VINCENT. Des coliques néphrétiques chez les bovins. — M. DESJACQUES. Vaginite granuleuse contagieuse et du catarrhe génital granuleux contagieux.

Mardi 2 juillet. — Jury : MM. Claude, président; Gougerot, Guillain et Nobécourt. — M. SALEM ESCH-CHADELY. Rythme paradoxal de fatigue et équilibre acide-base dans la neurasthénie. — M. GARAND. Le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses. — M. GHELERTER. Les toxicomanies. Etude médico-sociale. — Mlle GOLDENBERG. Traitement général de l'actinomycose. — M. LECONTE-JADIVIGA. L'étiologie du pityriasis rose de Gibert. — M. OGLIASTRI. Etude des Wassermann oscillants. — M. AMYOT. Les convulsions des moignons d'amputés. — M. JONESCO-SISESTI. Tumeurs médullaires associées à un processus syringomyélique. — M. MOLLARET. Maladie de Friedreich. — Mlle POLYCHROMIADÈS. Etude de l'épilepsie hérédo-syphilitique.

Jury : MM. Lejars, président; Cunéo, Duval et Basset. — M. BLONDET. Dilatation de l'uretère par laminaires montées sur une sonde urétrale. — M. RENARD. L'incision transversale cutanéo-aponévrotique sus-pubienne dans les laparatomies sous-ombilicales. — M. SIGAUD. Etude du traitement des fistules ano-rectales par l'excision suivie de suture. — M. GANEM. Rapport entre les lésions sous-diaphragmatiques et l'asymétrie des mouvements du diaphragme. — M. GUIAS. Etude du traitement sanglant des fractures du calcanéum.

Jury : MM. Rouvière, président; Tiffeneau, Lenormant et Mercier. — M. RÉGNIER. Méthodes de mesure de l'activité des anesthésiques locaux. — M. VERGER. Etude sur le cloisonnement de la cavité bucco-nasale.

Mercredi 3 juillet. — Jury : MM. Legueu, président; Couvelaire, Cadenat et Ecalle. — M. RENAULD. Fonctionnement de la Maternité de Baudelocque. — M. DRAGONAS. La musculature de la vessie et l'architecture du carrefour vésico-sphinctéro-urétro-trigonal. — Mlle SIMON-FISCHER. L'azotémie postopératoire.

Jury : MM. Bernard, président; Labbé, Lemierre et Hutinel. — M. BRIAULT. Introduction à l'étude des vitamines artificielles. — Mlle LANGLAIS. Prophylaxie du paludisme au Maroc. — M. LACURTE. De l'utilité du métabolisme basal dans le diagnostic des formes frustes de Basedow. — M. PERRIER. Etude radio-clinique du carrefour lombo-sacro-iliaque. — M. COUALLIER. Le thiosulfate d'or et de sodium par voie intrapleurale. — M. NEESLER. Recherches sur l'origine protozoairienne de la maladie rhumatismale. — M. WERMEILLE. Aperçu sur la vaccinothérapie appliquée au traitement des broncho-pneumonies infantiles.

Jeudi 4 juillet. — Jury : MM. Teissier, président; Desgrez, Balthazard et Carnot. — M. BOURDERIONNET. Considérations sur la momification. — M. AUBERT. Troubles oculaires de la poliomyélite antérieure aiguë. — M. PIET-LATAUDRIE. Etude des stérols des algues marines, l'algostérine. — M. NOREAUX. Le retard du transit iléo-cæcal et l'état hypertonique du cæco-ascendant dans leurs rapports avec l'appendicite. — M. ROSEINSTEIN. Acromégalie sans tumeur de l'hypophyse. — Mlle SMIRNOFF. Etude de la giardiose vésiculaire. — M. TABOUREY. Etude des eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. — M. YUEN-SING-TSONG. Etude comparative des souches de vaccin antivariolique. — M. BOURGEOIS. La sérothérapie antiscarlatineuse. — M. GARNIER. Les érythèmes des arsénobenzols.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président; Henry et Moussu. — M. HERMSDORFF. Acarioses des animaux domestiques.

Jury : MM. Bezançon, président; Sergent, Sézary et Philibert. — M. DELIENCOURT. La part de la radiologie à la période dite initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. — M. DURUY. Traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale. — M. MÉDRANO. Etude de la ponction atloïdo-occipitale dans les méningites cérébro-spinales. — Mlle POUMEAU-DELILLE. Complications cutanées des stomatites fuso-spirillaires. — M. RÉGIS. Amaurose bilatérale et troubles psychiques. — M. CHAMPENOIS. Accidents nerveux au cours de la maladie de Hodgkins.

Vendredi 5 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Sébileau, Binet et Lemaître. — Mlle OPPENOT. Contribution à l'étude du pH salivaire. — Mlle SCHAEFFER. Les ferments. Conceptions modernes. Recherches expérimentales sur quelques ferments animaux. — M. HIRSCH. Céphalées et algies cranio-faciales d'origine nasale. — M. TILLÉ. Lésions de la macula lutea chez l'enfant et l'adolescent dites maladie de Stargardt. — M. EUSTACHE. Casanova et ses mémoires. Etude médico-historique.

(1) In-8 carré de 1.044 pages. — Prix : cartonné toile : 70 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE " JEYES
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe
R. C., 225,781 B

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

PARIS-DIVONNE-LES-BAINS. — Jusqu'au 4 octobre, une voiture directe de 1re et 2e cl., avec places de lits-salons, circulera de nuit entre Paris et Divonne-les-Bains.

Départ de Paris, 22 h.; arrivée à Gex, 8 h. 47; à Divonne-les-Bains, 9 h. 04.

En sens inverse : départ de Divonne-les-Bains 20 h. 30, de Gex 20 h. 45; arrivée à Paris 7 h. 02.



MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN
(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)
AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE
GRAINS ANISÉS de
AROMATISÉS à L'ANIS
CHARBON TISSOT
Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.
AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)
Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)
ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT
DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.
DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES
ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34. Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Sein.

INFECTIONS AIGUËS FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16., Seine.

N° 53. — MERCREDI 3 JUILLET 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 3 JUILLET 1929. — N° 53.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — Séance du 28 juin. — Question donnée : « Contusions de l'abdomen (diagnostic et indications thérapeutiques). »

Questions restées dans l'urne : « Fractures de la ceinture pelvienne. — Signes, diagnostic et traitement du cancer du rein. »

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique pratique.* — Séance du 26 juin. — MM. Le Goff et Marchand, 9.

— Un concours pour le recrutement d'environ 80 élèves de l'Ecole des *infirmières de l'Assistance publique de Paris* aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, le 14 octobre 1929, à 13 h.

Ce concours, ouvert aux jeunes filles de vingt à vingt-six ans, comporte une dictée, deux problèmes d'arithmétique et une rédaction sur un sujet général.

Les candidates pourvues du brevet élémentaire ou d'un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves écrites; elles n'ont à satisfaire qu'à l'examen médical.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 15 septembre 1929, à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (Sous-Direction du personnel, 2e bureau).

Le traitement de début à la sortie de l'Ecole des infirmières est de 11.840 fr. (y compris l'indemnité de résidence).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Il est créé un « certificat d'études d'hygiène et de prophylaxie coloniales » de l'Institut de médecine coloniale de l'Université de Paris. (*J. O.*, 27 juin 1929.)

— NANCY. — Le doyen est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié susvisé, la donation de onze titres productifs de 5.010 fr. de rente sur l'Etat français, 6 p. 100, faite à ladite Faculté par Mme Vve Vautrin, née Perrin, et Mmes Boucher, veuve Michaut (E.), Michaut (Pierre) et Debry, nées Vautrin.

Lesdits arrérages seront affectés à l'attribution, sous le nom de « Prix professeur Alexis-Vautrin », de deux prix, le premier d'une valeur de 4.000 fr., le second d'une valeur de 1.000 fr., destinés à récompenser annuellement les deux meilleurs travaux sur la gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse, présentés à la suite d'un concours ouvert entre les étudiants et anciens étudiants de la Faculté de médecine de Nancy, sous la seule réserve qu'ils soient de nationalité française; à défaut : 1° s'il s'agit du non-emploi des arrérages représentant la valeur du premier prix, ceux-ci seront affectés, en vue de la poursuite d'études désintéressées sur la gynécologie, à la dotation d'une bourse à attribuer à un interne ou à un docteur en médecine spécialisés dans cette branche et de nationalité française; 2° au cas de non-emploi des arrérages représentant la valeur du second prix, ceux-ci en tout ou partie seront, soit reportés sur les années suivantes, soit employés dans l'année ou les années suivantes à l'attribution de mentions honorables ou d'un prix à décerner à la meilleure thèse de gynécologie soutenue dans l'année.

Lesdits titres seront inscrits au nom de la faculté donataire avec indication de la destination des arrérages.

— TOULOUSE. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1929, à M. Ducuing, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Par décret en date du 10 juin 1929, est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Clermont du 13 avril 1929, portant création, dans les conditions prescrites par le décret du 31 juillet 1929 (art. 3, § 2), d'un institut d'éducation phy-

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

sique relevant, au point de vue scientifique, de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont.

UNIVERSITÉ DE HANOÏ. — Le Gouvernement général de l'Indochine recherche un professeur de clinique médicale et un professeur de clinique infantile pour l'Université de Hanoï. Ces professeurs seront, suivant le cas, détachés ou engagés par contrat pour une période de trois aus renouvelable. Les émoluments seront à débattre suivant le grade occupé et les références fournies.

Prière de s'adresser pour tous renseignements à l'agence économique de l'Indochine, 20, rue La Boétie, Paris (8e).

SANATORIUMS PUBLICS. — Les classes et traitements des médecins des sanatoriums publics sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs :

1re classe	42.000 fr.
2e classe	39.500
3e classe	37.000
4e classe	34.500
5e classe	32.000

Médecins-adjoints :

1re classe	30.000 fr.
2e classe	26.500
3e classe	23.000
4e classe	19.500

(*J. O.*, 30 juin 1929.)

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Guéricolas, Velten et Mahaut.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Mandoul, Lhomme, Donet, de Gauléjac (René), Montané, Marchetti, Pinchon et Dornier.

Au grade de médecin commandant. — MM. Lhuissier, Dioclès, Petit, Cames, Faure, Grand, Gardiès, Chaineaux et Attané.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Gallouin, Augrand, Poublan, Palaska, Agostini, Sadler, Dumontès, Labarthe, Lombard, Rouquet, Cosserat, Brissy.

Au grade de pharmacien-colonel. — M. Varenne.

Au grade de pharmacien lieutenant-colonel. — M. Vanniès.

Au grade de pharmacien commandant. — M. Weber.

LE MONUMENT DU DOCTEUR CABANÈS. — L'inauguration du monument élevé dans le cimetière de la ville de Gourdon (Lot) sur la tombe du docteur Cabanès est fixée au dimanche 1er septembre prochain, à 3 h. de l'après-midi.

Nombreux seront les amis du regretté Cabanès. Plusieurs facultés seront représentées, en particulier la Faculté de Montpellier, par son doyen M. le professeur Euzière et la Faculté de Toulouse par M. le professeur Serr.

ASSOCIATION DES ANCIENS ÉLÈVES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — L'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris a tenu son assemblée générale le 14 juin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Deux vœux ont été adoptés. L'un concerne l'extension du bénéfice de la loi Honnorat aux hôpitaux, sanatoriums et aux services hospitaliers de tuberculeux dûment spécialisés; l'autre est relatif au recrutement des médecins hygiénistes. Il est ainsi formulé :

« L'assemblée générale des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Paris émet le vœu que les inspecteurs départementaux d'hygiène et les directeurs des bureaux d'hygiène soient recrutés, soit parmi les médecins hygiénistes déjà en fonctions, soit parmi les docteurs en médecine (diplôme d'Etat) munis d'un diplôme décerné par les instituts d'hygiène universitaires.

Ils seront nommés à la suite d'un concours sur titres dont les conditions seront fixées par le ministre après avis du Conseil supérieur d'hygiène de France. »

Ont été élus comme membres du bureau pour l'exercice 1929-1930 : président : docteur Clerc; vice-présidents : docteur Labruyère, d'Errico Sarmiento (Argentine), Noueri (Liban); secrétaire général : docteur X. Leclainche; secrétaire général adjoint : docteur Cachera; rédacteur en chef du *Bulletin des Associations* : docteur Bourguin ; trésorier : docteur Royer.

Le soir, un banquet, présidé par M. le professeur Tanon, directeur de l'Institut d'hygiène de Paris, et auquel assistaient plusieurs des professeurs de l'Institut d'hygiène, réunissait les anciens élèves et ceux de la promotion 1929.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — A la dernière séance du Conseil d'administration, M. le professeur Eisendrath (de Chicago) a exposé un désir de ses compatriotes et des étrangers en général, celui de voir chaque jour rédiger un Bulletin indiquant les opérations faites le lendemain dans les principaux hôpitaux, bulletin qui serait envoyé par pneumatique à ceux qui en feraient la demande; l'A. D. R. M. devrait créer à Paris une organisation analogue à celle qui existe déjà à New-York et à Chicago.

Le docteur Guyot (de Genève) est nommé correspondant pour la Suisse à la place du docteur Reverdin, décédé. M. Hartmann annonce aux membres du Conseil que sur la demande de l'A. D. R. M. M. Pompilio Martinez, recteur de Bogota, a été nommé officier de l'Instruction publique. Il rend compte de la réception faite à Paris le mois dernier d'une importante mission italienne. Des journaux du Nicaragua ayant imprimé que les boursiers de cet Etat ne travaillaient pas à Paris, une enquête a été faite et a établi que contrairement au dire de ces journaux ces étudiants avaient tous obtenu de bonnes notes à leurs examens et pouvaient être considérés comme travailleurs et sérieux.

Nouvelles adhésions : MM. J. Macdonald (Angleterre); Lucio A. Garcia (Argentine); Alves de Lima, Almeida Prado, Aranjo Novaes, Ayres Netto, Cintro Goedinho, Livramento Barretto, Moura Azevedo, Synesis R. Pestana, Pedro Dias da Silva, Gualberto, Vieira da Carvalho (Brésil) ; miss Harde (Etats-Unis); Joseph Ciregna, Gelli, Aurelio Dami, Carlo Tonarelli (Italie) ; Luis N. Fregoso (Mexique).

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES. — Lisez le numéro du 21 juin 1929 de l'*Animateur des Temps nouveaux* (Louis Forest, fondateur) qui étudie la « loi folle » dans toutes ses conséquences. Comme les agriculteurs, comme les chambres de commerce, comme la Fédération des syndicaux de France, l'*A. T. N.* est partisan de tout cœur des Assurances sociales, mais pas de la loi folle du 5 avril 1928. Son numéro spécial, fortement documenté, dit pourquoi. [*L'Animateur des Temps nouveaux*, 16, rue Vézelay, Paris (VIIIe)].

ROMAN MÉDICAL. — Nous apprenons que le roman NOËL MATHIAS, qui a obtenu sous la signature de Gil Robin le prix du *Siècle médical*, va paraître chez l'éditeur Kra dans les premiers jours de juillet.

Le pseudonyme de Gil Robin cache mal le nom d'un psychiatre éminent, ancien chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré

1 tablette Sédobrol "Roche" = 1gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé

Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.

Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPEPTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue

Neutralisation des Toxines

Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.
Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS

R. C. Seine, 20.019

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5.386 Seine

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

LES
RÉACTIONS NEURO-VASCULO-TISSULAIRES
EN CLINIQUE [1]

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Syndromes paravertébraux. — Ils sont constitués par quatre ordres de symptômes :

1° Enraidissements douloureux; 2° Déplacements vertébraux; 3° Signes de radiculo-plexite; 4° Réflexes vertébraux.

1° **Enraidissements douloureux.** — Beaucoup de patients, atteints ou non de céphalée cellulitique se plaignent d'enraidissement de la nuque, avec gêne douloureuse des mouvements de la tête, souvent accompagnés de craquements. Il suffit de rappeler les différentes sortes de lombago, l'enraidissement douloureux interscapulaire des écoliers, des couturières, et, en général, de tous ceux qui se livrent à de petits efforts répétés des mains, bras non soutenus. Mais, toujours, l'enraidissement douloureux des gouttières vertébrales appartient aux arthritiques, dyspeptiques, insuffisants du foie et des reins. Ou bien, il a pour cause principale quelque infection thoracique, abdominale ou des membres, l'effort et la fatigue n'agissant que comme causes occasionnelles; révélatrices d'un engorgement lymphatique, qui existe parfois depuis fort longtemps insoupçonné.

Dans tous les cas, l'endolorissement est provoqué, ou, tout au moins augmenté par le travail des muscles enraidis, le vent, les émotions, certaines phases de la digestion, les règles, etc.

Au simple enraidissement habituel s'ajoutent, avec une fréquence et une intensité variables, des crampes et des crises douloureuses, avec troubles réflexes d'innervation végétative plus ou moins généralisés.

A l'examen, on trouve toujours la cellulite: la peau est épaisse, infiltrée, se plissant mal; le pincement en est douloureux au niveau des nodosités cellulitiques. Les muscles, irrégulièrement enraidis, sont infiltrés de cellulite, dont les coulées deviennent plus faciles à suivre si le muscle est légèrement contracté pendant qu'on l'explore. On perçoit mieux alors les traînées, irrégulières le long des bords, et l'accumulation de l'infiltrat aux insertions.

Dans bien des cas les réactions fonctionnelles neuro-interstitielles ne sont pas seules en cause, mais apparaissent surajoutées à des lésions organiques évidentes. Tantôt il s'agit de lésions musculaires: chez les myopathiques, la cellulite est habituelle, et l'améliorer est un bon moyen d'augmenter, provisoirement, la capacité motrice.

D'autres fois, la radiographie décèle diverses altérations osseuses : pâleur ou condensation exagérée de la substance osseuse, déformations, hyperostoses, etc. Dans le Morbus coxoe senilis les soudures vertébrales, les hyperostoses en bec de perroquet, en calmant les réactions fonctionnelles, surtout les poussées congestives et les rétractions, on soulage d'une façon souvent remarquable, alors que les lésions osseuses n'ont pas encore eu le temps matériel de se modifier.

2° **Déplacements vertébraux.** — Il faut distinguer ceux que produit la rétraction spasmodique des parties molles, des déviations rachidiennes bien connues à propos desquelles l'état des parties molles est loin d'être indifférent.

A. *Déplacements spasmodiques.* — Si la crise survient pendant l'examen, provoquée par un mouvement brusque, ou toute autre cause d'irritation nerveuse végétative, le début est annoncé par une vive douleur; en même temps, on voit ou on sent le déplacement d'une ou plusieurs apophyses épineuses, qui s'enfoncent, par rapport aux autres, ou se couchent sur le côté. Simultanément, l'ensemble des parties molles se rétracte, et cette rétraction correspond exactement à la déviation vertébrale, dont elle semble bien être la cause; que, par un étirement doux, on obtienne sa résolution, les apophyses épineuses reprennent leur alignement normal, en même temps que s'apaise la douleur.

A ce tableau symptômatique s'ajoutent des réflexes par irritation nerveuse végétative, analogues à ceux indiqués à propos de la tête et du cou. La crise peut durer des heures, peut-être davantage, elle se répète autant que les causes occasionnelles; le point de départ dont l'irritation déclanche la crise, est constitué par un ou plusieurs nodules durs, grains de cellulite, ou reliquats d'une petite inflammation ou rupture, dont la résorption amène la guérison définitive.

L'importance de ces véritables petites subluxations vertébrales et des troubles qui en sont la conséquence habituelle a été particulièrement bien mise en relief par les adeptes de la théorie ostéopathique, qui recherche, comme cause d'innombrables troubles morbides, les réflexes nerveux végétatifs attribuables aux subluxations vertébrales, dont ils s'efforcent d'obtenir la réduction. Les redressements brusqués réussissent parfois à calmer douleurs et irritabilité de l'innervation végétative, et ceci explique les succès, parfois brillants, des empiriques. Mais on s'expose, en tiraillant trop violemment des tissus malades et fragiles, à des ruptures qui aggraveront l'état morbide; je pourrais en citer de fâcheux exemples. Ces manœuvres sont d'autant moins recommandables qu'elles peuvent être remplacées par l'étirement doux des rétractions, la recherche des points réflexogènes et le traitement rationnel des petites lésions, causes de tout le mal. Ajoutons, enfin, que les tiraillements articulaires par rétractions subluxantes et les troubles nerveux végétatifs qui en sont la conséquence s'observent ailleurs qu'à la colonne vertébrale, aux articulations des côtes, des clavicules, par exemple.

B. *Déviations rachidiennes.* — Chez l'enfant et l'adolescent, les déviations rachidiennes du rachitisme, par attitude vicieuse, etc., sont attribuées,

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 45, p. 825.

par ceux qui les ont le mieux étudiées, surtout aux lésions osseuses, celles des parties molles semblant beaucoup moins importantes. Mais, toujours, on trouve la cellulite, avec engorgement lymphatique et tendance à l'atrophie musculaire. Ces modifications tissulaires représentent, au même titre que les lésions ostéo-articulaires, les reliquats inflammatoires, témoins de l'infection causale. Quoique permanentes, elles gardent longtemps le caractère de réactions fonctionnelles modifiables par la physiothérapie de la cellulite. Et leur importance pratique est soulignée par deux faits : d'une part elles entravent fréquemment l'entraînement musculaire qui même bien réglé devient vite surmenage; d'autre part, leur disparition amène un redressement squelettique, en particulier de la colonne vertébrale, parfois surprenant, surtout lorsqu'on l'obtient dans des cas anciens et graves où on n'oserait l'espérer.

Chez l'adulte, les déviations rachidiennes sont fréquentes, et se comportent exactement de même. La colonne cervicale en baïonnette, attirée en avant par la rétraction des parties molles du cou, alors que les vertèbres dorsales supérieures décrivent une courbe cyphotique de court rayon, s'observe fréquemment lors des enraidissements anciens de la nuque et des épaules et cède avec lui, même si la radiograpie révèle des hyperostoses ou des anomalies de calcification. Les dos voûtés, séniles, par infection intrathoracique ancienne, par attitude vicieuse habituelle, etc., les déviations rachidiennes des parkinsoniens que nous avons décrites avec le professeur Sicard, il y a vingt-cinq ans, demeurent, pendant des années, modifiables par le traitement des rétractions tissulaires, autant, du moins, que la soudure osseuse n'est pas complète.

Ainsi, donc, en présence d'une déviation rachidienne, même avec lésions ostéo-articulaires considérables, il faut toujours rechercher, dans les parties molles avoisinant le rachis, les reliquats inflammatoires dont la disparition entraîne celle des rétractions tissulaires, des poussées congestives, des réflexes nerveux végétatifs, et améliore la nutrition des muscles, et, peut-être des os eux-mêmes.

3° **Signes de radiculo-plexite.** — Les observations se multiplient actuellement, dans lesquelles existent des signes d'irritation des racines ou des plexus nerveux, sans aucun indice d'affection organique et avec radiographie négative. Dans certains cas, il est vrai, on trouve bien une condensation diffuse des parties molles sur les côtés du rachis, mais ceci peut exister sans aucun trouble nerveux, ou inversement. D'autre part, la constatation d'hyperostoses, de côte cervicale ou de sacrélisation lombaire n'est pas toujours décisive; ces anomalies pouvant exister depuis des années sans troubles nerveux, et ceux-ci apparaître brusquement, à l'occasion d'une poussée inflammatoire. Je connais des malades dont une intervention portant sur l'anomalie osseuse a aggravé les troubles, parce que l'incision, sectionnant transversalement les lymphatiques, augmentait l'engorgement et l'irritation nerveuse.

L'exemple le plus net, et aussi le plus fréquent — je viens d'en observer cinq cas en un mois — est celui de la radiculo-plexite lombo-sacrée cellulitique. Les douleurs occupent la région lombaire, la hanche, et irradient dans le membre inférieur, aussi bien en avant qu'en arrière. Il n'est pas difficile de trouver la cellulite et les points dont l'irritation provoque l'exacerbation douloureuse, annoncée objectivement par la brusque rétraction des nodules cellulitiques. La douleur ainsi provoquée n'est souvent qu'une douleur banale de cellulite, par irritation de l'innervation sensitive aux points rétractés. Mais elle peut revêtir les caractères d'une véritable radiculo-plexite, lombaire, sacrée, ou les deux à la fois. Ce qui se passe alors doit être analogue à l'étranglement du nerf sciatique à la racine de la cuisse, par rétraction tissulaire, si facile à constater et à traiter! La cellulite doit être cherchée et traitée au confluent de la traînée horizontale sous-costale et de celle qui monte le long des muscles lombaires. Si la cellulite est seule en cause, sa disparition amène celle des douleurs.

Au membre supérieur, les douleurs sont, souvent, causalgiformes, c'est-à-dire diffuses, sans systématisation nette, avec un œdème dont l'aspect fait penser au trouble sympathique. A cet œdème s'ajoute souvent la bouffissure de l'épaule par stase lymphatique, signe d'engorgement profond; la main est, assez souvent, atteinte d'acrocyanose œdémateuse.

En cas de lésion organique des racines ou des plexus, l'état des réactions fonctionnelles n'est pas indifférent. Chez un malade du service de M. le professeur Guillain, une balle de revolver avait déterminé une plexite brachiale, avec douleurs vives, amyotrophie du type Aran Duchêne, et acrocyanose œdémateuse. Six mois après l'extraction de la balle, fichée dans les apophyses transverses de la région cervicale moyenne, le trajet cicatriciel était entouré de cellulite dont le traitement fut suivi d'une rapide amélioration des douleurs, puis de l'acrocyanose, enfin, de la motilité et de l'atrophie. En six semaines, les progrès furent plus rapides et plus accentués que dans les six mois précédents.

4° **Réflexes vertébraux.** — En percutant les apophyses épineuses, Abrams a déterminé une série de points réflexogènes agissant principalement sur l'innervation végétative. Il est facile de constater que les troubles des réactions fonctionnelles de la région vertébrale déterminent des réflexes végétatifs anormaux, et que la rééquilibration des premières entraîne celle des seconds. Mais ici, on ne trouve plus la précision des réflexes par percussion osseuse d'Abrams. Voici ce que nous pouvons dire à ce sujet :

L'infiltrat sous-occipital s'accompagne, souvent, de torpeur avec difficulté de trouver idées et mots.

La cellulite de la région cervicale, dans toute sa hauteur, détermine la fatigabilité de la vue, un état vertigineux avec nausées, s'exaspérant lors des mouvements de rotation de la tête.

En étirant la rétraction cellulitique au niveau des apophyses épineuses cervico-dorsales, on provoque, fréquemment, des contractions gastro-intestinales avec gargouillements et éructations. Souvent, aussi, on constate la décongestion des viscères, foie, rate,

reins, etc., et des poumons ; l'arythmie et le dédoublement des bruits du cœur peuvent disparaître et la matité cardiaque, élargie transversalement par dilatation des cavités droites revient à la normale, parfois en quelques minutes. Inversement, les divers troubles digestifs provoquent, à chaque instant, infiltrat et rétraction nuco-dorsale ; cet état, à son tour, trouble, comme nous venons de dire, les réflexes des principaux viscères.

En traitant la cellulite dorso-lombaire, on obtient, souvent, la décongestion du foie et des reins, appréciable au palper et à la percussion. De fins gargouillements œsophagiens annoncent alors la détente du spasme de l'œsophage par irritation nerveuse, relevant de la congestion hépatique.

En améliorant la cellulite paravertébrale de la région lombaire, on provoque le péristaltisme intestinal, ce dont témoignent des gargouillements avec éructations. Le patient accuse, parfois, une agréable sensation de fourmillement et de détente dans les membres inférieurs, dont les circulations sanguine et lymphatique peuvent être améliorées, sans traitement direct, par action vaso-motrice sanguine et lymphatique.

Dans quelques cas, trop rares pour une conclusion générale, le traitement de l'infiltrat sous-cutané sacro-coccygien améliore la congestion prostato-périnéale, ainsi que certains prurits, certaines excitations vésicales ou sexuelles paraissant d'origine congestive et vaso-motrice.

Les syndromes paravertébraux que nous venons d'étudier s'associent et se combinent entre eux de diverses façons. A l'origine, on trouve, d'ordinaire, une petite infection, un trouble humoral capable de provoquer l'engorgement lymphatique paravertébral. Celui-ci est, surtout, réalisé par toute cause d'infiltrat interstitiel, à répétition trop fréquente pour en permettre la résorption totale, avant la poussée suivante, ou par une adéno-lymphangite infectieuse indurée et devenue tenace, chronique, sans tendance à la résorption.

Cet état d'engorgement paravertébral peut résister des années sans autres manifestations cliniques qu'un peu d'enraidissement avec endolorissement de fatigue et défaut de souplesse, causant un peu de gêne des mouvements. Un effort, une fatigue, les intempéries, émotions, chagrins, troubles hépato-digestifs, etc., provoquent une recrudescence d'enraidissements douloureux, qualifiés, ordinairement de rhumatisme musculaire. Au cours de ces paroxysmes apparaissent les crises de rétractions spasmodiques subluxantes, les douleurs aiguës dues à la rétraction cellulitique, irritant, soit l'innervation sensitive de la région rétractée, soit les racines et plexus nerveux. Les troubles d'innervation végétative sont de deux ordres : de bruyants réflexes, plus ou moins généralisés et semblables à ceux des syndromes de la tête et du cou, éclatent à l'occasion des paroxysmes douloureux ou des crises de congestion et de rétraction. Ou bien, des troubles vasomoteurs viscéraux, décrits plus loin, sont reconnus dépendre de l'engorgement lymphatique paravertébral avec lequel ils disparaissent, pour ne se reproduire qu'avec lui. Enfin, les déviations rachidiennes permanentes, comme, d'ailleurs, l'enroulement des épaules en avant et les rétractions thoraco-abdominales et des membres, sur lesquelles nous aurons à revenir, sont reconnues, à l'examen objectif, qui permet de distinguer et de traiter rapidement ce qui appartient aux parties molles.

En résumé : enraidissements douloureux, déviations rachidiennes par enraidissements, rétractions lentes ou crises aiguës de rétractions subluxantes, signes de radiculo-plexite et réflexes végétatifs polymorphes et plus ou moins généralisés, sont la conséquence de l'infiltrat interstitiel et des rétractions tissulaires, dont la disparition guérit tout ce qui en dépendait, alors même qu'il s'agit, souvent, de troubles invétérés, d'apparence, parfois irréductibles.

(A suivre.)

ACTUALITÉS

L'ACÉTYLCHOLINE

L'acétylcholine est un des médicaments les plus récents de l'arsenal médical; c'était cependant depuis longtemps déjà une substance dont les chimistes et les physiologistes connaissaient les propriétés; ces derniers l'avaient étudiée, mais la grande activité pharmacodynamique qui est l'un de ses caractères l'avait jusqu'à ces derniers temps fait tenir à l'écart du domaine médical proprement dit.

C'est Baeyer, puis Nothnagel qui, vers 1906, semblent en avoir les premiers effectué la préparation; dès 1914, Fourneau et Page en donnaient une étude au point de vue chimique; étude à laquelle peu de chose a été ajouté depuis.

A partir de ce moment jusqu'à 1926 c'est la période proprement physiologique et expérimentale de son histoire. Hunt et Taveau montrent dès 1906 sa puissante action vaso-dilatatrice des artérioles, action à nouveau étudiée en 1918 par Dale et Richards; à partir de 1922, Gautrelet décrit son influence sur les équilibres colloïdaux de l'organisme et Lœwi étudie les analogies avec les « hormones vagales ». En 1925, Zunz et Frédéricq étudient son action sur le cœur lui-même.

C'est seulement depuis 1926, à la suite des travaux de Villaret et de Justin-Besançon en France, que l'acétylcholine a pris place en thérapeutique médicale. Sans doute reste-t-il encore beaucoup à connaître, mais d'ores et déjà un nombre suffisant d'essais a déjà été fait pour qu'on puisse penser que ce nouveau produit pourra conserver sa place dans la pharmacopée.

Propriétés physico-chimiques. — L'acétylcholine n'est employée en médecine que sous la forme de son chlorhydrate; la formule développée en est :

$$\begin{matrix} CH^3 \diagdown & & \diagup Cl \\ CH^3 - & N & \\ CH^3 \diagup & & \diagdown C^2H^4COOCH^3 \end{matrix}$$

formule qui la rend comparable à un chlorure d'ammonium où trois atomes d'hydrogène auraient été remplacés par des groupes méthyle, tandis que la

quatrième valence de l'azote serait saturée par un reste d'acétate éthylique.

Cette substance est donc de près apparentée à la choline $\left((CH^3)^3 \equiv N\langle^{C^2H^4OH}_{OH}\right)$, composé dont on sait l'importance dans la chimie de l'organisme et la parenté avec nombre de substances qui jouent un rôle de premier plan dans le métabolisme.

On prépare l'acétylcholine par action de l'anhydride acétique sur le chlorure de choline ; cette préparation est fort délicate et donne très aisément naissance à des produits impurs, thérapeutiquement inutilisables parce que dangereux.

C'est une poudre blanche, cristalline, très soluble dans l'eau et extrêmement déliquescente en présence de l'air. Elle est aussi extrêmement altérable à la chaleur, surtout si la solution n'en est pas absolument neutre; elle se dédouble alors en choline et acide acétique.

Abandonnées à elles-mêmes, les solutions aqueuses s'oxydent très rapidement; il se produit un certain nombre de dérivés parmi lesquels on aurait trouvé la muscarine, ce qui explique aisément la toxicité des solutions altérées.

Aussi l'acétylcholine ne peut-elle être stérilisée que par tyndallisation ; elle doit être conservée sous forme de poudre en ampoules scellées; il faut user d'artifices pour la conserver sèche et à l'abri de toute altération. Ses solutions ne doivent être préparées qu'au moment même de l'emploi.

Propriétés pharmacodynamiques. — Activité du médicament. — L'une des plus remarquables propriétés de l'acétylcholine est sa puissance. On sait, en effet, depuis longtemps que des doses infinitésimales sont cependant actives. Guggenheim et Loeffler ont vu se produire son action sur l'utérus de cobaye à des dilutions de l'ordre de grandeur du milliardième; Dale l'a trouvée active chez le chat chloroformé au millième de milligramme par kilogramme d'animal.

Elle est ainsi cent mille fois plus active que la choline d'où elle dérive ; elle n'est cependant que trois fois plus toxique.

Action sur les vaisseaux. — Depuis longtemps, Hunt et Taveau ont montré que chez l'animal des doses de l'ordre de 1/100 de milligramme, introduites par injection intraveineuses, étaient suffisantes à produire des effets constatables.

Il se produit *une vaso-dilatation* portant exclusivement *sur les artères et sur les artérioles périphériques*, parmi lesquelles il faut comprendre les *anastomoses artérielles*, spécialement au niveau de la peau. Les artères des viscères, celles du rein en particulier, ne sont que peu influencées; celles du poumon ne le sont pas.

La contractilité des capillaires est au contraire stimulée, d'où l'absence de toute rougeur du tégument sous l'effet du médicament.

L'action de l'acétylcholine est favorisée par la présence dans les humeurs d'un excès de potassium; elle est, au contraire, entravée ou même inversée par un excès de calcium.

Son effet sur le rein est antagoniste de celui de l'adrénaline; à dose suffisante, l'atropine rend l'acétylcholine inactive.

On a pu observer directement ses effets sur l'artère centrale de la rétine dont la réaction physiologique ne diffère pas de la réaction des artérioles : en quinze à vingt minutes elle est le siège d'une vaso-dilatation considérable.

Il est à noter (Soler) que l'introduction directe d'acétylcholine dans une artère augmente le débit de la veine correspondante.

Action sur le cœur. — Les études de Hunt et de Taveau (1915) ont montré que l'acétylcholine agit sur le cœur de façon comparable à celle de la faradisation du pneumogastrique. Le cœur *est ralenti* (action chronotrope négative), *sa contractilité diminue* (action inotrope négative). Cette action peut être empêchée par certaines substances, dont l'atropine et l'adrénaline.

C'est pour ce motif que certains physiologistes, comparant cette action à celle des liquides de perfusion ayant traversé un cœur durant la faradisation du vague, ont pensé que l' « hormone vagale » (Lœwi), transportée par le liquide perfusé, pouvait être l'acétylcholine elle-même. Frédéricq a montré que les effets sur la chronaxie du cœur (raccourcissement) étaient les mêmes, que l'on emploie l'acétylcholine ou la faradisation des vagues. Divers auteurs ont étudié les effets de ce produit sur les diverses portions du myocarde que traverse l'onde de contraction.

Action sur la tension artérielle. — Elle n'est que la résultante des effets que nous venons d'énoncer vis-à-vis du cœur et du système artériel.

L'*acétylcholine est un hypotenseur puissant*; c'est là son effet cardinal au point de vue pratique.

Action sur les muscles lisses. — C'est celle des stimulants parasympathiques mais relativement douce et au prix d'une moindre toxicité.

Ainsi que l'ont montré les examens radioscopiques chez l'animal le *péristaltisme gastrique et intestinal est augmenté* mais demeure du type normal, sans apparition d'aucun spasme. La choline ne présente au contraire d'action que sur certains segments à l'exclusion d'autres et la pilocarpine provoque des phénomènes spasmodiques.

Il suffit de doses extrêmement faibles du médicament pour provoquer une augmentation notable du tonus.

L'acétylcholine semble environ vingt fois plus active que la pilocarpine ou que l'extrait hypophysaire sur l'utérus du cobaye; son action se fait également sentir sur l'uretère et sur la vésicule biliaire.

Action sur les muscles striés. — L'acétylcholine produit à leur niveau, à une dilection de 1/1.000.000 une légère contraction qui pour des doses plus fortes ne tarde pas à se transformer en contracture. Elle a pour antagonistes, vis-à-vis du système musculaire, la novocaïne et l'atropine. Il semble du reste y avoir des effets différents selon que des

sections nerveuses ont pu soustraire les muscles à l'influence des centres nerveux. C'est surtout sur le muscle privé d'innervation que les effets sont les plus marqués.

ACTION SUR LE SANG ET L'ÉQUILIBRE HUMORAL. — Des doses répétées en injection sous-cutanée *augmentent légèrement le nombre des globules blancs et des plaquettes.*

Zunz et La Barre ont de plus observé *in vitro* une action retardante de l'acétylcholine sur la coagulation; il semble qu'elle empêche la transformation du pro-sérozyme en sérozyme.

Gautrelet, enfin, a montré qu'injectée à l'animal anesthésié, elle empêche les effets hémoclasiques de diverses substances injectées ensuite (thiosine, nigrosine), et qu'en particulier la chute de tension artérielle caractéristique du choc ne se produise plus.

ACTION SUR LES GLANDES DIGESTIVES. — Villaret, Justin-Besançon et Even ont montré récemment que l'acétylcholine sous-cutanée ou intraveineuse, provoquait chez le chien la sécrétion d'un suc pancréatique directement actif sur l'ovalbumine; ils ont réussi dans certains cas, en employant les mêmes techniques que celles employées pour la pilocarpine, à provoquer par l'action de l'acétylcholine des pancréatites hémorragiques analogues.

SUBSTANCES ANTAGONISTES ET SYNERGIQUES (BACKMANN). — Elles semblent très nombreuses et leur étude continuée permettra sans doute de simplifier une question qui semble très complexe.

D'une manière générale, l'atropine et la scopolamine semblent antagonistes de l'acétylcholine dans son action vasodilatatrice; l'hydrastinine et la nicotine dans son action sur l'intestin.

Au contraire l'éther, le chloroforme semblent renforcer ses effets sur le cœur et sur l'intestin. La cocaïne est synergique vis-à-vis de ses effets cardiaques et le chloral vis-à-vis de ses effets intestinaux.

(A suivre.)

CHRONIQUE

LE VIIe CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE (1).

En l'an 1229, Saint Louis et Raymond VII, comte de Toulouse, signèrent la vénérable charte (dont, par une délicate attention, un *fac similé*, splendidement exécuté, a été remis à chacun des délégués), charte qui établissait le statut réglant le fonctionnement de la nouvelle Université.

L'Université, fondée « pour réparer les désordres que l'ignorance et l'hérésie des Albigeois avait causés dans la province, se composait des quatre facultés de théologie, droit civil et canon, médecine et arts ».

Durant sept siècles, peut-on dire, l'Université cherche sa liberté en défendant ses privilèges. Jamais le *de omni re scibili et quibusdam aliis* ne fut de plus stricte application qu'en ces solennelles assises : toutes les Universités du monde représentant l'élite du « savoir humain » s'étaient donné rendez-vous auprès de Toulouse, dont Alex Coutet, dans un ouvrage qui avoisine le chef-d'œuvre, a donné le sens profondément médiéval.

Parallèlement — mais avec une autre note — Edouard Privat a, pour cette commémoration, édité l'*Histoire de l'Université de Toulouse* : travail définitif.

* *

Tout d'abord, je veux dire le geste de courtoisie qui nous accueillit sur le quai de la gare. Un certain nombre d'étudiants, portant béret et brassard, s'approchaient des étrangers qui semblaient devoir appartenir aux fêtes du Centenaire et, avec une exquise affabilité, nous demandaient si, en quelque manière que ce soit, ils pouvaient nous être utiles, soit pour nous guider à travers la ville rose, soit pour nous indiquer l'un des hôtels que l'organisation centrale avait prévus pour nous, soit encore pour nous indiquer la permanence où — encore et toujours — avec une bonne grâce à laquelle chacun s'est plu à rendre hommage, nous était remise avec une magnifique réplique en beau bronze du *sigillum universitatis Tolosæ*, une pochette contenant les diverses cartes d'invitation (suivant les facultés), cartes nous permettant d'assister à telle ou telle manifestation corporative.

* *

Les corporations! Nul doute, en effet, que, durant ces quelques heures, elles furent plus vivantes que jamais. Les médecins eurent leur Journée médicale, leurs banquets confraternels : l'animateur en fut le professeur Bardier. M. le doyen Abelous, dans les toasts qu'il porta, avec tant de noblesse, aux invités de la Faculté, fit également connaître que Mme Bardier avait été la collaboratrice du professeur Bardier, et l'on put dire ainsi que tout ce qui était administratif avait été paré du charme de la femme de Toulouse.

La grande journée fut celle du dimanche. Le président de la République et un certain nombre de membres du gouvernement s'étaient rendus à l'invitation de l'Université.

L'Université est une très grande dame.

Pourquoi faut-il que tout le monde ne l'ait pas compris, et que de certaines organisations, éminemment respectables sans doute, n'aient pas senti que l'Université recevant le chef du gouvernement, le chef du gouvernement ne pouvait être « distrait » de cette invitation...

Et ce fut, tout de même, dans le cadre — grandiose et maintes fois séculaire — de la chapelle des Jacobins que Toulouse et ses sept siècles de science reçurent les délégués du monde entier. De la Finlande comme de l'Australie, tout comme des Amériques et de l'Europe centrale et de l'Extrême-Orient, tous les peuples, toutes les académies, toutes les sociétés savantes avaient tenu à honneur d'assister à cette fête de l'esprit.

M. le recteur Dresch, au profil de médaille, a dû vivre à ce moment-là les heures les plus inoubliables de son existence. Il ne nous appartient pas de décrire la majesté des délégués venant, dans leurs costumes pittoresques, remettre l'adresse de leur corps, ni de rapporter les discours qui les précédèrent, encore que certains mériteraient d'être analysés. Pas davantage, nous ne pouvons insister sur ces réceptions qui eurent tant de charme — chez nos maîtres et chez nos amis — ni sur les festivités gastronomiques qui furent à la hauteur d'une antique réputation, cependant que la Comédie-Française, au Capitole, faisait applaudir *Le Mariage de Figaro* et que, le lendemain, dans une salle immense, une table de douze cents couverts se trouva mise et servie comme par une baguette de fée. Une mention devrait être donnée à la réunion si pleine de cordialité de l'Umfia, où les médecins de Toulouse à Paris s'étaient joints dans une pensée délicate. Dartigues, Bandelac de Pariente, Molinéry venaient se retremper dans le sein de leur première filiale... Que de choses nous oublierons! Que de choses nous passerons sous silence, mais

(1) *Association de la Presse médicale française.*

la Journée médicale nous attend et les conférences du médecin général inspecteur Toubert et celles, le même jour, du professeur Gley, du Collège de France, et du professeur Bordet, de l'Université libre de Bruxelles.

*
* *

Le grand amphithéâtre d'anatomie est au complet.

Sous la fresque où une page d'histoire de la Faculté a si bien idéalisé la Science découvrant la Vérité, ont pris place : M. le doyen Abelous, dont l'âme a tant de fois vibré au cours de ces Journées qui sont un peu siennes... M. le médecin général inspecteur Toubert, accompagné de M. le médecin général Lafforgue, directeur du Service de santé du 17e corps.

Présentation du conférencier. Celui-ci nous fait entrer, de plain-pied, dans le cœur de son sujet. Et nous de vivre avec lui sa conférence, car le médecin général inspecteur Toubert a quelque droit de dire qu'au cours de la dernière guerre il a pu pressentir tout le devenir du Service de santé.

Pourquoi donc la place m'est-elle tellement mesurée que je ne puis que donner, très en raccourci, cette magistrale leçon?

Songez donc à l'ampleur du sujet, à son importance capitale, aux déductions que le médecin général inspecteur Toubert saura faire venir, tout naturellement, comme conclusions!

La modernisation du Service de santé militaire : le présent, le passé, l'avenir. *Modernisation doit signifier transformation, résultant :*

1° *De l'évolution des idées et des faits, au cours des époques;*

2° *De l'adaptation aux milieux ambiants (milieu scientifique, milieu militaire);*

3° *De la transmission aux contemporains et aux descendants des acquisitions nouvelles évoluées et adaptées, faites par les ascendants.* D'où deux grandes divisions : modernisation du service de santé *au point de vue scientifique*; modernisation du service de santé *au point de vue militaire*.

Et le médecin général de nous rappeler les ravages de la variole, du choléra, de la fièvre typhoïde, du paludisme, du typhus dans les anciennes armées en campagne. De 1914 à 1918 quels progrès réalisés! Dépistage, isolement, vaccination ont permis de dire que « la guerre a été faite avec les blessés ou malades récupérés par le Service de santé ».

Mais la guerre « est aussi une épidémie de traumatismes ». Les complications des plaies de guerre ont été jugulées par la collaboration fraternelle du chirurgien et du bactériologiste, en fonction d'une coordination admirablement réglée.

Ce n'est pas sans tristesse que l'éminent conférencier nous entretient des gaz de combat. Les conventions internationales, touchant cette horrible manière de combattre, seront-elles respectées ou violées? L'histoire est là pour nous apprendre à veiller...

Mais le Service de santé doit fonctionner en liaison avec le commandement : celui-ci évoluant sans cesse et s'adaptant aux différentes phases du combat. Tout est prévu en 1914 pour une marche en avant, et c'est la longue stabilisation dans les tranchées... Donc adaptation à cet état de choses. Or, en 1918, c'est la guerre de poursuite et, sur un front de plusieurs centaines de kilomètres, adaptation nouvelle. L'hospitalisation, l'évacuation, la coordination demandent donc une formule aussi souple que moderne.

Très applaudi par un auditoire qui, pas un instant, ne cesse d'accorder toute son attention au conférencier, le médecin général inspecteur Toubert conclut de la façon suivante : *La Science est une œuvre collective où l'on ne fait que continuer, où l'on ne finit jamais.*

*
* *

Et la même conclusion pourrait être l'épilogue de la leçon du Collège de France que fit, à Toulouse, M. le professeur Gley.

La physiologie de l'individu; ou, encore, de la philosophie à la physiologie, ou, encore, de la physiologie à la philosophie. Métaphysique et philosophie. Métaphysique et philosophie scolastique, problème des universaux et réalité des idées générales, querelle célèbre entre les nominalistes et les idéalistes. Ah! monsieur le professeur, comme j'aurais voulu entendre Albert le Grand vous donner la réplique, au temps où la docte université de Paris tenait ses cours sur les flancs de la montagne Sainte-Geneviève! Auriez-vous été si loin l'un de l'autre, à mille ans de distance? Les docteurs de Robert de Sorbon vous eussent, plus tard, départagés, mais vos mains se seraient unies en Platon et en Leibnitz.

Il n'y a pas de science du particulier. Chez tous les êtres vivants, l'étude nous conduit à réduire à l'unité tous les phénomènes physico-chimiques que nous reconnaissons.

Et cependant l'observation et l'expérimentation semblent nous conduire à une spécificité physiologique chez l'individu tout comme, récemment Rémy Colin (de Nancy) concluait à la spécificité du protoplasma.

Il ne peut y avoir suppléance de la fonction rénale d'un organisme par celle de l'organisme similaire auquel le premier a été soudé.

Dès 1909-1910, le professeur Gley en était amené à professer la conception d'une physiologie individuelle. La question des greffes fortifie les conclusions de M. Gley; à son dire, les auto-greffes réussissent toujours; les homogreffes, rarement, et les hétérogreffes, jamais.

Dans une troisième catégorie de faits, M. Gley démontre comment s'établissent des réflexes acquis ou conditionnels, différant suivant les individus et conditionnant ainsi l'infinie variété des psychiques.

Et le conférencier d'étayer sa thèse de considérations tirées de faits pathologiques et ce sont ceux que Charles Richet a définis sous le nom d'anaphylaxie. Or, le nombre des substances anaphylactisantes est considérable, ce qui faisait dire à Charles Richet que deux animaux ne sont jamais identiques. La supériorité des auto-vaccins sur les stock-vaccins semble encore être une nouvelle preuve de la spécificité de l'individu.

Mais à quoi tient cet individualisme? Très probablement à des différences dans leur chimisme propre que le métabolisme basal met si bien en évidence.

L'on devine ce que le chercheur de demain aura de champs inexplorés en suivant la route que, lumineusement, lui ouvre la méthode du professeur Gley.

*
* *

Par bien des côtés, la conférence du professeur Bordet pouvait s'apparenter à celle de son prédécesseur dans l'ordre du jour des leçons de Toulouse : *les facteurs d'évolution des cultures microbiennes.* Nous serons ici infiniment moins à l'aise pour donner un aperçu de la leçon de M. Bordet.

Bordet doit résumer Bordet...

Les microbes sont des « êtres » à haute personnalité. Pour se développer normalement, ils ont besoin de leur milieu de culture. Ainsi le microbe de la coqueluche (que M. Bordet a spécialement étudié) s'épanouit en milieu hématique. Modifiez ce milieu, il changera tellement de « personnalité » qu'injecté au lapin, il donnera deux sérums totalement différents.

Le charbon, qui est le type des microbes à spores, peut semble-t-il, spontanément, donner une espèce qui ne possède plus de spores. Alors se présentent à l'examen deux types de cultures : la culture à type rugueux, la culture à type lisse.

M. Bordet se demande si l'autolyse, le bactériophage n'interviennent pas dans ces diverses présentations. M. Bordet rapporte les observations de Burnett sur le *Melitensis* et ses variétés d'aspect. De même l'aspect bleu, l'aspect vert du pyocyanique. Le conférencier signale, au passage, l'influence du calcium sur toutes ces cultures et les modifications que sa présence ou son absence provoquent. Il s'agit de véritables

mutations. Bien des points d'interrogation sont posés par l'éminent savant qui, dit-il, se refuse à présenter quelque conclusion que ce soit à son auditoire, car, ajoute-t-il, *la Science n'a jamais fini de chercher*. Et sur cet appel aux jeunes qui doivent, à leur tour, porter haut et ferme le flambeau, M. Bordet s'arrête, couvert des applaudissements sans fin d'un auditoire qui a, durant une heure, travaillé avec lui, en synthèse de vingt ans, si je puis ainsi écrire...

*
* *

De nombreuses expositions accompagnaient le VIIe Centenaire.

On pouvait admirer à la Faculté de droit, annales, archives vénérables, missels et livres d'heures aux enluminures délicates et incomparables, incunables avec gravures sur bois, livres ayant appartenu à Racine, reliures somptueuses et, à côté de plans du vieux Toulouse, une horloge décimale à mouvement électrique, construite par le grand et vénéré savant M. de Rey-Pailhade, celui-là même qui, encore étudiant, pressentit le rôle du soufre et montra que celui-ci était dû à la présence du philothion.

Il nous fut donné d'aller rendre visite au solarium de l'Institut de puériculture du Jardin des Plantes où M. le professeur Baylac, qui a élevé des générations d'internes à la pédiatrie, a organisé une exposition de tout ce qui intéresse l'hygiène, l'alimentation, la santé et le bien-être des tout petits.

*
* *

Avec la mélancolie des choses finissantes, ce VIIe Centenaire est allé rejoindre dans le passé ceux qui l'ont précédé.

J'imagine sans aucune difficulté ce que sera le VIIIe avec les progrès de la T. S. F., de l'aviation, de la télévision et de quelques autres inventions que les Branly et les Claude et leurs émules et leurs élèves auront mises au point.

Je ne vous en dirai rien pour vous laisser la surprise!

MOLINÉRY.

P. S. — L'Université de Toulouse, si riche en souvenirs du passé, avait gracieusement invité les délégués nationaux et internationaux à visiter et Saint-Bertrand de Comminges — ce Saint-Michel du Midi, comme il a été écrit — et Bagnères-de-Luchon, dont Superbagnères et sa station climatique fameuse et le Vaporarium radio-sulfuré constituent de bien intéressantes attractions. Plus de deux cents visiteurs se joignirent à M. le recteur Dresch, aux côtés duquel nous avons reconnu M. Charlety, recteur de l'Académie de Paris; M. Allengry, recteur de l'Académie de Grenoble; Mgr le recteur de l'Académie d'Angers; M. le directeur de la Casa Velasquez, de Madrid; S. E. M. Fedele, ancien ministre de l'Instruction publique de Rome, et le docteur Martin, médecin en chef de l'hôpital Pasteur; le docteur Gaston Duchesne, rédacteur en chef adjoint du *Concours médical*; le professeur Martinez Vargas, ancien recteur de Barcelone, le docteur Bory, l'anatomiste clermontois; le professeur Mandoul (de Bordeaux), et sur le Livre d'Or de la station furent inscrits des autographes qui perpétueront le souvenir de cette mémorable visite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1929)

Calcifications de la pie-mère (angiome du cerveau) démontrées par la radiographie. — M. KNUD KRABBE (de Copenhague).

Les lésions rolandiques dans la paralysie générale. — M. BABONNEIX.

Sur un syndrome bulbaire particulier. — MM. DUPUY-DUTEMPS et LARGEAU.

Myoclonie du voile du palais chez les anxieux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Robert LARGEAU présentent un anxieux en voie d'amélioration, chez lequel sont apparus, pendant la phase d'anxiété maxima, des mouvements cloniques d'abaissement et d'élévation du voile du palais, répétés plusieurs dizaines de fois par minute. Ces mouvements, qui s'accompagnent d'une diminution du réflexe pharyngien et qui sont indépendants de toute névraxite épidémique, semblent être une manifestation motrice localisée d'un état d'instabilité motrice analogue à celui qu'on observe chez nombre d'hyperémotifs. La localisation de ce reliquat moteur au voile du palais n'est expliquée par aucune cause portant sur le pharynx ou sur la trompe d'Eustache.

Quatre malades atteints de tumeurs du cerveau. Ablation. Guérison. — MM. Th. DE MARTEL, Clovis VINCENT, M. DAVID et P. PUECH présentent successivement :

1° Une malade opérée de méningiome de la petite aile du sphénoïde droit;

2° Un jeune homme chez lequel ils ont extirpé un méningiome temporo-facial droit;

3° Un enfant opéré de tumeur de la poche cranio-pharyngée (poche de Rathke);

4° Un homme atteint d'un gliome pariéto-occipital droit, dont l'ablation complète a nécessité trois interventions.

Ces malades sont actuellement guéris, et ont repris une vie normale.

A propos du dernier malade, les auteurs insistent sur ce fait que les gliomes ne sont pas, contrairement à l'opinion généralement admise, des tumeurs infiltrées au-dessus des ressources du neuro-chirurgien. Les gliomes compriment plus qu'ils ne détruisent, et, même quand leur ablation totale est impossible, des extirpations partielles, répétées à plus ou moins longs intervalles, véritables « décompressives intracérébrales », sont susceptibles d'entraîner de longues survies; le pronostic dépend surtout alors de la nature histologique du gliome.

Sur la malariathérapie dans la paralysie générale. — MM. Rodriguez ARIAS et T. PONS BALMA (de Barcelone).

Sur un cas de maladie de Wilson avec symptômes de spasme de torsion. — MM. Rodriguez ARIAS, M. Costes LLADO et B. Sergina ROBERT (de Barcelone).

Sur les érythrodermies produites par le luminal sodique. MM. Rodriguez ARIAS et Garcia GONZALEZ (de Barcelone) ont observé des éruptions de type érythrodermique dans 8 p. 100 des cas qu'ils ont traités par le luminal.

M. CHAVANY a observé, à l'hôpital Claude-Bernard, 3 érythrodermies provoquées par le gardénal, dont deux mortelles. Dans ces deux derniers cas, il y avait insuffisance hépatique antérieure. M. LAIGNEL-LAVASTINE remarque que l'intolérance est question de susceptibilité individuelle, et non de dose. MM. BABONNEIX et SOUQUES notent que les accidents restent exceptionnels, même pour des doses élevées.

L'épreuve encéphalographique dans un cas de tumeurs multiples du cerveau. — M. EGAS MONIZ (de Lisbonne) montre les clichés pris grâce à sa méthode de l'encéphalographie artérielle, et qui ont permis de soupçonner l'existence d'une double tumeur. A l'autopsie, ces deux tumeurs existaient, et il y en avait une troisième dans le cervelet.

M. ROUSSY se demande s'il s'agissait de tumeurs multiples ou de métastases intracérébrales d'une tumeur cérébrale primitive.

Le diagnostic différentiel entre les méningiomes et les autres tumeurs cérébrales par l'épreuve encéphalographique. — M. Egas Moniz (de Lisbonne).

Hémangiome rolandique. Extirpation. Guérison. — MM. Dereux (de Lille) et Martin (de Bruxelles) relatent l'observation d'une malade atteinte d'hémangiome cérébral. Ils insistent sur trois points : 1° le siège rolandique de cet hémangiome tout à fait exceptionnel, ces tumeurs siégeant presque exclusivement dans le cervelet; 2° la présence de calcifications dans cette tumeur; 3° l'excellent résultat opératoire obtenu, cette variété de tumeur paraissant se comporter comme un gliome hystique.

Etude anatomique et clinique d'une tumeur de la calotte protubérantielle. Contribution à l'étude du faisceau longitudinal postérieur. — M. van Gehuchten.

Recherches hématologiques sur les malades neurologiques. — M. Schrœder (de Copenhague).

Projection topographique et interprétation des céphalées d'origine naso-sinusale. — M. Dufourmentel (de Paris) schématise l'histoire des céphalées sinusales en disant que seules les lésions oblitérantes des sinus (à l'exclusion des lésions suppurées) déterminent des céphalées, que ces céphalées sont presque toujours associées à des troubles cérébraux (amnésie, vertiges, troubles de l'attention), et que la localisation de la céphalée dépend du sinus malade : céphalée antérieure dans les sinusites frontales, postérieure dans les sinusites sphénoïdales, syncipitale dans les sinusites ethmoïdales.

Paraplégie en flexion chez un catatonique. — M. Dide (de Toulouse). L'autopsie du malade montrait une encéphalite microglique généralisée.

M. Cl. Vincent estime qu'il s'agit plutôt de pseudo-paraplégie en flexion, comme celle qu'il a observée avec M. Darquier dans des lésions encéphaliques accompagnées d'exagération des réflexes hyperalgésiques.

La malariathérapie dans la syphilis du système nerveux. Résultats cliniques et biologiques de cinq ans de thérapie. — M. Paulian (de Bucarest).

L'homme debout. Sur les fonctions du cervelet. — M. Noïca (de Bucarest).

Réflexes profonds du cou dans un cas d'hémimyoclonie chez un paralytique général. — MM. Kreindler et Bruch.

A propos de quelques traumatismes fermés du crâne. Peut-on localiser et traiter la contusion encéphalique en foyer? — MM. Arnaud et Albert Crémieux.

Tumeur du tractus pharyngo-hypophysaire. Phénomènes choréiques. Remarques anatomiques. — M. L. Cornil (de Nancy).

Sur deux cas de neurofibromatose. — M. Tolosa Colomer.

Des perturbations du métabolisme basal dans l'état parkinsonien et de ses causes. — MM. J. Froment et R. Corajod (de Lyon) montrent que l'élévation du métabolisme basal habituellement observée tient à deux causes conjointes : 1° à une perturbation du système neuro-végétatif que décèle l'accentuation des réactions postadrénaliniques normales; 2° à une perturbation de la régulation statique, dérèglement générateur de suractivité musculaire. Ils inclinent à penser que le primum movens est le dérèglement du mécanisme stabilisateur. Les perturbations neuro-végétatives ne seraient qu'effets seconds d'ordre fonctionnel ou lésionnel.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXVIIIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 7 au 12 octobre 1929, sous la présidence de M. Louis Tixier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott.* — Rapporteurs : MM. Rocher (de Bordeaux) et Sorrel (de Paris).

2° *Evolution et traitement des plaies des tendons de la main.* — Rapporteurs : MM. J.-Ch. Bloch (de Paris) et Paul Bonnet (de Lyon).

3° *Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. Léon Bérard (de Lyon) et Lardennois (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (VIe).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens, qui désirent faire partie de l'Association, doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service. Les membres du Comité ne peuvent accepter de parrainage, sauf pour les candidats étrangers.

LIVRES NOUVEAUX

Fiches de pratique médicale.

La si utile publication de notre confrère Desfour, poursuit sa carrière avec un succès croissant. Voici la quatrième série de ces fiches qui atteignent déjà le chiffre de 150. Les suivantes doivent paraître à la cadence de 100 par an, environ, puis lorsque le fichier sera complet ne paraîtront plus que les fiches de remplacement. C'est dire la méthode et l'activité que notre confrère apporte à son œuvre dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

Quatrième série (25 fiches) parue. Prix : France, 14 fr. franco; Etranger, 16 fr. franco :

126 *Cancer du rectum*, diagnostic, docteur Georges Roux. — 127 *Cancer du rectum* (suite), docteur Georges Roux. — 128 *Remplacements*, Comité de rédaction du *Concours médical*. — 129 *Dysenterie bacillaire*, docteur Jarry. — 130 *Dysenterie bacillaire* (suite), docteur Jarry. — 131 *Accidents du travail*, — Conseil de direction du *Concours médical*. — 132 *Le Diabète* (régime), docteur Jean Baumel. — 133 *Le Diabète* (régime) (suite), docteur Jean Baumel. — 134 *Fractures de la clavicule*, docteur A. Augé. — 135 *Fractures de la clavicule* (suite), docteur A. Augé. — 136 *Brûlures chimiques de l'œil*, professeur H. Villard. — 137 *Hernie accident du travail*, professeur agrégé Jeanneney. — 138 *Maladies de l'appareil lacrymal*, docteur Ch. Dejean. — 139 *Anthrax*, docteur Aimes. — 140 *La Maladie rhumatismale*, étude clinique, professeur Carrieu, docteur Janbon. — 141 *La Maladie rhumatismale*, étude clinique (suite), professeur Carrieu, docteur Janbon. — 142. *La Maladie rhumatismale*, traitement, professeur Carrieu, docteur Janbon. — 143 *Rubéole*, épidémiologie, symptomatologie, prophylaxie, docteur Aublant. — 144. *Les Sérums thérapeutiques*, professeur Lisbonne. — 145 *Les Sérums thérapeutiques* (suite), professeur Lisbonne. — 146 *Les Brûlures*, docteur H. Estor. — 147 *Hémoptysies*, traitement, professeur Gaussel. — 148. *Tétanos*, traitement, docteur Mourgue-Molines. — 149. *Tétanos*, traitement (suite), docteur Mourgue-Molines. — 150 *Le Secret médical* (fiche de remplacement), Comité de rédaction du *Concours médical*.

Direction et Administration : docteur J. Desfour, 17, rue Ecole-de-Droit (Montpellier).

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
o.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU RECTUM

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

DIAGNOSTIC

Diagnostic différentiel. — 1° Cancer ampullaire. — C'est avant tout un diagnostic de signes physiques; aussi faut-il insister sur la nécessité de recourir au toucher rectal toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un sujet âgé présentant des troubles intestinaux. Il importe alors de ne pas se contenter d'un diagnostic banal, basé sur l'impression d'entérite ou d'hémorroïdes.

On sera alors mené à éliminer les tumeurs comprimant le rectum, surtout les *tumeurs du cul-de-sac de Douglas*.

— Parmi les tumeurs bénignes du rectum ;

La *rectite proliférante* est constituée de végétations friables mais non indurées.

Les *polypes rectaux* sont lisses, de consistance molle, et pédiculés.

La *tumeur villeuse* a une consistance gélatineuse caractéristique.

— Plus fréquemment on penserait à *une ulcération* surtout dysentérique, qui ne s'accompagne ni de saignement ni d'induration.

— Mais le diagnostic essentiel est celui des rétrécissements inflammatoires du rectum.

Au toucher rectal le doigt bute sur un diaphragme dur, inextensible. La paroi rectale est indurée et infiltrée largement.

Cependant la *muqueuse sous-jacente* est presque toujours atteinte de rectite proliférante; elle est sèche, rugueuse, épaissie.

On pourra tenter une rectoscopie et même parfois on aura recours à la biopsie pour les distinguer de certains cancers circonférentiels.

Il faudra ensuite en chercher la cause (syphilis, tuberculose ou rectite banale).

2° Cancer recto-sigmoïdien. — Cette forme pose des diagnostics difficiles avec toutes les sténoses du côlon gauche.

On pourrait penser à un cancer du côlon pelvien qui sera reconnu à l'examen radioscopique.

Il est très difficile d'éliminer une tuberculose ou une syphilis localisée à forme sténosante.

La notion d'*hémorragies*, en particulier de melæna occulte révélé par les épreuves chimiques, est un signe capital en faveur du cancer.

3° Enfin le cancer anal risque souvent de passer inaperçu à son début. On est tenté de se satisfaire de diagnostics banaux : *hémorroïdes ulcérées, papillome, fissure anale*, et il faut rechercher avec soin les signes propres au néoplasme.

Le *chancre syphilitique*, surtout lorsqu'il tend vers le phagédénisme, pourrait prêter à confusion.

4° Quant aux formes latentes et masquées, simulant une entérite, une dysenterie, une affection gastrique, ou se traduisant seulement par des symptômes généraux, c'est par le toucher rectal seul qu'elles pourront être diagnostiquées.

Diagnostic d'opérabilité. — Nous rappellerons son extrême difficulté dans certains cas. Nous avons vu qu'il se pose sur l'*extension du cancer*, en particulier à la vessie, au sacrum, et sur la recherche de *contre-indications opératoires* telles qu'une azotémie élevée, un état général mauvais, une métastase.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 49, p. 911, et n° 51, p. 942.

TRAITEMENT

On a proposé un grand nombre de modes d'exérèse du cancer de l'ampoule rectale.

Disons tout d'abord que la résection rectale avec rétablissement de la continuité intestinale est rarement possible. *L'amputation avec établissement d'un anus iliaque définitif* est l'opération courante.

Elle peut se faire :

Soit *par voie périnéale seule* (la voie sacrée est abandonnée) pour les cancers bas situés.

Cette opération est peu grave mais expose à la récidive.

Soit *par voie abdominale* seule, possible seulement pour les cancers haut situés.

Soit surtout par la *voie combinée, abdomino-périnéale*. qui est la méthode de choix pour la majorité des cancers.

Elle comporte une importante mortalité immédiate (choc ou cellulite pelvienne diffuse rapidement mortelle) mais elle semble donner les meilleurs résultats éloignés.

On peut en diminuer la gravité par une préparation soigneuse du malade et en la faisant en deux temps. Elle peut enfin être complétée par une colpo-hystérectomie chez la femme, chez laquelle elle semble du reste mieux supportée.

Pour le cancer sus-ampullaire l'exérèse abdominale en un temps est souvent pratiquée. Le cancer anal est justiciable d'un évidement large du périnée emportant les releveurs et la graisse du creux ischio-anal; opération assez choquante qui doit être complétée par le curage bilatéral des ganglions inguinaux.

Enfin de nombreux cas inopérables d'emblée ou se révélant inopérables à l'intervention exploratrice seront temporairement améliorés par la colostomie iliaque gauche, qui permettra un traitement désinfectant et l'application directe du radium.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 6 juillet. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Lecène et Vaudescal. — M. Chosson. La cure radicale de l'ulcus gastrique haut situé. — M. Rosenberg. Etude physiologique et clinique de la dilatation extemporanée du col de l'utérus. — M. Bourguine-Gerbet. Etude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. — M. Jubé. La transfusion du sang pur en pratique chirurgicale. — M. Delange. A propos d'un cas d'éléphantiasis nostras de la vulve. — M. Merle. Etude des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale non tubaire. — M. Morvan. Etude du traitement de la scoliose par les greffes osseuses.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN PROPHARMACIEN demandé pour village (Loir-et-Cher). Médecin le plus proche 9 kilomètres. Municipalité offre maison loyer valeur 5.000 fr.; conditions suivantes : six ans loyer gratuit, six ans loyer 3.000 fr. De plus, indemnité installation trois ans 3.000 fr. — S'adresser Thiollier, 54, rue Jacob, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure

3 flacons dans la matinée

Cure de Régime

1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. C., 221.839, S°.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE

AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT

Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.



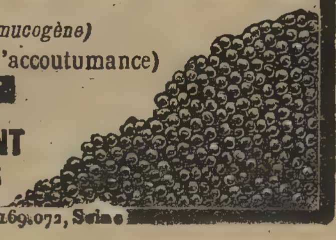
AGISSENT *par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)*
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES



ECHANTILLONS aux MÉDECINS 34, Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine



PRESCRIRE

Aux Enfants 10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes 40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

R. C., 133.144, Seine.

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Aboulker (Gilbert), Aboulker (Raphaël), Aboulker (Pierre), Mlle Abraham, M. Abrand, Mlle Aghion, MM. Albeaux, Alfonsi, Aliker, Alivisatos, Allouche, Alpern, Amante, André, Antoniou, Archambaud, Mlle Armelin, M. Arnal, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Arvay, Aubrun, Audoux, Augeix, Augereau, Auzépy,

Bachman, Mlle Baguette, MM. Bail, Baratoux, Bardin, Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barrier, Barrière, Barthélemy, Bastien, Baussan, Beauchesne, Beaufils (René), Beaufils (Roger), Béchet, Belêtre, Bellière, Bénardeau, Benech, Benoist, Bensaude, Benzaquen, Berg (de), Bergenstein, Bergeron, Bernard, Bernaud, Besson, Bévalot, Bézier, Bidou, Billard (Jean), Binet, Birnie-Scott, Bissery, Blau, Bloch, Blondeau, Mme Blondel (née Abramson), MM. Bogoraze (Dimitri), Boidot, Boisramé, Bonamy, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Pierre), Bonnet (Georges), Bons, Boquet, Borgida, Boros, Borrey, Bosc, Bosquet, Bouchacourt, Boudin, Boudreaux, Mlle Bouillard, MM. Bouley, Bourdial, Bourgeois, Boursat, Bousser, Boussoulade, Boutet, Bouwens Van der Boyen, Boyer (Etienne), Boyer (Isidore), Braillon, Brandy, Bréhant, Bréhier, Bridgman, Bridot, Brincourt, Brinon, Brizard, Bronstein, Brouet, Brulin, Bruneau, Brunel, Bruneton, Bureau (Pierre), Butaud,

Caby, Mme Cachera (née Magrah), MM. Cachin (Charles), Cachin (Marcel), Cacuira, Caïn, Calvet (Jean-Emile-Paul), Camena d'Almeida, Camus (Jean), Capandji, Carlotti, Carteret, Casalis, Catalette, Mlle Cathier, MM. Catonné, Challiol, Chareire, Charousset, Chevallier (Roger), Chigot, Chomet, Clermont, Mlle Cligny, MM. Cohen (Albert), Cohen (Asdriel), Collart, Comar, Conso, Conte, Coste, Cottin (Pierre), Couder, Courtial, Courvoisier, Coussieu, Couty, Couve, Crozat, Cuvillier,

Damon, Dansaert, Mlle Danzig, MM. Darras, Dassencourt, Dausse, David (Jean), Debidour, Debray (Charles), Defay, Delafarge, Delaffond, Mlle Delahaye, MM. Delamare, Delinotte, Mlle Delon, MM. Delorme, Delort, Demaldent, Demartial, Demirleau, Demoulin, Deparis, Departout, Desvignes, Dezoteux, Doreau, Dormay, Douay, Doussinet, Draillard, Dreyfus (André), Dreyfus (Jacques), Dubois (André), Dubois (Jean-Louis), Dubois (Pierre), Mlle Ducosté, MM. Duflos, Dugas, Dulot, Dumas (Bernard), Dumont, Dupuidemus, Dupuy-Dutemps, Durandy, Durel (Maurice), Durel (Pierre), Durieux,

Eck, Elbim, Ellenberger, d'Escrivain,

Fabre (Charles), Fabre (Georges), Fabre (Jean), Facquet, Mlles Fagnière (Geneviève), Falguière, MM. Fallourd, Faure (André), Faÿ, Felsenswald, Ferroir, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fiehrer, Filderman, Filloux, Findjandjian, Fontaine, de Font-Réaulx, Fort (Roger), Fourestier, François, Fresnais, Friedmann, Fron, Fuchs,

Gabriel, Mlle Gagneur, MM. Galland, Gallot, Ganière, Ganot, Gasne, Gaudin, Gautier, Gay, Gelbart, Geninet, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Gérard (Pierre), Gessen, Giard, Gibert (Edouard), Gibert (Théophile), Gigon, Mlle Girard, MM. Gillon, Girard, Mlle Girardeau, MM. Gireaux, Gluck (Coloman), Gluck (Léopold), Goldsztajn, Golse, Gorecki, Gorrichon, Gorse, Goutallier, Grangé, Grasset, Groulier, Guillaud-Vallée, Guillemin, Guilly, Guy, Guyon,

Mlles Hahn, Hallard, MM. Hamain, Hamelin, Hauert, Hécart, Helluin, Hennion, Herbert, Hermann, Hormus, Hubert, Huret, Hurez, Butin,

Ichard, Iliovici, Israïlovici,

Mlle Jacob, M. Jalley, Mlle Jammet (Marie-Louise), MM. Janvier, Jarrousse, Joly (François), Joly (Henri), Joseph, Jouffroy, Juchet, Julia, Jundt,

Kaplan, Katz, Kipfer, Mme Kiriloff (née Koudria), MM. Klotz, Kreiss, Kreyts, Mlle Kritchewsky,

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

MM. Labarre, Labesse, Lebignette, Lachter-Pachter, Laflotte, Lafon, Lambling, Lamiaud, Lanoë, Landrieu, de Langre, Lannegrace, Laplane, Mlle Laporte, MM. Laquerrière, Lardat, Lardennois, Laroche, Mlles Lassery, Lataste, M. Laude, Mlle Lavit, MM. Lazard, Lazerme, Lebouchard, Lebovits, Lecadre, Lecat, Lecœur, Mlle Le Diouron, MM. Lefebvre, Legry, Lehmann, Lejeune, Lellouch, Lemaître, Leman, Lemelletier, Lemoine, Lepart, Mlle Lépine, MM. Leroux dit Leroux-Robert, Leroy (Louis), Lesage, Leuret, Levaditi, Levannier, Mlle Lévy (Gilberte), M. Levy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lichtenberg, Lieffring, Limoge, Lion, Loiseau, Loisel, Loutsch, Lucas,

Macé de Lépinay, Mahoudeau, Mainguy, Maitre, Malgras, Mallarmé, Marcy, Mariau, Marie, Marmasse, Maroger, Marre, Martel, Martin (Jean-Paul), Martin (Jean-Thomas), Martin (Charles), Marx, Maspétiol, Masson (Georges), Massoulier, Mathis, Mattei, Mattern, Mazeyrie, Meidinger, Meillaud, Ménétrel, Messimy, Meyer-Heine, Mialaret, Michaelidès, Michelson, Minc, Minet, Molard, Mokine, Moreau (Jacques), Mortier, Motz, Moyse,

Nahon, Nattier, Naulleau, Netter, Nicolas, Nigaud, Nocton, Nomblot,

Olivier, Ollivier-Henry, Oppenot, Ortéga, Ortholan,

Palma (de), Pannet, Parent (Jacques), Parienté (de), Paris, Parrot, Patey, Mlle Patez, MM. Paul, Pérachon, Pergola (André), Pergola (Julien), Périer, Perreau, Pescarolo, Mlle Petit (Paule), MM. Phalippou, Pham-Hue, Mlle Picandet, MM. Picard, Piel, Pigache, Pochon, Poinceau, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Polacco, Porge, Postel, Potier, Pouey, Pouliquen, Poupault, Pourquié, Prost, Prunet, Pulvenis, Pyt,

Quériault,

Raoul-Duval, Raulot-Lapointe, Raymond, Reboul (Henri), Reboul (Léonce), Regaud, Reix, Relier, Reliquet, Richard, Ripert, Robert (Paul), Robert (Pierre), Rocher, Roger (J.), Mlle Rohlfs, MM. Rouart, Rouher, Roulin, Roullier, Rousseau (Gaston), Rousseau (Marie-Georges), Rousset, Roy (André), Roy (Louis), Royer (Raymond), Royer de Véricourt, Rymer,

Sabourin, Mlle Sainton, MM. Salles, Sallet (Jean), Salomon, Sambron, Sanz, Sauvain, Savelli, Schatz, Scheid, Schmid, Schwartz, Segall, Sergent, Serre, Sevin, Sidi, Sifflet, Simon (Franck), Simon (Roger), Sliosberg, Soleil, Soria (de), Soubrane, Souilhé, Soyer, Mlle Spire, MM. Stérin, Sterne, Strée, Suchmann,

Tavennec, Tawil, Tellier, Terrasse, Testu, Thiboumery, Thoizon, Tholose, Thomann, Thorel, Tissot, Toulemonde, Tran-Quang-Dé, Tribalet, Trombert, Trotot, Tschudnowshy, Turiaf,

Ungar,

Vaidie, Valensi, Mlle Valentin, MM. Valet-Bellot, Valois, Vannereau, Vauclin, Vautrin (René), Mlle Verlier, MM. Viala, Vidart, Vieuchange, Villechaize, Vincent (Jean), Voignier, Voisin, Voizot,

Wechsler, Wetterwald, Willot,

Yovanovitch,

Zhà, Zimmern.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve de radiologie. Consultation écrite.* — Séance du 1er juillet. — MM. Serrand, 11; Moutard, 10; Delapchier, 11.

Electro-diagnostic. Consultation écrite. — Séance du 2 juillet. — MM. Beau, 9; Porcher et Ordioni, 8; Le Goff, 12; Moutard, 13; Marchand, 11.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux, ouvert le lundi 3 juin à l'Hôtel-Dieu d'Angers, s'est terminé par la présentation de M. le docteur Fruchaud.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux, ouvert le lundi 17 juin à l'Hôtel-Dieu d'Angers, s'est terminé par la présentation de M. le docteur Peignaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Heures d'ouverture de la bibliothèque pendant les vacances 1928-1929.* — La bibliothèque sera ouverte de 13 à 17 h. du 16 au 27 juillet inclus et du 1er septembre au 13 octobre.

Elle sera fermée pendant le mois d'août.

Le service du prêt sera assuré les lundis, mercredis et vendredis, du 16 au 27 juillet.

Les séances du soir seront suspendues du 13 juillet au 13 octobre.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 3 juillet publie un décret relatif au recrutement et à la nomination des directeurs de la santé ainsi que des agents principaux ou ordinaires docteurs en médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. — Sont inscrits au tableau supplémentaire (active) :

Pour officier. — M. le médecin lieutenant-colonel Martin.

Pour chevalier. — M. le médecin capitaine Paillier.

L'ÉCOLE PRATIQUE DE SERVICE SOCIAL (139, boulevard du Montparnasse, Paris-VIe), fondée dès avant la guerre, en 1913, s'est développée avec l'idée même et la pratique du Service social. Quand elle s'ouvrit, elle paraissait imprudente : où seraient, pour les élèves, les débouchés? Les œuvres de bienfaisance ne faisaient pas grand appel à des compétences techniques que le programme d'action, très limité, ne comportait guère.

Depuis la guerre, avec les besoins accrus et les idées élargies, le Service social, par la variété extrême de ses services, a obligé les programmes à s'amplifier comme le Service social lui-même qui est à la fois et de plus en plus science et art, à s'élever avec son horizon même qui est de remettre dans la Société les familles déchues ou en train de faiblir à « un niveau de vie convenable ».

Les études à l'Ecole, qui se composent de cours donnés par les praticiens les plus distingués, et de stages dans les institutions officielles ou privées les mieux organisées durent deux ans et sont sanctionnées par un diplôme.

Les fonctions où les élèves — cette année elles ont été au nombre de 51 — peuvent avoir accès sont fort nombreuses : Citons entre autres : assistantes au Service social à l'hôpital, assistantes au Tribunal pour enfants, assistantes au dispensaire d'hygiène mentale, assistantes au Service social municipal, assistante à l'œuvre des orphelins de la Préfecture de police, visiteuses aux Caisses de compensation, assistantes d'usines, assistantes au Service social des cheminots du Nord, assistantes dans les Centres sociaux, assistantes scolaires, secrétaires de foyers, directrices de dispensaires, de crèches, d'hospices de vieillards, etc...

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Magnin (de Montmerle, Ain), Madinier (de Lyon-Saint-Just), George Herbert Clark (de Glasgow); Mlle le docteur Sélikovitch (de Paris).

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

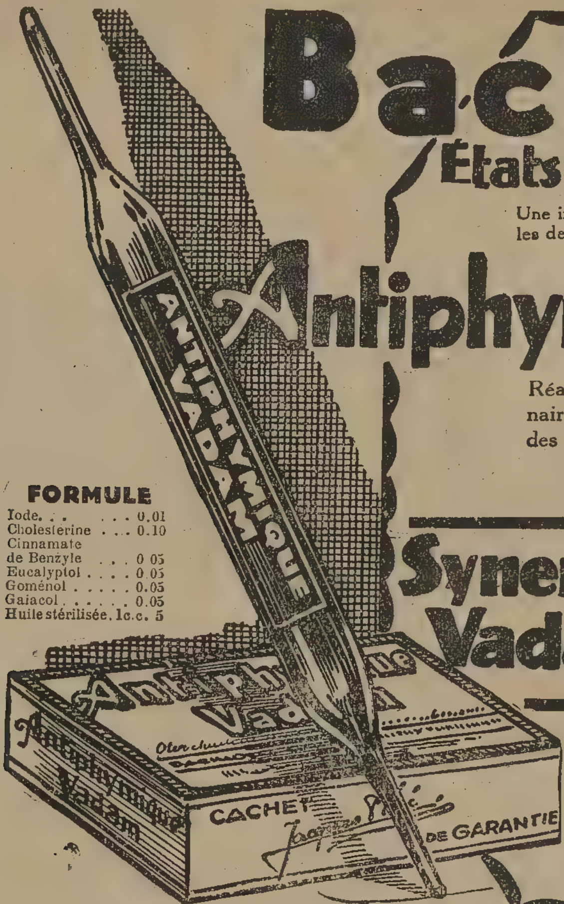
Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam

Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.



FORMULE

Iode	0.01
Cholesterine	0.10
Cinnamate de Benzyle	0 05
Eucalyptol	0 05
Goménol	0.05
Gaïacol	0.05
Huile stérilisée, 1c.c.	5

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Échantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone : Archives 08-27

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES — ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX — PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE


PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)
PHYTINE
CIBA
Marque Déposée
PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE
La Découverte de la Phytine a résolu le problème de la Médication phosphorée
Trois Formes
Cachets.... à 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés à 0 gr. 25 : 4 » »
Granulé : 2 cuillères à café » »
R. C. 10.694, Lyon.
LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND _ LYON


FORTOSSAN
CIBA
NOM DÉPOSÉ
Phytine neutre au sucre de lait
Préparée spécialement pour les nourrissons et enfants en bas âge
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND. Phien
1 Place Morand LYON
Suraliment phosphoré intégral
pour Enfants en bas âge
SOUS SON INFLUENCE :
Les courbes de poids se relèvent ;
le squelette se raffermit ;
l'éruption des dents est activée ;
l'état général devient meilleur.
1/2 à 2 cuillères à café par jour.
Littérature et échantillons :
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON
173

Xe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 3-6 juin 1929 (1).

Les trois questions mises à l'ordre du jour, cette année, par la Société de neurologie, pour sa Xe Réunion internationale annuelle, marquent bien trois stades successifs de la médecine neurologique.

Le *spasme de torsion*, sur lequel M. Auguste WIMMER (de Copenhague) a apporté un rapport d'une documentation très personnelle, est encore un syndrome incomplètement limité, dont on doit se borner, pour le moment, à déterminer le mieux possible les caractères cliniques, évolutifs, étiologiques et anatomiques, mais pour lequel on ne peut encore écrire de chapitre thérapeutique.

Le *torticolis spasmodique*, dont la pathogénie si discutée fait l'objet d'une étude très personnelle de M. BARRÉ (de Strasbourg), est devenu, après bien des discussions et des tentatives infructueuses, l'objet d'essais thérapeutiques de plus en plus rationnels.

Quant à la *chirurgie du sympathique*, que rapportent MM. R. LERICHE et R. FONTAINE (de Strasbourg), elle est devenue, et M. Leriche y a puissamment contribué, une des questions les plus vastes, les plus passionnantes et les plus riches en applications pratiques, de la neurologie contemporaine.

Les séances, qui se sont ouvertes le 4 juin par un discours de M. BABONNEIX, président de la Société de neurologie, et qui se sont tenues le 4 et le 5 juin, ont donné lieu à des discussions et à des communications importantes.

PREMIÈRE QUESTION

LE SPASME DE TORSION

M. Auguste WIMMER (de Copenhague), rapporteur.

L'auteur connaît à fond tous les cas publiés de spasmes de torsion, et il en possède six observations personnelles dont il relate, dans son rapport, les principaux traits. Il est donc particulièrement qualifié pour mettre au point cette question.

Sa conclusion est que le spasme de torsion constitue un syndrome anatomo-clinique d'étiologie et d'évolution variables, mais nullement une maladie autonome, essentielle, idiopathique, comme le soutenait Kurt Mendel, il y a dix ans, dans sa monographie classique.

Tout d'abord, l'analyse du tableau clinique à laquelle il se livre montre la multiplicité des faits de passage entre le spasme de torsion d'une part, et, d'autre part, la rigidité de la maladie de Wilson ou de la pseudo-sclérose, celle de la rigidité décérébrée, certains syndromes parkinsoniens, certaines chorées et surtout l'athétose pure. Aux faits de passage, il faut joindre les cas dans lesquels le spasme de torsion s'associe à l'un ou à l'autre de ces syndromes dystoniques, ou lui fait suite, ou lui fait place. Il faut noter aussi la parenté du spasme de torsion avec le torticolis spasmodique qui se présente, lui aussi, comme une « dystonie spasmodique partielle ».

Les quelques examens anatomo-pathologiques ne permettent pas davantage l'isolement d'un spasme de torsion autonome. Dans les observations de Thomalla, de Wimmer, de Backmann, de Souques, Crouzon et Bertrand, les lésions reproduisent macroscopiquement et histologiquement, celles de la maladie de Wilson ou de la pseudo-sclérose de Westphal, y compris les lésions du foie. L'absence de ces dernières, dans les autopsies de Cassirer et Bielchowsky et de Richter, ne permet pas une différenciation, puisque cette absence a été également constatée dans la maladie de Wilson. Dans une seule observation, celle de Urechia, Mihalesar et Elekes, les lésions sont de type différent ; mais, dans ce cas, leur origine encéphalitique est probable.

A l'aide des données cliniques et anatomiques, et en se référant à ses observations personnelles, Wimmer conclut qu'il existe certainement des spasmes de torsion liés à la dégénérescence hépato-lenticulaire et qu'il en existe d'autres, dont l'étiologie encéphalitique est évidente, probable ou seulement vraisemblable. D'autres spasmes de torsion peuvent être la conséquence de malformations congénitales du cerveau : Wimmer en rapporte une observation anatomique personnelle démonstrative ; une autre de ses observations, purement clinique, laisse supposer le rôle provocateur d'un traumatisme obstétrical. Le rapporteur suppose que, dans certains cas, les lésions congénitales peuvent déterminer, soit le syndrome lui-même, soit une fragilité, une « prédisposition stellaire » grâce à laquelle la lésion ancienne peut « revivre » à la faveur d'une injection, d'une intoxication ou d'un traumatisme ultérieur. Malgré les arbres généalogiques de Wechsler et Brock, de Dawidenkow et Solotawa, rien ne prouve, jusqu'à présent, que le spasme de torsion puisse être la conséquence d'une encéphalopathie infantile abiotrophique ou familiale.

Ces trois variétés étiologiques du syndrome ne laissent pas place à un « spasme de torsion idiopathique ».

COMMUNICATIONS

Dystonie d'attitude choréo-athétosique de la tête et du cou. — MM. A. LÉRI, F. LAVAN et J. WEILL présentent une malade de dix-neuf ans, atteinte de troubles complexes voisins du spasme de torsion et du torticolis spasmodique : forte lordose lombaire et cypho-scoliose dorsale, attitude hanchée, tête en hyperflexion animée de mouvements choréo-athétosiques, kinésie paradoxale. La radiographie montre une platyspondylie qui semble secondaire aux mouvements du cou. Le syndrome évolue depuis l'âge de trois ans et a été précédé de démarche en varus et de mouvements choréiques du côté droit. L'étiologie est indéterminée. Les auteurs insistent sur l'apparition, lors des mouvements involontaires, de syncinésies complexes entre le cou et chaque moitié du corps.

Un cas de spasme de torsion unilatéral (*avec film*). — M. LARUELLE (de Bruxelles). La discussion étiologique amène l'auteur à admettre l'hypothèse d'une malformation congénitale.

Étude clinique de deux cas de spasmes de torsion et d'une forme de dystonie héréditaire. — M. LUDO VAN BOGAERT (d'Anvers) relate des observations importantes dont l'une met en valeur l'influence de la position du corps sur le spasme de torsion ; l'autre, l'existence d'un tuberculome pariéto-plicourbe, sans lésion apparente des noyaux striés, chez une malade qui avait fait un spasme de torsion aigu ; la troisième, l'existence du spasme de torsion dans un cas d'encéphalopathie familiale.

Étude anatomique et clinique d'un syndrome rigide avec spasme de torsion. — MM. LARUELLE et VAN BOGAERT montrent, dans ce cas, l'existence d'une atrophie pallido-putaminale.

Un cas de maladie de Wilson fruste. — M. LARUELLE (de Bruxelles) rapporte ce cas curieux dans lequel, à l'inverse des observations habituelles, les signes hépatiques (ascite, hépatomégalie) avaient seuls attiré l'attention. Le chirurgien, au cours d'une intervention, eut l'idée qu'il pouvait s'agir d'un foie de maladie de Wilson. Le seul signe neurologique était un tremblement généralisé. Or, les lésions nécropsiques étaient bien celles de la maladie de Wilson.

Un cas de spasme de torsion. — M. BARMAN (d'Utrecht).

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Du réglage tonique de la statique et de son dérèglement dit spasme de torsion. — M. J. Froment (de Lyon) montre que l'étude de la physiologie normale du tonus d'attitude, de ses particularités et de son mode de réglage rend compte de toutes les particularités cliniques des dystonies d'attitude, y compris leurs apparents paradoxes.

Le surmenage musculaire qu'entraînent les troubles de la régulation statique n'est-il pas générateur d'effets seconds et même de lésions? — MM. J. Froment, P. Ravaut et J. Dechaume (de Lyon) montrent que l'étude clinique et chimique des hypertonies extrapyramidales conduit à la notion d'effets seconds et de lésions par contre-coup, nerveuses, musculaires, endocriniennes et hépatiques. Celles-ci ne seraient qu'une conséquence du surmenage musculaire intense et permanent qu'engendre le dérèglement du mécanisme de stabilisation des attitudes.

Sur la pathogénie des crampes professionnelles. — M. F. Negro (de Turin) conclut à leur nature organique, et les fait entrer dans le groupe des grands syndromes extrapyramidaux.

Trois cas de spasme de torsion. — M. Roasenda (de Turin).

Un cas de spasme de torsion fruste. — M. Brunschweiller (de Lausanne). La dystonie striée affectait, dans ce cas, le type en flexion des membres inférieurs.

A propos des dystonies d'attitude. — M. A. Thévenard constate l'accord actuel sur la non-autonomie du spasme de torsion, et répond aux critiques de M. Froment au sujet de la physiologie de la statique humaine. Il maintient intégralement ses conclusions et sa théorie de 1926 au sujet de la prééminence, dans la station verticale, des muscles du plan postérieur, et s'attache à prouver la dissociation nécessaire du tonus de posture et du tonus d'attitude, ainsi que des réflectivités respectives de ces deux systèmes toniques.

M. Froment conteste la légitimité de cette distinction.

M. J.-A. Chavany rappelle que, en 1924 avec Ch. Foix, il a envisagé le mécanisme de diverses variétés toniques. Mais il n'existe pas de centre tonique tonus. « Les divers centres du névraxe constituent autant de centres étagés, dont chacun a son action tonique, d'ailleurs variable, en rapport avec sa réflectivité et avec son action syncinétique. »

Le syndrome dystonique de l'âge sénile. — M. Sterling (de Varsovie).

Choréo-athétose double acquise. — MM. Faure-Beaulieu et Beaujard.

Névraxite épidémique avec mouvements de manège. — M. C.-J. Parhon.

Syndrome de Fœrster et dystonie lenticulaire. — MM. G. Marinesco et S. Draganesco.

Un cas anatomo-clinique de dystonie contorsive spasmodique avec lésions du striatum et des centres sous-thalamiques. — M. G. Marinesco et Mme M. Nicolesco.

DEUXIÈME QUESTION

LE TORTICOLIS SPASMODIQUE

M. J.-A. Barré (de Strasbourg), rapporteur.

Le rapport de M. Barré est fondé sur une dizaine d'observations personnelles, et en particulier sur les six plus récentes, qui ont été suivies minutieusement.

Délaissant tout historique et toute bibliographie, — pour laquelle il renvoie aux travaux de Cruchet (de Bordeaux) et de Pourtal (de Montpellier), — éliminant de propos délibéré les tics, le spasmus nutans et même les torticolis d'origine otique et oculaire, M. Barré consacre son rapport à l'exposé de sa conception personnelle de la nature et de la pathogénie du torticolis spasmodique franc et des indications thérapeutiques qui en découlent.

Tout d'abord, il reprend la définition classique du torticolis spasmodique, et il en discute les différents termes qui prêtent à critique, ou qui restent imprécis ou incomplets, et il arrive à la définition suivante : « Dans sa forme franche, le torticolis spasmodique est un mouvement forcé, compliqué, dû à l'activité anormale et involontaire des muscles du cou, qui se fait lentement, dans une direction générale donnée, ordinairement la même pour chaque cas, et avec une progression saccadée généralement irrégulière, grâce à une série de secousses ou de mouvements élémentaires successifs et de sens opposé. » Que la contraction soit parcellaire ou fasciculaire, paradoxale périphérique, unilatérale, ce sont là autant de caractères classiques, qui ne répondent souvent pas à la réalité : en réalité, tous les muscles du cou entrent en jeu d'abord les petits muscles profonds, puis les muscles superficiels, les plus longs. L'étude électromyographique entreprise par MM. Barré, Guillaume et Schwartz, apportera peut-être des précisions sur le mode et sur l'ordre de ces contractions. Il est assez fréquent que le torticolis soit provoqué par certaines attitudes ou par certains mouvements, « geste déclencheur ».

Enfin il n'est pas tout à fait exact de dire, avec les classiques, que « les crises passées, la tête retrouve ses fonctions et ses mouvements normaux ». En réalité, l'étude de l' « état fixe interparoxysmal » est particulièrement instructif, et révèle toute une série d'anomalies, à l'étude desquelles le rapporteur s'est attaché tout spécialement. L'examen minutieux des mouvements passifs et des mouvements volontaires de torsion et surtout de flexion antérieure ou postérieure de la tête et du cou, la recherche des points douloureux, des réflexes simples, tendineux et osseux, de la région du cou, les clichés radiographiques, en particulier ceux qui montrent bien les quatre vertèbres cervicales supérieures, mettent le plus souvent en évidence des lésions plus ou moins accentuées d'arthrite cervicale.

Les conclusions de M. Barré se rapprochent beaucoup, sur ce point, de celles de MM. P. Marie et A. Léri.

Les réactions vestibulaires ont montré, chez cinq des six malades de Barré, une excitabilité vestibulaire franchement anormale; chez certains, l'influence de la position de la tête sur la fréquence et sur l'intensité des crises pouvait faire supposer une réaction otolithique.

Enfin, on retrouve souvent, chez les malades atteints de torticolis spasmodique, les stigmates psychopathiques qui lui ont valu le nom de « torticolis mental », des signes d'excitabilité diffuse anormale du sympathique, et quelquefois même des signes de lésion sympathique plus localisée : syndrome de Claude Bernard-Horner dans un cas, « syndrome sympathique cervical postérieur » dans un autre.

Indépendant de la volonté, qui peut sans doute en retarder les paroxysmes, mais qui ne peut ni le reproduire dans tous ses traits, ni l'enrayer, bien différent dans sa nature même de tous les spasmes avec lesquels on l'a comparé (crampe des écrivains, hémispasme facial, mouvements de la tête des animaux décérébrés), plus voisin des spasmes de torsion ou des crises oculogyres post-encéphalitiques, le torticolis spasmodique se présente, aux yeux du rapporteur, comme un réflexe, mais un réflexe compliqué, à secousses lentes, successives, qui se produit chez des sujets atteints de certaines affections vestibulaires, et chez d'autres dont le seul élément cause cliniquement apparent est l'arthrite cervicale chronique. Malgré l'analogie avec les spasmes de torsion liés à des lésions du corps strié, il peut se produire en dehors de toute lésion reconnue de ces noyaux.

Ce réflexe pathologique met en jeu les importantes relations physiologiques, dont on connaît maintenant l'existence,

et qui placent les mouvements de la tête sous la dépendance, non seulement des articulations occipito-cervicales, mais encore de l'appareil vestibulaire ou otolithique et du mésocéphale. Toute cause pathologique qui agit sur un point quelconque de ce système cervico-vestibulo-mésocéphalo-strié — cervicale (côte cervicale supplémentaire, arthrite), vestibulaire (sclérose en plaques), mésocéphalique (encéphalite épidémique), — est susceptible de déclencher le torticolis spasmodique; mais, quelle qu'en soit l'origine, c'est vraisemblablement le corps strié qui lui donne sa forme en quelque sorte spécifique : contracture permanente, coupée de crises spasmodiques qui mettent en suractivité les contractures stables, et qui traduisent, par leur lenteur et leurs saccades, la lutte de deux mécanismes : l'un, de déviation pathologique, l'autre de redressement, physiologique. A cet égard, M. Barré admet donc la théorie de M. Babinski sur l'origine extrapyramidale du torticolis spasmodique.

Ces idées pathogéniques comportent des applications thérapeutiques.

Lorsque le torticolis spasmodique était considéré par Brissaud et Meige comme un « torticolis mental », on le traitait par la psychothérapie : les résultats étaient souvent décevants. Le traitement de la nervosité du sujet est utile, mais il est insuffisant.

Lorsque, en 1900, M. Babinski soutint la nature organique du torticolis spasmodique, il suivit l'ère des traitements chirurgicaux. Les sections du spinal, qu'il a fait pratiquer, ont donné parfois de beaux résultats; mais ces résultats ne sont ni constants, ni complets, ni durables, le plus souvent.

Selon la conception du rapporteur, le traitement logique est constitué par la section intrarachidienne et intradurale des racines postérieures des trois premières cervicales et de la racine médullaire du spinal. Cette opération, réalisée par Kenneth et G. Mackenzie, de Toronto, donnerait des résultats plus complets et plus durables que toutes les opérations pratiquées jusqu'alors, et même que la section extrarachidienne de ces mêmes nerfs, réalisée par Leriche.

Ce traitement opératoire devrait d'ailleurs, bien entendu, être réservé aux formes graves, évoluées, du torticolis spasmodique. Il semble que, à son début, un traitement d'urgence judicieux pourrait en arrêter le développement : ce traitement, d'après le rapporteur, pourrait être constitué par un simple appareil de contention du cou, associé à une médication générale sédative, et éventuellement à des injections locales de scurocaïne.

La tâche des recherches prochaines doit être maintenant de tailler « dans ce bloc massif du torticolis spasmodique,... un certain nombre d'entités étiologico-cliniques ».

DISCUSSION ET COMMUNICATIONS

Remarques personnelles sur les torticolis spasmodiques. — M. H. Meige, depuis qu'il a commencé à étudier, avec Brissaud, le torticolis spasmodique, a traité près de 100 cas de cette affection assez rare. Il en parle avec autorité et expérience, et son argumentation, point par point, de différents paragraphes du rapport acquiert un intérêt tout particulier.

Au point de vue sémiologique, il insiste sur la fréquence de l'irradiation des mouvements involontaires au membre supérieur, à la face, ou même aux membres inférieurs, au diaphragme, sur l'importance de l'état mental des malades, qui sont obsédés par leur infirmité, bien qu'ils ne se rendent pas toujours bien compte, sur le moment, de l'incorrection de leur attitude.

D'après son expérience, M. Meige estime que la plupart des torticolis spasmodiques finissent par guérir d'eux-mêmes, bien que les malades conservent encore, pendant des années, une certaine raideur du cou.

Cette évolution le conduit à rejeter très nettement toute opération, tant soit peu dangereuse, en particulier toute intervention qui comporte une laminectomie. Il n'a jamais observé de résultat favorable des traitements orthopédiques.

Enfin, s'il est convaincu de l'origine organique du torticolis spasmodique, et du rôle que joue le système extrapyramidal, il met en doute l'importance de l'arthrite cervicale. Cette dernière est fréquente, il est vrai, chez les malades atteints de torticolis spasmodique. Mais elle peut être secondaire aux attitudes vicieuses et aux mouvements incessants de la tête et du cou.

Torticolis spasmodique guéri après section opératoire du nerf spinal. — MM. J. Babinski et Charpentier présentent une malade atteinte de torticolis spasmodique, dont la maladie avait résisté aux essais de rééducation, et qui a été opérée par M. Gosset, en 1907, de section du spinal externe. L'opération a immédiatement suspendu les mouvements involontaires. Une récidive atténuée se manifesta au bout de neuf mois, mais céda assez facilement à la rééducation. Le bon résultat s'est constamment maintenu depuis lors. La section de la racine externe du spinal, opération dénuée de toute gravité, a donc de beaux résultats à son actif. La paralysie atrophique consécutive du trapèze et du spinal constitue une gêne très supportable.

Remarques cliniques à propos du torticolis spasmodique. Le torticolis cérébral. — M. J. Lhermitte et Mlle Gabrielle Lévy. Après avoir montré que, si le torticolis spasmodique ne peut pas recevoir l'étiquette de « mental », il n'en reste pas moins que cette affection s'associe avec des perturbations quasi-constantes des processus affectifs volontaires et quelquefois idéatifs, les auteurs précisent quelques points de sémiologie. D'abord les faits qu'ils ont observés dans plusieurs cas démontrent que le torticolis s'accompagne souvent de mouvements involontaires dans le membre supérieur correspondant à la déviation céphalique; mouvements involontaires qui peuvent succéder au torticolis ou le précéder parfois même de plusieurs années.

C'est là un fait important qui témoigne de la grande diversité de l'excitation originelle du spasme cervical. Dans certains cas l'origine de la perturbation du mouvement d'un des membres supérieurs doit être cherché. Celle-ci s'accuse alors par une légère hypertonie, la perte des mouvements associés ou automatiques d'un membre supérieur, parfois la crampe de la main au cours de l'écriture.

Les auteurs attirent également l'attention sur l'intérêt qu'il y a à rechercher dans quel sens s'effectue la déviation oculaire au cours de la crise du torticolis. Si dans certains cas cette déviation s'effectue du côté opposé à la torsion céphalique, dans d'autres les déviations oculaires et céphaliques s'effectuent dans le même sens et se complètent. On peut voir, ainsi qu'en fait foi une observation nouvelle, à la suite d'une encéphalite épidémique, s'effectuer des crises de torsion de la tête accompagnées d'une déviation oculaire dans le même sens.

Dans cette variété, l'excitation porte tout ensemble sur les appareils cérébraux de la déviation latérale du cou et sur ceux qui assurent la déviation latérale des yeux. Chez des malades qui ont présenté à des intervalles différents des crises oculogyres latérales du regard avec torticolis, il est intéressant de noter que les premières s'accompagnent d'un retentissement mental beaucoup plus grand que les secondes.

Envisageant ensuite le problème de la pathogénie du torticolis spasmodique, les auteurs reconnaissent que la théorie de l'arthrite cervicale semble bien hypothétique, et pour leur part ils n'inclinent pas à penser que cette affection est un pur réflexe auquel ne participe que l'axe mésencéphalo-bulbaire et qu'en raison des perturbations des processus affectifs et volontaires, on est obligé d'intégrer dans le mécanisme dont dépend le spasme du torticolis, non seulement les ganglions opto-striés, mais encore l'écorce cérébrale elle-même. Le torticolis spasmodique n'est pas mental, mais cérébral.

Variations des caractères d'apparition d'un torticolis spasmodique. — M. KREBS présente (sur film cinématographique) une malade atteinte d'un torticolis spasmodique qui a beaucoup diminué d'intensité en l'espace de deux mois. Actuellement, le spasme, qui n'est plus spontané, se reproduit chaque fois que, dans une attitude, ou dans un mouvement automatique ou volontaire, le muscle sterno-mastoïdien se contracte. L'auteur rappelle qu'il a rapporté des faits analogues dans les myoclonies et dans les mouvements spasmodiques de torsion de l'encéphalite épidémique. Il en conclut : 1° que les variations d'influence des changements d'attitude sur certains mouvements anormaux peuvent ne dépendre que des degrés d'une même lésion; 2° que c'est beaucoup moins telle attitude que la contraction d'un muscle donné dans cette attitude qui amène ou ramène dans ce muscle une secousse, un spasme, un mouvement convulsif qui n'est pas ou qui n'est plus spontané.

Un cas de torticolis spasmodique traité par résection d'une côte cervicale supplémentaire. — M. A. LÉRI rapporte l'observation d'un cas de torticolis spasmodique qu'il a traité par résection opératoire d'une côte cervicale. L'intervention fut suivie d'une paralysie totale du plexus brachial. Mais, quelques mois après, la paralysie et le torticolis étaient guéris. La guérison se maintient depuis des années.

Le traitement du torticolis spasmodique. — M. PUSSEPP croit à l'efficacité de la rééducation. Il préfère aux interventions sanglantes les injections paravertébrales de novocaïne.

Mesures de chronaxies dans le torticolis spasmodique. — M. BOURGUIGNON a pu réaliser la mesure très difficile de la chronaxie du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien dans quelques cas de torticolis spasmodique. La chronaxie est augmentée du côté opposé au torticolis. La faradisation des antagonistes donne, d'ailleurs, de bons résultats. Dans la crampe des écrivains, c'est au niveau du sus-épineux et du sous-épineux que la chronaxie est modifiée.

Les lésions cervicales dans le torticolis spasmodique. — M. H. ROGER (de Marseille) a trouvé de l'ostéoporose ou de l'ostéophytose cervicales dans 7 cas sur 8 de torticolis spasmodique, qu'il a eu l'occasion d'observer.

TROISIÈME QUESTION

LA CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE

MM. R. LERICHE et R. FONTAINE (de Strasbourg), rapporteurs.

Le rapport de MM. Leriche et Fontaine sera particulièrement précieux à tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie du sympathique. Ils y trouveront, condensé en une quarantaine de pages, dans une forme d'une précision et d'une concision exceptionnelles, et sous la plume d'un des hommes qui ont fait le plus pour développer cette branche de la chirurgie, un véritable corps de doctrine, qui constitue un fil directeur au milieu de la duplicité parfois contradictoire des conceptions, des essais, des techniques et des résultats, qui rend si obscure et si décevante l'étude de ce problème.

Il est impossible d'analyser ce rapport. Tout au plus peut-on donner quelques aperçus de ses conclusions les plus importantes pour la pratique.

Les idées directrices de Leriche, fondées sur une expérience déjà longue et variée, constituent la négation de toute une série d'idées autrefois classiques.

En *physiologie*, le nerf sympathique est avant tout sensitif (vaso-sensibilité, sensibilité viscérale, cénesthésies profondes). L'action vaso-motrice appartient aux éléments muraux d'innervation, et le rôle des filets sympathiques à leur égard n'est qu'un rôle d'association.

Le sympathique agit sur le tonus et sur la chronaxie des muscles.

En *anatomie*, les cellules sympathiques ne sont pas localisées dans les ganglions, mais on en retrouve tout le long du système sympathique.

Les fibres sympathiques s'intriquent en nombre important, et variable d'un sujet à l'autre, dans le tronc du pneumogastrique, si bien qu'il est illusoire d'envisager un antagonisme de ces deux nerfs.

En *pathologie*, la chirurgie du sympathique ne peut prétendre à traiter des « lésions » des nerfs ni des ganglions sympathiques : « la chirurgie du sympathique est sans base anatomo-pathologique ». Son objectif est toujours soit de supprimer un réflexe vaso-moteur, qui est anormal par sa durée, par son intensité, par ses conséquences douloureuses ou trophiques, soit de réaliser une vaso-dilatation périphérique, en libérant les centres lisso-moteurs périphériques du contrôle sympathique.

Il existe quatre types d'interventions sympathiques dont la valeur apparaît bien inégale aux yeux de Leriche.

Deux d'entre eux doivent rester exceptionnels. Ce sont les opérations de neurolyse ou de hersage des troncs sympathiques, qui exposent à la sclérose interfasciculaire et à l'irritation consécutive, et les ablations ganglionnaires. Ces dernières ont peut-être des indications dans l'angine de poitrine, dans l'asthme, dans la tachycardie paroxystique; mais ces indications doivent rester restreintes, car elles donnent souvent lieu à des troubles locaux ou même généraux plus ou moins gênants, et elles exposent au grand écueil des opérations sympathiques, la formation d'un névrome sympathique de cicatrisation, point de départ d'un réflexe douloureux et vaso-moteur pathologique. La section électrique, l'injection d'alcool, la cautérisation chronique ne permettent pas d'éviter ce névrome. Peut-être la cautérisation phéniquée réussirait-elle mieux (Fedoroff).

Les deux procédés de choix de la chirurgie sympathique sont la ramisection et la sympathectomie péri-artérielle.

La ramisection, ou section des fibres préganglionnaires, interrompt des conducteurs centripèdes venus des parois artérielles, et peut-être aussi des tissus. Elle supprime certaines sensations pénibles d'ordre cénesthésique, et détermine une vaso-dilatation active du territoire correspondant, qui dure en moyenne deux mois, et qui laisse toujours à sa suite une certaine élévation de la température locale. Elle diminue en outre, les hypertonies (Aunter et Rayle). Elle peut donner lieu aux mêmes inconvénients que les gangliectomies, mais avec une fréquence bien moindre (15 p. 100). Malheureusement, il est difficile de fixer la topographie de distribution de chaque communicant, et de déterminer, pour chaque cas, la hauteur et l'étendue de la ramisection qui convient.

La sympathectomie détermine la même réaction vaso-dilatatrice que la ramisection, mais pour un laps de temps plus court, qui ne dépasse généralement pas vingt à trente jours. Elle n'a pas les mêmes inconvénients que la ramisection et surtout les gangliectomies.

Le tout est de bien choisir ses indications et sa technique : ainsi le siège d'élection pour le membre supérieur se trouve sur la demi-circonférence supérieure de la sous-clavière, entre le bord interne du scalène antérieur et le rebord carotidien; pour la région du genou, c'est le petit segment de l'iliaque externe, qui est visible entre l'arcade crurale et la courbe de l'épigastrique. M. Leriche a pratiqué plus de 300 sympathectomies périartérielles sans aucun incident. Il considère que c'est l'opération de choix lorsque « la guérison de la lésion anatomique peut s'inscrire dans le délai du changement physiologique post-opératoire », et toutes les fois qu'il s'agit surtout, par une action vaso-dilatatrice, de rompre un cercle vicieux pathologique (troubles trophiques, troubles physiopathiques, syndromes douloureux). Lorsque, par contre, il existe une lésion anatomique irréversible à l'origine du syn-

drome, il faut joindre à la sympathectomie la suppression de cette lésion; résection du segment oblitéré dans les artérites localisées, de la cicatrice douloureuse dans certains syndromes d'origine traumatique ou chirurgicale, du névrome de cicatrisation sur les moignons d'amputés.

Il est bien difficile de résumer le bilan de la chirurgie sympathique, tel que MM. Leriche et Fontaine l'établissent dans ce rapport. Signalons-en seulement les points principaux.

Leur conception de la *chirurgie de la douleur* diffère sur bien des points, de celle de Sicard et Robineau.

M. Leriche réserve la cordotomie, — ou la section médiane de la commissure postérieure, qu'il préfère, — aux cancéreux qui ne sont judiciables d'aucune autre opération antalgique.

Les neurotomies sensitives périphériques et la radicotomie postérieure conviennent exclusivement aux algies de topographie fixe et immuable, qui correspondent à un territoire tronculaire ou radiculaire.

Mises à part, ces ceux opérations, la chirurgie sympathique conserve un domaine extrêmement vaste parmi les syndromes douloureux, et tout d'abord dans les algies viscérales : traitement de l'angine de poitrine par la résection du sympathique cervical uni- ou bi-latéral, sans, ou mieux avec résection du ganglion étoilé : traitement par des méthodes analogues de la tachycardie paroxystique ou des aortites douloureuses, énervation de l'estomac (opération de Latarjet) dans les affections douloureuses de l'estomac; cure des affections intestinales douloureuses par des interventions portant sur le sympathique lombaire ou sur le petit splanchnique : énervations rénales (Ambard et Papin); résection du ganglion hypogastrique (Rochet et Thévenot); résection du nerf présacré dans les cystalgies (ou dans les algies pelviennes de la femme (Cotte).

Si les opérations sympathiques ne gardent plus guère d'indications dans la névralgie trigéminale, elles en conservent d'importantes dans les algies des membres. Mais les indications doivent être choisies pour chaque cas. La causalgie relève de la sympathectomie péri-artérielle, ou, dans ses formes les plus intenses et les plus diffuses de la ramisection. Dans les algies diffusantes, l'anesthésie locale de la blessure initiale, ou l'alcoolisation des nerfs de la zone intéressée sont nécessaires; mais, si la névralgie est ancienne, il faut y joindre la ramisection. Les moignons douloureux ne comportent pas tous la même indication : si les douleurs affectent la topographie d'un tronc nerveux, l'ablation du névraxe s'impose et doit suffire : si les douleurs sont diffuses, avec troubles vaso-moteurs ou ulcération, c'est la sympathectomie péri-artérielle qui est indiquée; mais dans les grands syndromes douloureux hyperesthésiques, il vaut mieux recourir d'emblée à la ramisection; en tout cas, il ne faut jamais réamputer pour une algie. Dans les crises viscérales du tabes, dans les algies des syringomyéliques, la ramisection paraîtrait préférable à la radicotomie postérieure.

Les douleurs d'origine artéritique se comportent de manières différentes selon les cas. Dans les mono-artérites localisées, il faut réséquer le segment oblitéré; dans les artérites diffuses du type Buerger, seule, d'après Leriche, la surrénalectomie unilatérale est efficace; dans la gangrène sénile athéromateuse, au contraire, la sympathectomie péri-artérielle, si elle ne modifie nullement la claudication intermittente, soulage les douleurs et les crises de syncope locale.

Les réactions vaso-dilatatrices, consécutives à la sympathectomie péri-artérielle, en font un traitement logique du syndrome de Raynaud. La sympathectomie unilatérale a des effets bilatéraux, mais à prédominance unilatérale, si bien que, en général, il est indiqué de pratiquer l'opération des deux côtés. Les rapporteurs relatent sept observations favorables de syndromes de Raynaud traités par la sympathectomie. La ramisection pourrait être envisagée dans les formes anciennes et graves.

Des résultats intéressants ont été obtenus également dans l'acrocyanose, dans la sclérodermie, dans la dermatite atrophiante de Pick-Herxheimer, enfin dans les troubles physiopathiques de Babinski et Froment. Les trente à quarante observations personnelles recueillies par M. Leriche dans les affections de cette dernière catégorie, constituent une documentation précieuse pour la physiopathologie des œdèmes, des cyanoses, des raideurs articulaires et des ostéoporoses d'origine « réflexe ».

Les interventions d'actériectomies dans le syndrome de Volkmann, de résections veineuses dans les séquelles postphlébitiques, dont M. Leriche rapporte de bons résultats, doivent être considérées également comme des opérations sympathiques.

L'idée de pratiquer des interventions sympathiques pour modifier le tonus musculaire s'appuie sur des données physiologiques encore imprécises. Cependant on trouvera, dans le rapport de MM. Leriche et Fontaine, l'énoncé des essais, quelquefois heureux, souvent suggestifs, qui ont été faits pour la cure, par la sympathectomie péri-artérielle, des contractures réflexes physiopathiques consécutives aux traumatismes ou aux opérations chirurgicales (Leriche et Heitz), pour l'application des ramisections aux contractures de la maladie de Little, des syndromes parkinsoniens, des hémiplégies (Hunter et Royle), enfin pour le traitement palliatif de la paralysie faciale par l'ablation du ganglion cervical (Leriche, Norvikoff, Sicard et Robineau, etc.).

Les indications des opérations sympathiques dans les ulcérations torpides constituent une des idées les plus chères à M. Leriche. Les meilleurs résultats lui sont fournis par une technique dont il donne les détails : d'abord sympathectomie péri-artérielle, puis greffe après désinfection de la plaie, vérifiée par ensemencement. Cette manière d'agir s'applique aux cicatrices de brûlures, aux ulcérations posttraumatiques, aux ulcères variqueux, aux ulcères des moignons, aux radiodermites, aux escarres des grands paraplégiques, aux ulcères de certaines blessures nerveuses. Par contre, M. Leriche n'est pas partisan des interventions sympathiques dans les ulcérations du tabes, de la syringomyélie, du spina bifida occulta, ni même du mal perforant plantaire où, cependant, de bons résultats ont été rapportés.

Enfin, les rapporteurs donnent leur appréciation personnelle sur l'application de la chirurgie sympathique aux affections viscérales. Favorables aux essais variés qui ont été faits contre l'asthme, de même que contre l'angine de poitrine, ils ont abandonné ce genre d'interventions dans la maladie de Basedow, et ils ne croient guère à leur avenir dans l'épilepsie, malgré les observations favorables relatées par Tinel, Witzel et Wagner après sympathectomie péricarotidienne.

Par contre, la sympathectomie péri-artérielle leur paraît un précieux adjuvant dans le traitement des pseudarthroses et de certaines tuberculoses articulaires. Les opérations sympathiques peuvent améliorer l'hyperidrose étendue de la face (Koztareff, Braeucker).

Le rapport de MM. Leriche et Fontaine est farci d'observations personnelles, et la vaste expérience personnelle des auteurs rend sa lecture particulièrement instructive. Ils ne se dissimulent cependant pas que la pharmacodynamie est destinée à supplanter sur bien des points la chirurgie dans la chirurgie du sympathique.

COMMUNICATIONS

Névrite avec causalgie du plexus brachial, consécutive à une blessure de guerre. Amélioration après intervention sur le sympathique cervical. — MM. Petit-Dutaillis, Blamoutier et Noël Péron présentent un malade qui, à la suite d'une blessure grave du coude reçue en 1915, a été atteint d'une paralysie du radial et du cubital et d'accidents de névrite avec causalgie très intense. En 1918, les accidents douloureux irradiaient vers la racine du membre et vers la région cervicale. Une section des *rami communicantes* de la

région cervicale, faite en deux temps, a amené une amélioration considérable des troubles douloureux observés.

Discussion.

M. LAIGNEL-LAVASTINE est complètement d'accord avec les auteurs sur l'importance des plexus muraux (métasympathique), sur le rôle sensitif du sympathique, nié par Gaskell, Langley et Cajal, sur les relations du sympathique avec le tonus musculaire strié et sur l'erreur clinique du classique antagonisme du vague et de l'orthosympathique dont il note les exceptions multiples et divorces depuis 1914.

Pour confirmer le rôle si important des névromes d'amputation, il résume une observation du sympathalgie avec angiospasmes de la main droite, liée à un névrome d'amputation de l'index droit qui guérit complètement par l'ablation de ce névrome faite par M. Fredet.

Comme contribution aux algies à distance liées à des troubles viscéraux, il rapporte l'observation de lombalgie droite avec paresthésie vaginale du même côté, guérie par sympathectomie de l'artère rénale droite exécutée par M. Papin.

La sympathectomie péricarotidienne (péricarotide interne) dans l'épilepsie. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GIRODE et LARGEAU, relativement au rôle de la sympathectomie péricarotidienne dans le traitement de l'épilepsie, rapportent trois cas graves d'épileptiques qui avaient plus de deux crises convulsives par semaine, malgré 30 centigrammes de gardéual et qui, opérés par Girode de sympathectomie péricarotidienne successivement à droite et à gauche à huit jours d'intervalle, ont vu disparaître, pendant plus de trois mois, les crises convulsives. Par contre, pendant ce temps, il y a eu augmentation et aggravation des équivalents psychiques (crises coléreuses et fugues).

Ces malades, qui sont suivis depuis plusieurs années, sont revenus maintenant au même état qu'avant l'opération. Ils avaient été anesthésiés au chloroforme. Or, on sait que la simple anesthésie, chez un épileptique, peut être suivie d'une sédation plus ou moins longue des crises.

Il semble cependant que, dans les trois cas considérés, l'amélioration consécutive à la sympathectomie a été de plus longue durée que celle qui suit la simple chloroformisation.

On peut donc conclure que dans certains cas très graves d'épilepsie, la sympathectomie péricarotidienne peut être envisagée comme une thérapeutique héroïque pour faire disparaître des crises convulsives dangereuses par leur fréquence et leur intensité. Mais cette thérapeutique, n'ayant qu'un résultat transitoire, paraît devoir être réservée à des cas exceptionnels, où il y a tendance à l'état de mal.

Les réactions neuro-tissulaires. — M. ALQUIER. A côté des réactions neuro-vasculaires existent des réactions neuro-tissulaires. Caractérisés par le relâchement et par la rétraction tissulaires, elles dépendent de l'innervation végétative, et régularisent le drainage lymphatique, causent de nombreux troubles morbides, que leur connaissance permet de mieux connaître et de mieux traiter.

Les applications psychiatriques de la chirurgie sympathique. — M. COURBON.

La décortication électrolytique péritronculaire et périvasculaire dans la chirurgie du sympathique. — M. F. NEGRO (de Turin).

La malariathérapie de la paralysie générale. — M. WAGNER-JAUREGG a fait, le 5 juin, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, une importante conférence, dont le texte paraîtra dans la *Revue neurologique*, avec les rapports et les communications du Congrès.

J. MOUZON.

IIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

Bordeaux, 18, 19 et mai 1929 (1).

Le IIIe Congrès français d'oto-neuro-ophtalmologie s'est tenu à Bordeaux les 18, 19 et 20 mai sous la présidence du professeur Georges Portmann.

Les rapporteurs, le docteur Halphen pour l'oto-rhino-laryngologie, le docteur Monbrun pour l'ophtalmologie et le docteur Tournay pour la neurologie, apportèrent dans un travail d'ensemble le résultat de leurs recherches sur une question unique et de première importance les *Céphalées dans leurs rapports avec l'oto-neuro-ophtalmologie* et toutes les communications furent relatives de cet intéressant sujet. Cette heureuse formule de ne s'attacher qu'à l'étude d'une seule question permet ainsi à chacun de ne pas disperser ses efforts, et nous ne pouvons douter que de semblables Congrès ne sortent de solides déductions scientifiques.

Les spécialistes étrangers et français avaient répondu nombreux à l'invitation de leurs confrères bordelais, et parmi les personnalités scientifiques étrangères nous citerons plus particulièrement le professeur Coppez (de Bruxelles), le professeur Segura (de Buenos-Ayres), le docteur Bousquet (de Montréal), etc.

LES CÉPHALÉES EN OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

PREMIER RAPPORT

Rapporteur : M. le docteur MONBRUN.

En clinique, le rôle de l'ophtalmologiste est capital. En ce qui concerne les céphalées, celles-ci peuvent être oculaires dans bien des circonstances, et l'auteur se propose d'étudier quelles sont les « épines irritatives » susceptibles de les déclencher.

Donc dans toutes les céphalées un examen oculaire est indispensable, car il permettra souvent de trouver un point de départ ophtalmologique :

a. Soit sous une cause visible : affections de l'orbite ou de l'œil et de leurs voies sensitives;

b. Soit une cause non visible : les vices de réfraction.

D'origine **orbitaire** ou *péri-orbitaire,* les céphalées peuvent être dues à une tumeur de l'orbite, à un traumatisme, à une ostéo-périostite (syphilis par exemple) et une inflammation du contenu orbitaire.

Les **infections du globe oculaire** sont plus complexes, car cet organe a une personnalité propre, il est innervé par un tronc nerveux également complexe. Mais la céphalée sera d'autant plus intense que les phénomènes inflammatoires s'accompagneront d'*hypertension oculaire* : le glaucome aigu par exemple. La céphalée présente alors un type bien spécial et s'accompagne de vomissements.

Les **affections des voies sensitives** proprement dites rappellent chez certains blessés de l'œil ayant eu un éclatement de l'œil avec énucléation complète ou incomplète (avec segment postérieur) un syndrome causalgique tout à fait typique avec retentissement au vertex et au creux épigastrique.

Le *zona* intéresse plus particulièrement les ophtalmologistes et certaines douleurs ont été complètement améliorées par des applications de diathermie médicale. Dans des cas même, les zones anesthésiques disparurent sous l'influence de ce traitement.

La **réfraction** est peut-être la cause la plus importante. Le plus souvent, on demande à l'ophtalmologiste d'examiner le

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*

fond d'œil d'un malade atteint de céphalée. Ce n'est pas suffisant, car une simple hypermétropie peut s'accompagner de céphalées très douloureuses. Or, chez la plupart de ces malades, la papille est rouge et il est toujours nécessaire de faire un examen de la réfraction.

Il faut surtout penser à l'hypermétropie : elle risque de passer inaperçue plus que tout autre vice de réfraction et, d'autre part, elle est la cause la plus banale de céphalée. Or, il suffit de la reconnaître pour faire disparaître immédiatement le mal par le port des verres correcteurs.

En effet, normalement un œil voit sans effort au loin; au contraire, il fait un effort pour voir de près. Un hypermétrope a un organe de la vision fait pour voir au delà de l'infini : il fait donc constamment effort pour voir de loin ou de près, d'où céphalées persistantes avec vomissements; si l'hypermétrope est à la fois astigmate, les céphalées seront plus violentes : car l'astigmate est un malade dont les rayons de courbure ne sont pas les mêmes dans l'axe horizontal et l'axe vertical. Il y a donc un effort surajouté.

Bien que plus rarement, la myopie peut amener des céphalées rebelles. Chez le myope, il y a discordance entre la convergence et l'accommodation. Or il faut normalement converger et accommoder d'une même quantité. L'hypermétrope va croiser ses images et le myope va les diverger, d'où incoordination et vision double entraînant des phénomènes congestifs et de la céphalée.

Au sujet de l'anisométropie, l'auteur relate l'intéressante observation d'une malade qui souffrait de « maux de tête » depuis quinze ans dus à une réfraction différente de ses deux yeux. A partir de quarante-cinq ans, l'homme est considéré comme un vieillard en ophtalmologie. A partir de cet âge, nombre de céphalées auront leur origine dans une diminution de l'amplitude de l'accommodation ou presbyopie et seule une myopie préalable peut en retarder l'apparition.

En résumé, si la réfraction est peut-être la cause la plus fréquente des migraines méconnues, elle est aussi la plus facile à guérir, puisque son traitement consiste au port de lunettes appropriées.

DEUXIÈME RAPPORT

Rapporteur : M. le docteur Halphen.

La rhinologie a sa bonne place dans l'étude des céphalées. Les malades qui viennent consulter l'oto-rhino-laryngologiste sont le plus souvent des femmes qui souffrent par intermittences surtout au moment des règles. Il s'agit plus particulièrement de douleurs frontales et nasales avec augmentation à la pression au niveau de l'angle interne de l'œil. D'autres fois, ces douleurs sont occipitales, auriculaires, mastoïdiennes, parfois même interscapulaires, mais ne siègent jamais sur un trajet nerveux.

Ces douleurs sont superficielles et s'accompagnent fréquemment de phénomènes surajoutés : éternuements, hydrorrhée nasale; elles apparaissent surtout le matin ou au moment de la digestion, ou encore à la période des règles.

L'habitus extérieur de ces malades est assez caractéristique : souvent anxieuses, ces femmes supportent mal les médicaments dont elles changent avec la plus grande facilité.

C'est là le type clinique le plus fréquemment observé.

Lorsque le spécialiste examine les fosses nasales de ces malades, son attention est retenue souvent par l'existence d'une collision entre le cornet moyen et la cloison nasale qui forme une épine irritative incontestable. Le rapporteur rappelle que cette région du cornet moyen est considérée comme le hile nasal, et qu'il y a un grand intérêt à réveiller la douleur par un attouchement fait à ce niveau, en établissant une compression, comme l'ont bien montré Dutheillet de Lamothe, Siems, Ramadier.

Par contre, Halphen réfute les explications de Luc, sur ce que cet auteur appelait « catarrhe douloureux à répétition de l'antre frontal », et qui serait provoqué par l'étroitesse de l'ostium. Il réfute également les céphalées d'origine ethmoïdale avec œdème du cornet moyen décrites par Soulas. Pour le rapporteur tous ces cas s'expliquent par des phénomènes de compression nerveuse.

Segura décrivit des sinusites hyperplastiques du sinus sphénoïdal, qui par rétention amèneraient des néoformations osseuses puis des phénomènes de périostite sous-jacente. Or, Halphen fit dans ces cas un cathétérisme du sinus sphénoïdal et ramena toujours du liquide. Il déclare qu'il faut être réservé sur l'existence de ces « sinusites sans sinusite », dont les douleurs sont là encore d'origine compressive.

Mais il est des malades dont les fosses nasales sont parfaitement libres, qui par contre présentent un terrain tout à fait spécial. Ils sont anxieux et accusent des troubles endocrino-sympathiques. Le cas n'est pas rare de voir des femmes qui recouvrent leur calme au cours de chaque grossesse.

Beaudouin en rapporta de beaux exemples. Souvent, il s'agit aussi de troubles dus à un hyperthyroïdisme évident.

Lorsque le symptôme fatigue s'ajoute aux céphalées dont se plaignent ces malades, une déficience surrénale possible ne doit pas être négligée.

L'état général, l'affection d'autres organes anatomiquement éloignés se trouvent parfois à l'origine de certaines céphalées, qui apparaissent par exemple à l'occasion du moindre trouble hépatique, gastrique, rénal, etc. Un bel exemple en est fourni par l'urée qui trouve au niveau de la pituitaire un point électif d'élimination.

L'émotion peut déclencher des phénomènes douloureux, et le rapporteur est amené à envisager le rôle de la sensibilité sympathique.

La recherche du réflexe naso-facial au liquide de Bonain serait un test d'une irritabilité sympathique : larmoiement, érythème, léger malaise. Chez les malades sensibilisés, tous ces symptômes se manifestent de façon exagérée. Si on répète plusieurs fois cette recherche, la sensibilité peut arriver à complètement disparaître.

On est ainsi amené à cette déduction thérapeutique, qu'il suffira d'apporter une modification au niveau de la muqueuse nasale pour guérir bien des céphalées que rien ne guérissait.

Le badigeonnage au Bonain de la région sphéno-palatine est le premier acte de toute intervention endo-nasale contre les céphalées. La position du trou sphéno-palatin est souvent variable, et cette thérapeutique serait pour cela différente d'effet chez quelques malades.

Dès lors, il faut envisager toute autre thérapeutique (injections anesthésiantes, section du cornet moyen, transfixion du cornet moyen (Sluder), ou injection avec l'aiguille de Ramadier, etc.).

En résumé, en dehors des grands syndromes que tout le monde reconnaît, il existe de petites modifications de la muqueuse des fosses nasales qui suffisent à provoquer des céphalées extrêmement rebelles et douloureuses.

TROISIÈME RAPPORT

Rapporteur : M. le docteur Tournay.

C'est du point de vue de la neurologie que le rapporteur considère les céphalées. Il ne s'occupera d'ailleurs pas des céphalées exocraniennes, mais seulement des céphalées endocraniennes.

Il considère deux types :

1° Encéphalique proprement dit;

2° Méningitique.

Il considère le cas de ces malades se plaignant depuis plusieurs mois de céphalées de cause indéterminée, qui apparaissent au moment des règles, disparaissent avec la grossesse, etc. et qui rendent bien difficile cette étude physio-pathologique des céphalées. D'ailleurs nous nous trouvons en présence de

troubles subjectifs, de ce problème de la douleur, dont les variations individuelles sont si considérables.

Toutefois des modifications dans la circulation intracranienne, aussi bien que des modifications de tension du liquide céphalo-rachidien, seraient la grande cause de certaines céphalées. Mais le cerveau demande également une oxygénation constante et considérable. Les expériences de Smith ont montré que l'oxyde de carbone n'apporte aucune modification de la tension vasculaire, mais seulement une déficience de l'oxygénation cérébrale, on conçoit ainsi la complexité du problème.

Quoi qu'il en soit, il est très bien de soutirer du liquide céphalo-rachidien, quand il y a hypertension, mais il serait mieux de connaître l'origine de ce liquide céphalo-rachidien et par conséquent d'agir directement sur cette sécrétion.

Discussion des rapports.

M. le professeur Verger (de Bordeaux) regrette que les termes de causalgie et de sympathalgie soient indifféremment employés au cours de ce rapport.

Il croit à l'origine sympathique de beaucoup de céphalées, mais pas de toutes. Elles correspondent dans la réalité au tableau clinique qu'en ont donné les rapporteurs. C'est ce que Sicard appelait en 1909 du névralgisme facial et qui est bien en vérité une algie cranio-faciale.

Quelle est la nature de ces troubles?

D'après Halphen, l'origine nasale serait à peu près constante dans les algies naso-faciales. Il ne faudrait pas trop généraliser. L'épreuve de la cocaïnisation faite au niveau du trou splénio-palatin est facile et retient l'attention. Mais si même elle réussit, elle n'est pas satisfaisante au point de vue physiologique. Les expériences de Lemaire sur le sympathique viscéral avaient amené cet auteur à conclure qu'il suffisait « de toucher le sympathique en un de ses points pour couper la douleur ». Si le traitement des céphalées sympathiques est nasal, il n'est pas dit que ce territoire en soit nécessairement l'origine.

M. le professeur Canuyt (de Strasbourg) s'intéresse plus particulièrement aux crises douloureuses qui accompagnent les sinusites fronto-maxillaires. Il serait intéressant de savoir pourquoi ces malades souffrent surtout presque toujours une à deux heures après leur réveil, quelle que soit leur position.

La céphalée peut également être révélatrice d'une mucocèle au début, qu'une bonne radiographie permettra de découvrir. L'ostéomyélite envahissante est également à retenir.

Les manœuvres endo-nasales décrites par le docteur Halphen méritent par leur simplicité d'accompagner tout examen d'un malade atteint d'algie cranio-faciale.

M. Ramadier indique que l'éclairement ou l'éclairage défectueux ont dans l'apparition des céphalées une importance qu'il y aurait intérêt de mettre en relief.

M. Anglade (de Bordeaux) est amené à prendre part à cette discussion, étant donnés les rapports que la psychiatrie trouve dans l'étude des céphalées. Céphalées qui s'accompagnent d'ailleurs d'autres troubles subjectifs d'ordre vraiment psychique et qui deviennent un symptôme le plus souvent accessoire.

Dans ces cas, le traitement psychique aidé par l'emploi des bromures à hautes doses ont le meilleur effet thérapeutique.

1° M. Barré (de Strasbourg) fait remarquer que tout le monde n'est pas d'accord sur les voies suivies par la sensibilité douloureuse. Il est porté à incriminer le sympathique, mais certains auteurs, avec des arguments qu'il ne faut pas négliger, désignent plutôt le système cérébro-spinal. Il ne croit pas à la légitimité de la dissociation du système neuro-végétatif en sympathique et parasympathique.

2° Il préfère qualifier de « préparatoire » les phénomènes appelés « déclencheurs » par les rapporteurs, et donne différents exemples à l'appui de sa manière de voir qui a une valeur théorique et surtout pratique.

3° En plus des traitements dits « rationnels » parce qu'ils s'appliquent directement à la cause des céphalées, il existe de nombreux moyens d'obtenir des améliorations ou guérisons en utilisant des données physiologiques et, en particulier, des réflexes sympathiques : la cocaïnisation, l'alcoolisation ou cautérisation du carrefour neuro-vasculaire, du rhino-pharynx si souvent utile, semble être de ceux-là, ainsi que les interventions sur les sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux qui peuvent améliorer beaucoup, et par simple saignée sanguine ou lymphatique, des céphalées qui ne sont pas toujours d'origine sinusienne.

4° Avec Morin et Stahl, l'auteur croit avoir démontré que les injections d'eau distillée ou de sels de magnésie pour lutter contre les écarts de la pression intra-cranienne agissent surtout par la température qu'elles ont : les unes et les autres peuvent avoir un effet utile dans des conditions opposées de tension intra-cranienne pourvu qu'elles soient froides.

M. Pesme (de Bordeaux) a remarqué que dans les cas de faible astigmatisme, la compensation était facile, mais qu'elle se trouvait néanmoins à l'origine de bien des céphalées.

M. Bousquet (de Montréal) insiste sur l'importance de déficiences oculaires dans la pathogénie des vertiges et des céphalées. La fatigue oculaire provoquée par la fatigue musculaire n'agirait-elle pas sur le ganglion de Meckel puis sur l'artère cérébrale moyenne, etc., et ne pourrait-on voir là également des troubles d'origine secondairement sympatiques?

M. le professeur Coppez (de Bruxelles) veut donner aux « phories » encore mal connues en Europe la place qu'elles méritent. Les rapports sont évidents entre ces hétérophories et le sympathique. Coppez remonte, pour cette étude, dans la série animale, et considère chez l'homme une double musculature au niveau de l'œil : striée et lisse. Cette dernière est sous la dépendance du système sympathique et intéresse les muscles droits.

M. Ramadier se demande pourquoi on élimine des douleurs de la tête tout ce qui n'est pas céphalée? Il rappelle la projection à distance des douleurs céphalitiques et cite à ce propos une intéressante observation.

Il faut toujours compléter l'examen de la région douloureuse par un examen des régions voisines. Le salpingoscope est dans bien des cas d'une grande utilité diagnostique.

M. Rebattu (de Lyon) parle des céphalées post-traumatiques et propose une épreuve « de sincérité » pour dévoiler les simulateurs. Il fait l'examen voltaïque de Babinski. Les vrais traumatisés sont beaucoup plus résistants au courant voltaïque et ne présentent une déviation qu'avec une intensité de 10 à 15 milliampères

Rebattu se demande, d'autre part, si parfois certaines céphalées ne sont pas en rapport avec des phénomènes de cellulite de la région occipitale.

M. Vernet donne une classification schématique des céphalées, d'un caractère purement topographique. Il considère quatre variétés :

1° La migraine d'origine viscérale ou anaphylactique;

2° La névralgie faciale, qui est une névrite des branches du trijumeau;

3° La céphalée endocranienne diffuse, dont le type est l'hypertension endocranienne;

4° Les céphalgies, qui ne dépendraient que des terminaisons trigémelaires et correspondent au névralgisme facial de Sicard.

Vernet ne croit pas pouvoir admettre l'existence d'une céphalée d'ordre sympathique, sans participation du trijumeau. Il n'a jamais été démontré d'ailleurs que le sympathique contenait en lui-même des fibres propres qui soient sensitives.

M. Dutheillet de Lamothe (de Limoges). Ce qui importe

dans les céphalées, c'est le mauvais drainage nasal lorsqu'il existe une infection. Il a étudié à cet égard les signes d'infection atténuée de la muqueuse des fosses nasales. Ces signes, qui sont souvent à l'origine de céphalées, doivent être systématiquement recherchés.

M. ANGLADE. Il existe des céphalées que je considère comme intimement liées à des syndromes psychopathiques qu'elles semblent dominer, au lieu qu'elles n'y sont que des symptômes accessoires. Je m'explique : un malade se plaint de souffrir de la tête; il insiste spontanément sur ce fait qu'il ne souffre que de la tête et que le soulagement de cette souffrance serait sa guérison. En réalité, le malade ne précise pas sa manière de souffrir. Si on pousse l'interrogatoire on se rend compte qu'il est inquiet de savoir si on ne lui trouvera pas des troubles de l'esprit qu'il appréhende. Il est, en réalité, un obsédé qui a peur de perdre la raison et ne veut pas avoir l'air d'en parler. La céphalée s'associe en pareil cas à de l'anxiété à des phobies diverses. La douleur de tête est une sensation ou de vide ou d'éclatement avec dispersion de la pensée. Quand le malade donne quelques précisions, c'est en général pour dire qu'il souffre à la nuque ou dans la région nasale.

De tels faits cliniques ne sont pas rares. Ils signifient selon moi que les centres de la sensibilité éprouvent des malaises semblables à ceux que parallèlement on observe dans les domaines du psychisme et de la motricité, car ces mêmes malades offrent des crispations musculaire et une véritable agitation.

L'intérêt qu'il y a à reconnaître ces cas est qu'ils sont favorablement influencés par la médication bromurée à doses suffisantes.

M. le professeur VERGER (de Bordeaux) reprend la classification de Vernet. Pas plus que cet auteur, il n'admet de façon absolue la sensibilité directe du sympathique. Il faut admettre les sympathalgies non comme une manifestation directe d'une sensibilité sympathique, mais comme un effet sensitif exercé sur les extrémités du système cérébro-spinal par des excitations vraisemblablement vaso-motrices.

M. le docteur VERNET se rallie à cette opinion et considère le névralgisme de Sicard comme étant de distribution vasculaire, mais à point de départ sensitif dans la sphère du trijumeau.

Réponses de MM. les rapporteurs.

M. le docteur HALPHEN. — A M. le professeur VERGER : Certaines céphalées ont des caractères qui les rapprochent des causalgies. Il y a des troubles vaso-moteurs : coloration, congestion, sécrétion, etc. Il ne croit pas faire nécessairement un traitement causal par les badigeonnages de la muqueuse nasale.

A M. CANUYT : Les rapporteurs ne pouvaient énumérer toutes les causes des céphalées. Il était juste de mettre en relief cependant la mucocèle au début et l'ostéomyélite envahissante des os du crâne.

A M. BARRÉ : C'est bien avec cet état d'esprit, de considérer un phénomène préparatoire et un phénomène déclencheur secondaire, que les rapporteurs ont fait leur travail.

En ce qui concerne la sympathicectomie, M. Halphen pense que les douleurs du zona (par exemple) disparaissent quand on dénude l'artère temporale, mais que la ligature seule demeure sans résultat.

Au sujet des malades qui ne sont soulagés que provisoirement par une thérapeutique quelconque, sans doute certains entrent dans le domaine de la psychiatrie, mais il ne croit pas à la « douleur sans objet ».

Le traitement chirurgical des céphalées doit en tout cas être appliqué avec une extrême prudence.

A M. REBATTU : Les céphalées posttraumatiques n'ont pas été négligées. Les remarques faites par M. Rebattu sont très intéressantes au point de vue thérapeutique. M. Halphen a revu plusieurs malades traités depuis longtemps et demeurant définitivement guéris.

A M. RAMADIER : Souvent les malades font une erreur de localisation de la douleur : dans le cancer ethmoïdal par exemple. D'autres fois, dans le traitement par le radium, se surajoutent des phénomènes douloureux intenses très difficiles à calmer.

M. TOURNAY. — A MM. COPPEZ et BOUSQUET : Croit que par leurs observations dans le domaine de l'ophtalmologie, ces auteurs ont étendu le champ des investigations dans l'origine des céphalées.

A M. CANUYT : Il est actuellement impossible de donner une explication scientifique des douleurs horaires dans la sinusite fronto-maxillaire aiguë. C'est un phénomène qui reste à étudier.

A M. REBATTU : Cette question des cellulites postérieures mérite d'être approfondie.

A MM. VERGER et VERNET : En réalité, que doit-on attribuer au sympathique, au parasympathique ou au système cérébro-spinal?

Il est un fait particulièrement intéressant, mis en relief par M. Verger, c'est celui de la systématisation en étages. A ce propos, M. Tournay rappelle ses expériences, citées dans le rapport sur les sections nerveuses successives pratiquées chez le chien.

A M. le docteur ANGLADE : Il n'est pas douteux que certains malades exagèrent leurs douleurs, et que d'autres sont des obsédés qui entrent dans le domaine de la psychiatrie.

A M. BARRÉ : Les rapporteurs ont montré cette inconstance des rapports entre les céphalées et la pression du liquide céphalo-rachidien. Cette question des injections hyper ou hypotoniques est très intéressante.

Un fait est indiscutable, c'est que les malades sont soulagés par la ponction lombaire. Ce qu'il faut se demander, c'est s'il ne se produit pas de variations dans la pie-mère, sans qu'il y ait de modification de la pression du liquide céphalo-rachidien.

Communications.

A propos des céphalées d'origine nasale en général et sphénoïdale en particulier. — M. le professeur Georges CANUYT (de Strasbourg). Les céphalées, en rhinologie, peuvent se diviser en céphalées antérieures et céphalées postérieures.

Les céphalées antérieures, dont la cause se trouve le plus souvent dans la région du méat moyen et du canal naso-frontal, sont justiciables du cathétérisme, du râpage de ce canal et surtout de l'ablation du cornet moyen. L'auteur fait quelques remarques personnelles sur les crises douloureuses de sinusite fronto-maxillaire aiguë, l'obstruction du canal naso-frontal et la mucocèle ethmoïdo-frontale.

Les céphalées postérieures, dont la cause se trouve au niveau du groupement anatomique : ethmoïde postérieur et sinus sphénoïdal, sont connues surtout sous le nom de céphalées sphénoïdales.

Le cathétérisme de l'ostium et surtout l'ouverture large du sinus sphénoïdal constituent le traitement de choix.

En pratique, la difficulté réside dans le *diagnostic des céphalées*. La collaboration des otologistes, rhinologistes, oculistes et neurologistes doit certainement apporter de la clarté dans ce chapitre particulièrement difficile.

La céphalée dans les syndromes de la fente sphénoïdale et de l'apex orbitale. — M. le professeur ROGER. A l'occasion de huit cas personnels, dont cinq complets et trois frustes, l'auteur résume l'histoire de ces syndromes (ophtalmique III, IV, V, pour la fente sphénoïdale et en plus I pour l'apex). Il insiste sur l'importance de la céphalée qui, à l'en-

contre de l'opinion classique, était dans ce cas au premier plan : névralgie sus-orbitaire, très violente, très tenace, continue, avec paroxysme siégeant dans la région temporo-pariétale, à début souvent distal par une région voisine du vertex, précédant de quelques jours ou de quelques semaines la paralysie du III et persistant encore longtemps, s'accompagnant d'hypoesthésie ou d'anesthésie du territoire de l'ophtalmique.

La céphalée ne peut servir au diagnostic différentiel avec le syndrome de la paroi externe du sinus caverneux, ni au diagnostic étiologique de ces syndromes. L'auteur l'a rencontrée aussi intense dans l'ostéo-périostite syphilitique du sphénoïde que dans le cancer, où cependant elle est peut-être plus tenace.

L'oxythermie et l'étincelle de condensation dans le traitement des céphalées rhinogènes et sinusiennes. — M. le docteur Siems (de Nice). Les effluves appliqués extérieurement *loco dolenti* produisent un effet sédatif mais de courte durée et sans action causale. Un tube de Mac Intyre promené à l'intérieur de la fosse nasale n'impressionne pas la douleur. L'effluve excite la sécrétion glandulaire, en même temps qu'elle bloque la lymphe dans la couche de Malpighi, d'où œdème consécutif.

La chaleur dégagée par un courant chaud d'oxygène comprimé dirigé sur le cornet inférieur, dans le méat moyen et dans le carrefour sphéno-ethmoïdal, détermine un courant abondant de sérosité intercellulaire, libère l'ostium, draine le sinus et apaise consécutivement l'algie céphalique. Cette thérapeutique a été étudiée par l'auteur au Congrès d'oto-rhino-laryngologie de 1926.

Les différentes craniectomies décompressives dans le traitement des tumeurs cérébrales. — MM. Riser et Sorel. La craniectomie décompressive latérale, ou mieux bilatérale, large de 10 sur 10, chez les porteurs de tumeurs cérébrales, n'est vraiment efficace que si la néoplasie ne réalise pas un blocage ventriculaire avec dilatation progressive des cavités craniennes. Il en fut ainsi chez vingt-neuf de nos malades (tumeurs de l'écorce ou des méninges) ; treize d'entre eux souffraient d'hypertension qui fut supprimée dans dix cas pendant le restant de la maladie (huit mois à trois ans). En cas de blocage ventriculaire (tumeurs épiphysaires des plexus choroïdes, sous-sensorielles surtout), le double Cushing très élargi procure une amélioration rapide, mais très fugace, de deux à huit semaines, du syndrome hypertensif. Par contre, dans ces cas, la trépanation postérieure occipitale est bien plus efficace surtout quand elle est précoce, car elle conjure souvent ou diminue le blocage ventriculaire, l'étranglement du cervelet, la compression du bulbe, en donnant du « jeu » à la néoplasie. Chez quatre de nos malades atteints de néoplasie sous-tentorielle certaine, ayant inutilement subi un double Cushing, la décompression occipitale sauva la vue, permit l'alimentation et supprima les céphalées pendant six et huit mois, deux et trois ans. La clinique et la radiologie simple assurent souvent le diagnostic de tumeurs sous-tentorielles et de blocage ventriculaire probable. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Trois procédés d'exploration peuvent alors être utilisés : l'étude de l'élimination urinaire de 3 milligrammes de phénol-sulfone-phtaléine introduits dans un ventricule latéral (ce colorant pourra aussi être recherché dans le liquide méningé); l'encéphalographie (15 centimètree cubes d'air introduits directement dans les ventricules qui montreront une distension globale de ceux-ci, non déjetés latéralement); la constatation d'une albuminose normale du liquide ventriculaire; voilà, selon nous, les signes majeurs extracliniques d'un isolement des cavités craniennes indiquant la décompression postérieure.

La circulation méningo-cérébrale étudiée par la microphotographie. — MM. Riser et Raymond Sorel (de Toulouse). Jusqu'à ces derniers temps, la circulation cérébrale était étudiée par la pléthysmographie, mesurant les variations du volume des hémisphères, après trépanation, l'amplitude plus ou moins forte du pouls cérébral, l'enregistrement de la pression du liquide céphalo-rachidien. Dans tous ces cas, des phénomènes respiratoires influençant la pression veineuse de l'encéphale peuvent rendre très difficile l'interprétation des meilleurs graphiques. A ce propos, Riser et Sorel projettent des courbes de volume et de pouls cérébraux pris chez des chiens chloralosés soumis à l'action de l'adrénaline et du CO^2. Avec l'adrénaline on observe une augmentation considérable du volume cérébral en rapport avec l'hypertension artérielle, avec le CO^2, une diminution nette de ce même volume encéphalique en rapport cette fois avec un appel thoracique du sang veineux. Et cependant, sous l'action de ces mêmes substances, les vaisseaux cérébraux, examinés cette fois directement par la microphotographie, se dilatent dans les deux cas, immédiatement. Il ne s'agit pas de nier la valeur de la pléthysmographie, mais il faut reconnaître qu'il est indispensable de contrôler et de compléter les résultats qu'elle fournit par l'observation directe microphotographique en série des vaisseaux méningo-corticaux eux-mêmes. Riser et Sorel projettent des clichés pris chez l'animal vivant par une méthode personnelle différant de celle de Forbe dont elle ne comporte pas les causes d'erreur; cette technique d'exploration est d'ailleurs difficile à mettre en œuvre; de plus, l'observation du cerveau après ouverture de la dure-mère, et quelles que soient les précautions prises, ne peut être prolongée au delà de cinq minutes sans causes d'erreurs importantes. Mais les résultats fournis sont extrêmement instructifs et pourront peut-être solutionner la question passionnante des vaso-moteurs cérébraux.

Sur l'importance de la classification étiologico-clinique des céphalées. — M. J.-A. Barré (de Strasbourg), cherchant à classer d'une manière clinique et utile les céphalées, montre que les caractéristiques que l'on donne généralement de chacun des types de céphalées envisagées jusqu'à maintenant sont insuffisantes et qu'il y a lieu d'approfondir beaucoup l'étude du symptôme céphalée. En procédant ainsi on reconnaît souvent avec facilité et directement la cause en jeu et on peut isoler toute une série de complexes étiologico-cliniques qui permettent de choisir sans tâtonner une thérapeutique agissante. Une partie de ces complexes a été isolée. Il y a utilité à travailler systématiquement dans ce sens.

M. Barré cherche ainsi à adapter à la classification des céphalées le principe général qui lui a déjà servi dans l'étude des affections de la queue de cheval, des paraplégies, des sciatiques, etc.

Céphalées des adolescents. — M. J.-A. Barré (de Strasbourg). En présence de céphalées de l'adolescent, on doit penser, en dehors des causes ordinaires, tout spécialement aux céphalées d'origine oculaire, de croissance (par développement de l'hypophyse?), de surmenage cérébral, par intoxication vermineuse, par masturbation, et enfin par hérédo-syphilis.

Dans deux cas récents, M. Barré, ayant fait toutes les recherches habituelles, ne trouvait aucune cause de céphalées très résistantes. La notion d'une syphilis ancienne du père le conduisit vers la ponction lombaire; le liquide céphalo-rachidien se montra tout à fait normal et le Bordet-Wassermann y fut négatif comme dans le sang; malgré cela, un traitement par le cyanure fit merveille dans les deux cas et très rapidement. On croit trop souvent que l'hérédo-syphilis agit sur le système nerveux par l'intermédiaire unique d'une méningite chronique décelable.

Le plus souvent il y a association étiologique : il existe des causes préparantes et déclenchantes de céphalées. On traite souvent d'une manière exclusive l'une ou l'autre; il faut traiter les deux.

Les céphalées par amétropie unilatérale. — M. SEDAN (de Marseille) a recueilli divers faits d'hypermétropie unilatérale légère avec état normal de l'autre œil entraînant des céphalées rebelles. Il cite le cas d'un médecin qu'il examina à l'occasion d'une blépharite unilatérale avec hémicranie récidivante du même côté. Le port d'un sphérique convexe amena en cinq semaines une très nette amélioration de la blépharite et la disparition des céphalées. Il cite aussi des céphalées disparaissant au moment de l'apparition de la presbyopie donnant l'occasion d'une correction exacte, et une céphalée supprimée par la correction de l'œil hypermétrope rendue nécessaire par l'indisponibilité accidentelle de l'autre œil. Ces douleurs, d'origine unilatérale, ne semblent liées qu'aux amétropies faibles ne dépassant pas deux à trois dioptries, audessus de quoi il y a généralement un certain degré d'amblyopie.

Céphalées et spasmes vasculaires en ophtalmologie. — MM. BEAUVIEUX, PIÉCHARD et RUDEAU. Les spasmes rétiniens ou corticaux ne sont pas nécessairement liés à des phénomènes céphalalgiques. Certains mêmes en sont complètement indemnes. Cependant, dans nombre de cas, on peut décrire de violentes douleurs ou des sensations de tension ou de vide intracérébral se rapprochant de l'algie. Les auteurs ont rapporté six observations de spasmes rétiniens et corticaux avec hémianopsie qui montrent toutes les nuances des céphalées observées, et indiqué la succession des signes oculaires moteurs et algiques dans certaines migraines hémianopsiques.

* * *

Le programme scientifique sut faire une juste place à un programme de cordiales réjouissances. Un banquet, offert par le recteur et la Municipalité bordelaise, permit aux congressistes de se retrouver au soir de leur première journée de travail groupés au sein d'une ambiance pleine de sympathie. Le maire de Bordeaux avait tenu à présider personnellement ce banquet et à apporter lui-même ses souhaits de bienvenue.

Le lendemain, le professeur et Mme Portmann convièrent les membres du Congrès à un dîner intime qui se termina à la joie de chacun. Le Congrès se clôtura enfin le dimanche par une visite dans les premiers crus du Sauternois, qui surent rappeler que le sens du goût devait être aussi à l'honneur, au « pays de Gascogne ».

G. MARTINAUD
(de Bordeaux).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JUIN 1929)

Sur l'action antirachitique de certains lipides cholestériques de l'escargot de Bourgogne. — MM. G. MOURIQUAND et A. LEULIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1929)

La carence de magnésium. Ses causes actuelles. — M. DELBET, dont on n'a pas oublié les recherches sur les relations du cancer et de la carence de magnésium, apporte à l'Académie un travail très documenté démontrant que la carence actuelle en magnésium ne peut s'expliquer que par des modifications relativement récentes dans les conditions alimentaires. Ces causes de diminution des apports magnésiens sont dues à de prétendus progrès dans l'alimentation, et M. Delbet le prouve en étudiant le sel, le pain et les engrais employés en agriculture.

Autrefois on se servait en cuisine et même à table du gros *sel* gris qui contient 1g70 p. 100 de chlorure et sulfate de magnésium. Les sels blancs, raffinés, usités aujourd'hui n'en contiennent que 0,35 à 0,45, soit une diminution de 40 à 50 grammes par tête et par an.

Le *pain* était jadis l'aliment le plus riche en magnésium. Il n'en est plus de même aujourd'hui. D'après une analyse faite par M. Breteau on constate que :

La farine de biscuiterie contient	8 mmgr. de Mg	p. 100,
— de boulangerie —	11	—
— de force —	25	—
— basse —	62	—
Le remoulage bis —	70	—
— blanc —	116	—

On voit que la farine la plus riche en magnésium reçoit le qualificatif méprisant de « basse ». « Ainsi, les sous-produits de la mouture, destinés à l'alimentation du bétail, farine basse, remoulage blanc et bis contiennent la majeure partie du magnésium du blé. Le remoulage blanc en contient dix fois et demi plus que la farine de boulangerie, quatorze fois et demi plus que la farine de biscuiterie. Qu'on ne s'étonne pas si le bétail se porte souvent mieux que ceux qui le soignent. »

M. Delbet estime qu'on devrait conserver pour l'humanité la grosse quantité de magnésium contenue dans la farine basse et les remoulages actuellement réservés au bétail.

En *agriculture*, on voit employer les engrais artificiels, azote, phosphore, potasse qui augmentent le rendement. Or, on ne donne pas de magnésium à la terre et cependant « toutes les plantes contiennent du magnésium, particulièrement dans les parties vertes puisque ce métal est l'agent de la synthèse chlorophylienne, et dans la graine puisqu'il joue un rôle capital dans la reproduction. Chaque moisson en emporte et d'autant plus que la récolte est plus belle. On estime qu'une récolte de betteraves à sucre (y compris les feuilles) enlève 90 kilogs de magnésie à l'hectare. Les terres cultivées s'appauvrissent donc en magnésium. »

M. Delbet, s'appuyant sur les plus savants des agronomes, déclare qu'en rendant du magnésium à la terre on mettrait d'accord les progrès agricoles et l'hygiène.

« Je vous ai signalé, dit en terminant M. Delbet, trois causes de carence en magnésium, de démagnésation de l'humanité — le sel, le pain, l'agriculture.

On peut, on doit y remédier — si on le fait la ration alimentaire en magnésium sera ramenée à ce qu'elle était autrefois. Ce sera beaucoup, mais ce ne sera pas encore assez. Il y avait des cancers avant la période d'augmentation récente. D'autre part, comme tout travail cérébral est suivi d'élimination de magnésium par le rein, la vie moderne par le surmenage du système nerveux consomme plus de magnésium que la vie d'autrefois. Aussi j'estime qu'il y aura encore grand intérêt dans bien des cas, surtout à partir de l'âge moyen, à ajouter du magnésium supplémentaire à la ration alimentaire redevenue normale.

Permettez-moi de terminer comme je l'ai fait il y a un an. Je crois pouvoir affirmer que, grâce à toutes ces mesures, le nombre des cancéreux diminuera notablement. »

Discussion. — M. LAPICQUE apporte quelques précisions au sujet de l'emploi des différents engrais, et il indique leur influence sur la minéralisation des aliments.

Au sujet de la farine, il rappelle que Benedict conseille d'avoir sur la table, à côté de la moutarde, un bol de son qui sert de condiment et pallie les inconvénients du pain blanc. M. Lapicque rappelle encore que pendant la guerre l'armée américaine ne recevait que du pain blanc. Il en résulta une constipation générale qui devint à un moment une véritable « préoccupation stratégique ». Ne recevant que de la farine

trop perfectionnée, l'intendance américaine fut obligée d'acheter du son en France pour le mélanger à sa farine.

Le surmenage. — M. Lesage relit les conclusions de la Commission relatives au surmenage scolaire (1). Cette lecture amène une courte discussion.

M. Pinard s'étonne que la Commission ait établi une relation entre le surmenage et la tuberculose.

M. Hartmann trouve qu'on enseigne trop de connaissances aux enfants et qu'on ne se préoccupe pas assez de leur former le cerveau.

M. Vaillard, comme M. Pinard, ne voit pas quel est le rôle du surmenage dans le développement de la tuberculose. Il pense que l'encombrement dans les écoles de la Ville joue à ce point de vue un rôle autrement important.

Autant que nous avons pu l'entendre cela paraît être l'avis de Mme Curie et de M. Léon Bernard.

M. Lapicque apporte une définition du surmenage empruntée aux vétérinaires : « On surmène un cheval quand on le laisse trop longtemps dans les brancards. » On surmène un enfant quand on lui fait faire trop longtemps la même chose. Pour M. Lapicque les trois quarts du travail dans les lycées sont absolument inutiles.

L'accord n'étant pas parfait, les conclusions du rapport de M. Lesage sont renvoyées à la Commission à laquelle l'Académie adjoint deux professeurs à la Sorbonne : MM. Lapicque et Georges Dumas.

Désodorisation et désinfection de l'air dans une salle. — M. Cambier expose un procédé de désinfection basé sur l'emploi du charbon.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 52, p. 952.

Le signe de l'œdème de la paupière inférieure chez les rétentionnistes. — M. Fodéré. Ce signe est l'indice d'une rétention uréo-chlorurée, en dehors de tous troubles d'albuminurie. En présence d'œdème de la paupière inférieure il sera judicieux de penser à l'insidieuse et sournoise néphrite, et en l'absence de tout autre signe le malade sera mis en observation.

La résorption de cet œdème local formant sous les yeux une poche flétrie sera un indice de guérison ou amélioration.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie).

Classement des candidats :

En première ligne : MM. G. Phocas (d'Athènes) et Patel (de Lyon).

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Abadie (d'Oran), Lafourcade (de Bayonne), Le Roy des Barres (d'Hanoï), Ménard (de Berck).

Au premier tour, M. le professeur G. Phocas, ancien interne des hôpitaux de Paris (1881), professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Athènes, et M. le professeur Patel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, sont élus.

CONGRÈS

IVe CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE, Paris, du jeudi 25 au samedi 27 juillet 1929. — Président, docteur Raymond Sabouraud ; vice-président, docteur Milian (Paris) ; professeurs Nicolas (Lyon), Ehlers (Copenhague) ; secrétaire-général, docteur Clément



diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ
prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale
VIOXYL
MOUNEYRAT
Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique
Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES
FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ
DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; Enfants : 1/2 dose } par jour
Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète
Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

"CALCIUM - SANDOZ"
Gluconate de chaux pur — Sel soluble entièrement assimilable — Calcium scientifique
La première préparation calcique injectable à doses efficaces sans inconvénients par la voie intra-musculaire
Granulé sans sucre
Adultes : 3 cuillerées à café bien pleines par jour
Enfants : 2 à 3 cuillerées à café par jour
Ampoules à 10 cc. pour injections intra-musculaire et intra-veineuse
Adultes : Une tous les 2 à 3 jours
Enfants : 2 à 5 cc. tous les 2 à 3 jours
Bien spécifier "CALCIUM-SANDOZ"
PRODUITS "SANDOZ" 3 et 5, rue de Metz, PARIS (Xe), M. Carillon, Pharmacien de 1re classe

BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)
C. R., 44.342, Seine.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 4 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, par le docteur L. Dufourmentel. (Préface de M. le professeur Sebileau.) Un vol., 228 pages, 69 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 157.148, Seine.

Simon; secrétaire-adjoint, docteur Maurice Pignot; trésorier, docteur Rabut.

Programme scientifique. — *Le jeudi 25 juillet.* — Matin : I. 9 h. 1/2, ouverture du Congrès à la salle du musée de l'hôpital Saint-Louis par M. le ministre du Travail et de l'Hygiène. — II. Exposé et discussion du rapport sur les *érythèmes polymorphes* : MM. Lortat-Jacob (Paris); Ramel (Lausanne).

Après-midi : I. 3 h. Communication ayant trait au rapport du matin; 5 h. Inauguration du musée d'histologie.

Vendredi 26 juillet. — Matin : I. 9 h. 1/2 Présentation des malades.

Après-midi : I. 3. Exposé et discussion du rapport sur les *prurigos* : professeur Favre (Lyon), docteur Civatte (Paris); — II. Communications ayant trait au rapport; — III. 5 h. Inauguration du buste en cire de M. Baretta au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Samedi 27 juillet. — Matin : I. 9 h. 1/2. Exposé et discussion du rapport sur la *Malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis* : MM. Chevallier (Paris); Dujardin (Bruxelles).

Après-midi : I. 3 h. Communication ayant trait au rapport du matin; — II. 5 h. Assemblée générale de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès se tiendra une exposition d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de produits pharmaceutiques et diététiques. Pour tous les détails relatifs à cette exposition s'adresser à M. Maujouin, délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Comité des dames. — La *Bienvenue Française* s'occupera de la réception des familles des Congressistes.

Le programme leur en sera adressé ultérieurement.

Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès. — 1° Facilité de transport sur les chemins de fer français. Une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) est accordée aux Congressistes et à leurs femmes. S'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra qui donnera tous les renseignements nécessaires, ainsi que pour les passeports et les hôtels;

2° Les adhérents de la dernière heure pourront verser le montant de leur cotisation et retirer leur carte de Congressiste chez le trésorier : docteur Rabut, 57, rue de l'Université;

3° Pour tous les renseignements complémentaires s'adresser au docteur Clément Simon, secrétaire général du Congrès, 104, avenue Malakoff (XVIe) ou au docteur Maurice Pignot, secrétaire général adjoint, 2, rue de Gribeauval (VIIe).

Programme des fêtes et réceptions. — *Jeudi 25 juillet.* — Midi 1/2 : déjeuner sur invitation offert par M. le ministre du Travail et de l'Hygiène (1); — 20 h. : dîner offert à l'hôtel Claridge, à tous les Congressistes de province et de l'étranger par le Comité parisien de réception.

Vendredi 26 juillet. — 21 h. 30 : soirée offerte par le président du Congrès (1).

Samedi 27 juillet. — 20 h. : banquet par souscription des membres du Congrès (le lieu en sera ultérieurement fixé). La liste des adhérents au banquet (cotisation : 80 fr.) sera définitivement arrêtée le 25 juillet à 17 h. (2). (Prière de s'inscrire le plus tôt possible.)

Dimanche 28 juillet. — 9 h. 1/2 : hôpital Saint-Louis, salle du Musée : remise au docteur Sabouraud de son buste et de sa médaille; — 15 h. : goûter offert à tous les Congressistes par le docteur Henri de Rothschild, au château des Vaux-de-Cernay.

(1) Des cartes d'invitation seront envoyées ultérieurement.

(2) Les souscripteurs trouveront leur carte pour le banquet au bureau du Congrès, à l'entrée du Musée de l'hôpital Saint-Louis.

1er CONGRÈS INTERNATIONAL D'ACTINOLOGIE (22-27 juillet). — Le programme scientifique est actuellement complètement établi.

Les rapports ont été confiés aux personnalités suivantes :

1° *Choix d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets utilisés en médecine.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Saïdman (de Paris), Coblentz (de Washington), le professeur Keller (de Fribourg-en-Brisgau).

2° *Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Brody (de Grasse), Bernhard (de Saint-Maurice), Ory (de Liége), Rollier (de Leysin).

3° *La valeur prophylactique des rayons ultraviolets.* — Rapporteurs : MM. les docteurs E. et H. Biancani (de Paris) et Woringer (de Strasbourg), les professeurs Hess (de New-York) et Huldschinsky (de Berlin).

4° *Le traitement des rhumatismes par les rayons infrarouges.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Dausset (de Paris) et van Breemen (d'Amsterdam).

D'autre part, plus de soixante communications sont actuellement annoncées, se rapportant à toutes les branches de l'actinologie et nous ne doutons pas que les discussions de la plupart d'entre elles ne donnent lieu à des controverses intéressantes.

De nombreuses adhésions, tant françaises qu'étrangères, sont maintenant enregistrées. Nous rappelons, à cet effet, que les grands réseaux français et de nombreuses Compagnies étrangères ont accordé des réductions importantes.

En ce qui concerne les chemins de fer français, la qualité de congressiste donne droit à une réduction de 50 p. 100 sur le trajet aller et retour, c'est-à-dire que le congressiste acquittera à l'aller le plein tarif du billet augmenté d'un impôt équivalent à 15 p. 100 sur la réduction accordée et que le retour s'effectuera gratuitement.

Le retour devra se faire sur le même trajet que l'aller. Cette réduction est valable du 19 au 27 juillet à l'aller et du 22 au 30 juillet au retour.

Le programme du Congrès proprement dit est complété par une importante exposition d'appareils de photothérapie et d'électricité médicale dont l'accès sera libre pour tous les médecins et dentistes pendant toute sa durée (du 22 au 27 juillet). Plus de 400 mètres carrés de stands sont dès maintenant occupés.

Cette exposition sera complétée par une exposition rétrospective et documentaire véritablement unique et susceptible d'intéresser tous les praticiens. On reconstituera notamment une plage artificielle, une série de cabines de traitement et on présentera la collection de moulages de l'Institut d'actinologie.

En outre, de nombreuses conférences et démonstrations techniques seront faites par des savants de tous les pays et seront réservées aux congressistes.

Ajoutons qu'un très large programme de fêtes a été prévu et sera publié d'ici peu.

Les adhésions peuvent être adressées au docteur Dufestel, 150 *bis*, boulevard Péreire, à Paris (XVIIe).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — PARIS-TARENTAISE. — Du 15 juin au 22 septembre, un rapide de toutes classes avec wagons-lits de grand luxe, lits-salons avec draps, lits-salons ordinaires et couchettes, circule de nuit entre Paris et la Tarentaise.

Départ de Paris, 21 h. 50. — Arrivée à Aix-les-Bains, 6 h. 28; Moutiers-Salins, 8 h. 57; Bourg-St-Maurice, 10 h. 03.

Au retour : départ de Bourg-Saint-Maurice, 18 h. 53; Moutiers-Salins, 19 h. 40; Aix-les-Bains, 22 h. 03. — Arrivée à Paris, 6 h. 53.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Pneumogéïne
Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique — **Dialyl** — Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10.. Seine.

N° 55. — MERCREDI 10 JUILLET 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 10 JUILLET 1929. — N° 55.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Composition écrite. — Pathologie chirurgicale.* — La première séance de lecture a eu lieu le 4 juillet, à l'hôpital Laennec, devant MM. Guéniot, Monbrun et Charrier.

Anatomie. — La première séance de lecture aura lieu le mercredi 24 juillet, rue des Saints-Pères, à 17 h., devant MM. Chevallier, Soupault et Moulonguet-Doléris.

Pathologie médicale. — La première séance aura lieu le lundi 29 juillet, à 17 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu, devant MM. Alajouanine, H. Bénard et Mouquin.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 juillet. — MM. Desgrez, 14; Serrand, 15; Delapchier, 13.

Séance du 5 juillet. — MM. Serrand, 13; Moutard et Delapchier, 12; Desgrez, 13.

Classement des candidats : MM. Serrand, 52; Desgrez, 51; Delapchier, 48; Moutard, 46.

Candidats reçus : MM. Serrand, Desgrez et Delapchier.

Les nouveaux hôpitaux. — Le Conseil municipal ayant, en décembre dernier, décidé la construction, par l'Assistance publique, de deux hôpitaux : l'un à Garches, l'autre à Rosny-sous-Bois, M. de Fontenay vient de soumettre à l'assemblée un rapport concernant la réalisation de cette double opération.

A Garches, l'établissement doit être exclusivement réservé aux malades chroniques, à l'exclusion des tuberculeux et des cancéreux. Le terrain appartient à l'Assistance publique qui en fait gracieusement l'apport. Il dépend de l'hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin). Pour 1.041 lits de malades et 298 lits du personnel, il coûtera environ 54 millions; le lit y reviendra donc à 40.000 fr.

A Rosny-sous-Bois, le terrain sera acquis du département, l'établissement ayant le caractère d'hôpital général. Pour 1.062 lits de malades et 376 lits du personnel, il coûtera 66 millions environ, soit 45.000 fr. le lit.

Le Temps, à qui nous empruntons ces détails, indique que le montant total de la dépense s'élèvera à 120 millions environ.

Facultés de médecine. — Paris. — *Bourses de doctorat.* — Le concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu le jeudi 18 juillet.

Le registre d'inscription sera clos le 10 juillet, à 16 h.

Pour les pièces à fournir, s'adresser à la Faculté de médecine, guichet n° 1.

Prorogation d'agrégés. — M. le docteur Dognon, agrégé de physique médicale, est prorogé en exercice jusqu'à l'âge de la retraite

Bibliothèque (service des vacances). — Du 15 au 27 juillet et du 1er septembre au 13 octobre, la bibliothèque sera ouverte les mardis, jeudis et samedis, de 13 à 17 h.

Elle sera fermée pendant le mois d'août.

Le service normal reprendra le lundi 14 octobre.

— Bordeaux. — M. le docteur Papin, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— Lille. — M. le docteur Maurice Gérard, professeur agrégé, est maintenu agrégé (chirurgie) pour une période d'un an.

— Lyon. — MM. les docteurs Garin (parasitologie), Sarvonat (physiologie) et Trillat (obstétrique) sont maintenus en exercice d'agrégés pour un an.

— Nancy. — MM. les docteurs Caussade (médecine générale) et Barthélemy (chirurgie) sont maintenus en exercice d'agrégés pour une période d'un an (médecine générale).

M. Binet est maintenu en exercice (chirurgie) pour une période de quatre ans.

BIOPHORINE GIRARD
Kola-Glycérophosphatée
ASTHÉNIE - NÉVROSES - CONVALESCENCES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. le docteur Bouillot est nommé chef des travaux pratiques de chimie biologique à l'Ecole de médecine de Reims.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin directeur à l'asile agricole d'aliénés de Chezal-Benoit (Cher) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Levritz.

Le poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne) est actuellement vacant par suite de la nomination de M. le docteur Sizaret au poste de médecin directeur de cet établissement.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. — A été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Devillard (de Brantôme).

GUERRE. (Troupes coloniales.) — A la suite du concours institué par la circulaire ministérielle du 7 janvier 1929, sont nommés « médecins des hôpitaux coloniaux » :

M. le médecin commandant Mercier, en service à l'hôpital militaire de Fréjus.

M. le médecin commandant Tardieu, du 23e rég. d'infanterie coloniale.

FÉDÉRATION MÉDICALE THERMALE ET CLIMATIQUE PYRÉNÉENNE. — Le prochain voyage Pyrénées-Océan partira de Paris-Austerlitz le 8 septembre, à 7 h. 42. Le rassemblement aura lieu à Périgueux le même jour, à 16 h. On visitera les stations préhistoriques du Périgord, puis, le 10 septembre, commencera le parcours en auto-cars dans les stations pyrénéennes : Bagnères-de-Bigorres, Barèges, Argelès, Les Eaux-Bonnes, Pau, Cambo, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, etc.

Un repos de deux jours est prévu à Biarritz, les 14 et 15 septembre, avec excursion à Saint-Sébastien. On reviendra par Salies-de-Béarn, Dax et Arcachon, et on terminera par la visite de Bordeaux, avec excursions aux grands Vignobles du Bordelais et en Mer. Le voyage prendra fin le 21 septembre et on sera à Paris à minuit.

Les adhérents peuvent rallier directement Périgueux et quitter le voyage à Bordeaux, sans passer par Paris, s'ils le désirent. Les parcours collectifs en chemins de fer bénéficieront d'une réduction de 50 p. 100, en 1re et 2e classe au choix.

Ce voyage sera accompli avec le plus grand confort et toutes les facilités possibles. Le séjour sera assuré partout dans les meilleurs hôtels. Des réceptions sont prévues dans es stations, ainsi que des conférences avec démonstrations.

Le nombre des adhérents est limité. Les inscriptions, réservées aux médecins et à leur famille, seront admises par rang de date. Ecrire, dès à présent, à la direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

VIe CONGRÈS DE STOMATOLOGIE A PARIS (Faculté de médecine, octobre 1929). — Le VIe Congrès de stomatologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 21 au 26 octobre prochain.

Bureau. — Président : docteur Rousseau-Decelle; vice-présidents : docteurs Bozo (de Paris) et Bacqué (de Limoges); secrétaire général : docteur Leclercq ; secrétaire général adjoint : docteur Richard; trésorier : docteur Psaume.

Les questions suivantes ont été choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet d'un rapport et d'une discussion :

1° *Les septicémies d'origine bucco-dentaire.* — Rapporteurs: MM. Thibault et Raison.

2° *Traitement chirurgical des infections du périapex. Curettage et résection. Résultats éloignés.* — Rapporteur : M. Lacronique.

3° *Prophylaxie de la carie dentaire.* — Rapporteur : M. L. Frey.

Des questions d'ordre professionnel et syndical seront également étudiées.

Une importante exposition d'instruments et d'appareils concernant la stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine pendant la durée du Congrès. Des visites d'usines modèles d'appareils et de produits pharmaceutiques et spéciaux seront mises au programme.

Envoyer dès maintenant les adhésions et le titre des communications. Celles-ci seront acceptées sur tous les sujets de la spécialité, mais pour ne pas disperser l'intérêt, le bureau invite les confrères à envoyer particulièrement des communications relatives aux trois sujets mis à l'ordre du jour.

Réductions accordées sur les transports : 50 p. 100 sur les chemins de fer français; 35 p. 100 sur les chemins de fer belges; 30 p. 100 sur les chemins de fer italiens; 20 p. 100 sur les lignes Etats-Unis, Algérie, Tunisie, Maroc, de la Compagnie générale transatlantique; 20 p. 100 sur les lignes Brésil, République Argentine des Compagnies Chargeurs Réunis et Sud-Atlantique; 20 p. 100 sur toutes les lignes faisant partie de l'Atlantic Conference; 20 p. 100 sur les lignes de la Compagnie internationale de navigation aérienne; 25 p. 100 sur les lignes de la Compagnie Air Union; 10 p. 100 sur les lignes de Imperial Air Ways Limited.

Pour ces réductions, il sera envoyé aux congressistes des indications précises aussitôt l'adhésion au Congrès reçue par le trésorier.

L'Agence Exprinter, 6, place de l'Opéra, s'occupera bénévolement sur demande des billets spéciaux, des excursions, du tourisme en France, des hôtels, etc.

La cotisation est fixée à 100 fr. pour les congressistes et à 60 fr. pour les membres associés. Les inscriptions sont reçues dès maintenant par le trésorier, le docteur Psaume, 60, rue de Rennes, compte chèques postaux : Paris 923-76.

L'Association stomatologique internationale se réunira au cours du Congrès.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général, docteur Leclerc, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (Ier) ou au secrétariat permanent du Congrès, salle Béclard, Faculté de médecine (A. D. R. N.), rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — SERVICE DE REMPLACEMENTS. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante (Ve), vient de réorganiser son groupement sur des bases nouvelles, et en particulier son service de remplacements de médecins. Il informe les membres du Corps médical qu'il tient à sa disposition un personnel de remplaçants sélectionnés et répondant à toutes les exigences légales. Le service fonctionne de 13 à 20 h. Tél. Odéon 58-90.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

30 Km. NORD PARIS
PROPRIÉTÉ BORDÉE
par petite rivière. — JOLIE VUE
Maison 15 pièces, confort, garage, contenance 4 hectares environ, A VENDRE.
S'ad. MM. BERNHEIM, 23, rue Arcade, Paris.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour.
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

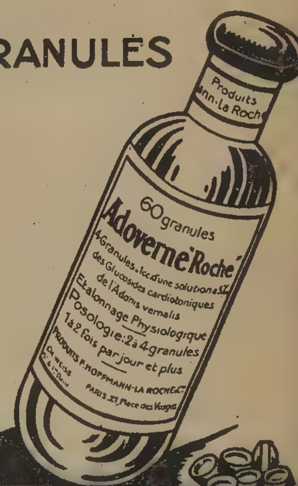
ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULÉS



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR
Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

**NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE**

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES		
	AMPOULES	Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
	COMPRIMÉS	1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
	GRANULÉ	1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE

PAR LE

PROPIDEX

(Pommade à base de PROPIDON)

(Formule du Prof. Pierre DELBET)

INDICATIONS :

FURONCULOSE, BRULURES, ESCHARES
PLAIES EN SURFACE
ENGELURES, ULCÈRES VARIQUEUX
ANTHRAX, ETC.

Les Établissements POULENC FRÈRES

86 et 92, Rue Vieille-du-Temple. PARIS

R. du C., Paris 5.386.

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

BRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

L'ILLUSION DES SOSIES

Par J. LÉVY-VALENSI.

On eût sans doute fort étonné Mercure, lorsque, sous le déguisement de son serviteur, il s'introduisit dans la maison d'Amphitryon, en lui révélant qu'un jour, doublement il servirait la médecine et sous son nom réel et sous son nom d'emprunt. Grâce aux psychanalystes, pareille aventure est advenue à Œdipe, à Phèdre, à Narcisse, d'autres auront vraisemblablement leur tour.

Si Sosie est entré dans la sémiologie psychiatique, la responsabilité en incombe à M. Capgras qui le présenta trois fois au public médical (1923-1924) avec Reboul-Lachaux, Carette, Lucchini et Schiff. L'illusion des sosies est certainement, comme tout symptôme, contemporain de la morbidité psychique et j'en ai déjà relevé une observation dans Magnan (1877); mais c'est à M. Capgras que revient le mérite de l'avoir nettement individualisée, et ce serait justice de désormais l'appeler *syndrome de Capgras*.

***

Limitons le *syndrome de Capgras*, avant d'en étudier les modalités. Prenons deux exemples. Je suis le malade.

Première éventualité : L'un de vous, Messieurs, m'est inconnu, et cependant je reconnais en lui un ami, je fais une *fausse reconnaissance*.

Deuxième éventualité : L'un de vous m'est parfaitement connu, or, je nie sa personnalité et n'admets qu'une ressemblance, le mettant à même de simuler la personnalité réelle, de se mettre dans sa peau : *illusion des sosies*. L'illusion des sosies est en somme une *agnosie d'identification* (Capgras).

Pour bien vous faire connaître les modalités du syndrome et la pathogénie invoquée dans chaque cas, je dois très brièvement vous résumer les cinq observations publiées : les trois cas de Capgras, ceux d'Halberstadt, de Dupouy et Montassut, je vous montrerai ensuite deux malades.

PREMIÈRE OBSERVATION (CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. *Soc. cl. de méd. mentale*, 15 janv. 1923). — Une femme de cinquante-trois ans fait, depuis plusieurs années une *psychose hallucinatoire chronique* du type fantastique.

Son père lui a appris, à son lit de mort, qu'elle n'est pas sa vraie fille, mais une enfant confiée au berceau par les ennemis de son illustre famille. Elle est en effet apparentée à la princesse Eugénie, au duc de Luynes, à Henri IV et à la reine des Indes, etc. Son nom est de Rio Branco. Elle est à Sainte-Anne parce qu'un de ses *sosies* (le terme a été par elle-même introduit dans l'observation), a commis des indélicatesses. D'ailleurs ses ennemis font disparaître tous ceux qui s'intéressent à elle, les remplaçant par des sosies; sosie son mari, sosie sa fille, qui a été substituée plus de deux mille fois en cinq ans, sosies tous ceux qui l'entourent. Les originaux sont emprisonnés dans les sous-sol de Paris et une dénonciation au commissaire de police a conduit à l'asile Mme de Rio Branco.

La pathogénie de ce cas est d'après les auteurs, la suivante. La malade souffre du *sentiment d'étrangeté* qui accompagne toutes les psychoses hallucinatoires; êtres et objets lui semblent transformés, *étranges* et *étrangers*; mais, en même temps, elle éprouve jusqu'à un certain point, le *sentiment de familiarité* qui suit la reconnaissance; d'où conflit entre ces deux sentiments et comme conclusion l'illusion des sosies, *jugement affectif*, côte mal taillée permettant de reconnaître à cause de ressemblances et de méconnaître en même temps. Cette méconnaissance a pour substratum, ici, le *sentiment d'étrangeté* et une sorte de *perspicacité paranoïaque* qui hypertrophie certains détails, autrefois passés inaperçus, comme des faits de dissemblance.

DEUXIÈME OBSERVATION (CAPGRAS, LUCCHINI et SCHIFF. *Bull. Soc. de méd. mentale*, 9 déc. 1924). — Il s'agit d'une *paralytique générale* avec gros troubles *cénesthésiques*; c'est une hallucinée, du type de la psychose hallucinatoire chronique. Elle trouve tout changé autour d'elle et en elle-même. Toute sa famille est transformée, substituée; son ami n'est que le *sosie* de son ami réel. D'ailleurs celui-là la négligeait il était plein de vices, celui-ci n'est pas vicieux, il s'occupe d'elle assidûment.

D'après les auteurs, l'illusion des sosies n'est plus ici un *jugement affectif* qui s'impose, mais un raisonnement, destiné à rassurer le malade sur les phénomènes de dépersonnalisation dont elle sent l'envahissement. Raisonnement simpliste d'ailleurs. Les êtres ne me paraissent pas changés, mais sont changés, ma perception est normale, donc je ne suis pas malade.

TROISIÈME OBSERVATION (CAPGRAS et CARETTE. *Ann. méd. psychol.*, juin 1924). — Malade vraisemblablement *hébéphrénique* à début par *obsession* du type psychasthénique. Elle arrive à la notion de *sosies* de son père et de sa mère; ils n'ont plus que les vêtements de ses parents, leur écriture même est changée.

Les auteurs sont parvenus à obtenir de la malade l'aveu d'un désir incestueux envers son père. L'*illusion des sosies* enlevait à ce désir son caractère choquant, l'objet de sa flamme n'étant pas son vrai père.

J'avoue que cette explication ne me séduit pas. Elle n'explique pas, en tout cas, l'extension au frère, à l'oncle, à la tante.

QUATRIÈME OBSERVATION (HALBERSTADT. *Journ. de psychol.*, 1923, p. 728.) — *Délire d'influence*. — Le mari de la malade n'est qu'un *sosie*, ses dents sont plus écartées, ses yeux ont une teinte un peu différente; son caractère a changé, etc. Son fils n'est également qu'un sosie, etc.

M. Halberstadt admet ici le *sentiment d'étrangeté* ou perte de la *vision mentale* (Cotard, Séglas), ou

(1) Leçon faite à la Clinique de M. le professeur Claude le 6 mars 1929. (Voir la *Semaine des hôpitaux*. 1929. nos 4 et 6.)

transitivisme (Wernicke), il y ajoute une évocation à la *mentalité prélogique* (Lévy-Bruhl) qui permet au délirant raisonnant avec une logique *primitive* d'accepter comme vraisemblable, ce qui pour nous est absurde et contradictoire.

Cinquième observation (Dupouy et Montassut. *Ann. méd. psychol.*, 4 nov. 1924.) — *Psychose hallucinatoire chronique.* — Chez une persécutée banale, l'*illusion des sosies* ne correspond pas à une perception mentale troublée, mais apparaît comme une *explication optimiste*. Si l'on persécute la malade c'est qu'*on la prend pour une autre*, d'autre part, les gens qu'elle connaît qui l'insultent, ne sont pas ses relations réelles, mais leurs *sosies*.

*
* *

Des deux malades que je vais vous montrer l'une est d'un type banal : *psychose hallucinatoire chronique* comme les cinq précédents; l'autre est d'observation plus rare : association de l'*illusion des sosies* au *délire de négation*.

Observation I. — L. Apolina C..., soixante-deux ans, cuisinière, nationalité hongroise.

Cette malade a toujours été orgueilleuse et méfiante, en un mot paranoïaque. Elle semble, d'après son mari, avoir fait des excès de boisson.

Mariée en 1902 à un brave homme, maître d'hôtel, elle l'a traité de haut, affectant une grande supériorité sur lui. Elle a toujours prétendu avoir un certain don de divination par imposition des mains. Son mari d'ailleurs y croyait.

En 1908, elle est à Paris, son mari travaille en Silésie. Elle a de l'anxiété, des hallucinations visuelles; la police vient chez elle pour rechercher des assassins et des voleurs. Effrayée, elle va rejoindre son mari en Allemagne. Là-bas les phénomènes morbides persistent et prennent une tournure mystique. Quand elle va en forêt, elle voit la terre se soulever pour livrer passage aux morts venant réclamer contre leurs assassins. C'est à ce moment qu'elle dessine un nombre très grand d'affiches toutes mystiques avec des inscriptions diverses.

Dans l'ensemble les dessins sont stéréotypés : une figure centrale : Dieu; à la périphérie, souvent, en éventail : les Saints.

En 1910, elle se dit la Sainte Vierge et se refuse désormais à son mari. A cette époque, elle prédit (?) la guerre de 1914.

Le couple rentre à Paris en 1914. La malade continue à prédire l'avenir et à révéler le passé. Ce don (?) la conduit a révéler des adultères vrais ou faux au grand dommage des ménages en cause. Elle disait remplir un devoir.

Alors, elle a des *hallucinations auditives*, quelques voix l'insultent, d'autres la défendent, des saints, des anges.

Elle a une grande colère contre le Christ qui ne s'occupe pas assez d'elle, sa mère. D'ailleurs elle-même est successivement la Vierge, Jésus et le Père Eternel. Quand elle joue ce rôle, elle fait le geste de lisser une barbe et de friser une moustache.

Les années suivantes cet état continue avec des phases de grande agitation, la malade boit beaucoup de cognac. Elle a de l'onirisme. Des soldats l'ont conduite à l'Etoile et l'ont criblée de balles de revolver; une autre fois elle a été présentée à l'Arc de Triomphe comme bienfaitrice de la France. Elle a été présentée au Tribunal des Nations, place de la Chapelle, où elle a été interrogée sur la Hongrie.

Depuis 1924, hostilité et méfiance envers son mari qui est obligé de solliciter la moindre chose nécessaire. L'agitation est devenue plus grande, altercations et crises dans la rue. On veut l'empoisonner, on l'électrise, etc.

Alors commence la *méconnaissance* de son mari. Elle lui dit : Monsieur, vous n'êtes pas Victor-Eugène C..., mais Eugène-Victor C...

Elle pensait que certaines personnes n'étaient pas elles, que d'*autres avaient pris leur aspect*. Le voisin, par exemple, est mort et a été remplacé par un bandit. Elle finit par mettre son mari à la porte (janvier 1927).

En 1927, l'agitation est devenue intense, la malade a accumulé des armes et en menace les voisins et les passants par la fenêtre. Plainte au commissaire de police.

Certificat d'internement du 16 mars 1927 (docteur de Clérambault) :

Psychose hallucinatoire chronique. Période prédémentielle. Perversions affectives avec négations systématiques. Fonds paranoïaque inné. Enonciation des actes, écho des pensées, voix injurieuses et flatteuses, annonces, révélations, scénarios auditifs. Elle a été présentée aux Nations, devant l'Arc de Triomphe, comme bienfaitrice de la France. Rapports conjugaux refusés depuis dix-huit ans. Depuis deux ou trois ans son mari n'est plus son mari, mais un frère ou sosie de ce dernier. Versions contradictoires simultanées. Hauteur, colères, sévices sur son mari. Injures aux voisins. Porte barricadée, objets projetés par la fenêtre, couteaux lancés dans la porte, fuite du mari depuis quelques jours. Fonds paranoïaque chez une fille, fugue dès la puberté, brouille totale précoce.

Lors de son entrée, la malade fait remonter à 1902 ses premières tribulations. Elle accuse son mari, qui n'est pas le père de sa fille, d'avoir eu des relations avec cette dernière. Ses malheurs dateraient de cet incident.

Elle accuse des hallucinations surtout cénesthésiques : on l'électrise, on lui a donné des hémorroïdes et de la constipation.

Depuis son entrée, refus d'accepter l'identité de son mari, colère lorsqu'elle l'aperçoit, le traite d'assassin.

Attitude orgueilleuse, ne se plaint de rien, paraît ne plus avoir d'hallucinations.

Interrogée sur son mari, voici la réponse :

Mon mari, employé à Neuilly à la Croix-Rouge américaine, a été tué par un éclat de bombe d'avion en 1917. (En réalité, il a eu à cette époque un saignement de nez.)

Son mari mort, le propriétaire ne voulant pas d'une femme seule, lui a imposé comme mari un individu qui lui ressemble. Cet individu entrait, s'asseyait auprès du feu et lisait son journal. Le commissaire l'a appelée pour lui faire voir l'écriture de son prétendu mari ; il n'y avait aucune ressemblance.

Donc, illusion de sosie en ce qui concerne son mari ; mais également en ce qui la concerne elle-même : « Je suis ici à la place de la baronne Morgenstein.

En somme, le syndrome fait ici partie intégrante du délire.

Obs. II. — Maria J..., femme T..., cinquante-trois ans.

D'après le mari, les troubles remonteraient à 1928. La malade avait des absences, laissait inutilement brûler le gaz, oubliait de fermer la porte, mais ne déraisonnait pas.

Les gros troubles sont apparus, en juillet dernier, coïncidant avec ses dernières règles. Devant partir en voyage, sur le quai de la gare de Lyon, pendant qu'on emporte les bagages elle s'échappe, erre toute la nuit le long des quais, hésitant à se jeter dans la Seine. Au matin, elle est conduite au commissariat, où à 5 heures, elle finit par dire son nom.

Avant le départ d'ailleurs, elle avait voulu avaler deux flacons de teinture d'iode; elle avait caché un rasoir. Le mari considère cela comme des simulacres de suicide. Elle aurait, ce même jour subi plusieurs avulsions dentaires avec injections répétées de cocaïne.

Le départ à la campagne a eu lieu quand même, mais arrivée dans le Jura elle refusa médicaments et aliments. Elle

était triste, ne répondait pas à son mari; elle voulait rentrer à Paris, disant qu'on avait cambriolé son appartement, qu'on avait tout volé. Durant six semaines à la campagne, supplie qu'on la ramène à Paris. Rentrée à Paris, elle veut retourner dans le Jura.

D'août à décembre 1928, inertie, claustration. Pas de tentatives de suicide bien que non surveillée. Amaigrissement.

Depuis juillet, elle répétait qu'elle n'avait ni mari, ni enfant qu'elle n'avait jamais été mariée. Elle disait de son mari : C'est quelqu'un que je connais. Parfois indifférence, parfois hostilité. Même attitude envers son fils qu'elle a fort aimé.

Entre à l'Hôtel-Dieu (service du professeur Rathery), le 15 décembre 1928.

Ne sait plus ni son nom, ni son âge. Elle n'a jamais été mariée, le monsieur qui vient la voir, ressemble à son mari ou à son fils; ce sont des gens de service ou des personnes envoyées pour prendre de ses nouvelles.

Elle est une martyre, elle n'a pas d'estomac, c'est l'électricité qui le lui a détruit; d'ailleurs, elle ne mourra jamais puisqu'elle respire. Les aliments ne passent pas, ils restent dans la gorge.

Internée à l'asile clinique le 15 février 1929.

Ton geignard, anxiété modérée. « Je ne m'appelle pas Mme T..., comment voulez-vous que je m'appelle Mme T..., il aurait fallu que je me marie à la mairie. A quel arrondissement, de quel quartier? Je me le demande. Il aurait fallu que j'aie un mari. Qui est donc ce M. T...? Il est venu une fois un monsieur comme ça à l'Hôtel-Dieu, m'apporter une tarte aux pommes, une autre fois des marrons dans un bol, mais ce n'était jamais le même.

D. — Comment va votre fils?

R. — Je ne sais pas d'où je l'aurais eu ce fils. Il y a un monsieur qui m'appelait maman, je ne sais où il prenait ça.

Mon Dieu! que c'est pénible d'être ainsi. Dire que je n'ai plus un local, une habitation. Je suis perdue avec tous ces trafiquages. Je viens d'une chambre rue d'Arcole, au-dessus du lit, il y avait 576 mètres cubes (exact Hôtel-Dieu), il y avait une table et un fauteuil; j'ai idée qu'il y *avait autrefois un petit logement aussi*, mais je n'y ai probablement jamais été; c'est bien pénible pour moi. Certainement, c'était bien moi qui étais à l'Hôtel-Dieu; il n'y en a pas deux comme moi.

Le monsieur que j'ai vu avant-hier, c'est une personne que j'ai vu vaguement venir à l'Hôtel-Dieu comme ça. Mais ce n'était pas un grand, c'était un petit Hôtel-Dieu. Ce devait bien être moi qui étais là-bas.

Il n'y en a pas deux pour être comme moi, pour être *comme celle qui buvait là-bas*.

Qui? — C'était probablement moi.

Votre fils? — Il n'est pas ici, je n'ai pas de fils. On m'a fait croire que j'en avais un. Il venait me voir et m'apportait de petits pâtés qui *sentaient* les prunes, les abricots, les cerises et qui n'en étaient pas. C'était fabriqué avec de la couleur. C'était trop petit pour être de vraies tartes. C'était bien moi qui les mangeais, et il n'y en a pas deux pour avoir une bouche déformée comme moi.

D. — Etes-vous grande ou petite? — *R.* — Je suis bien trop grande, évidemment, pour ce que je suis. On m'a demandé si j'existais. Evidemment, puisque j'ai une tête et des épaules.

D. — Voulez-vous rentrer chez vous?

R. — Je ne pourrai pas. Je ne retrouverai pas mon logement, il me semble avoir eu une maison autrefois, il y avait une maison avec plusieurs étages à Paris, dans une rue, au n° 23 en face; belle avec une grande remise.

D. — Quelle rue!

R. — Rue Charles V, peut-être, peut-être pas. Je n'aurais pas dû me laisser dominer par la fatalité. A l'Hôtel-Dieu, j'étais tout allongée, ici je suis ratatinée.

D. — Qui vous a conduite ici?

R. — Ce doit être un monsieur.

D. — Mourrez-vous? — *R.* — Personne ne meurt. Si je pouvais revenir en arrière, je me défendrais contre les absents de la vie. C'était bien moi qui étais là-bas avec ma petite natte et mon petit chignon.

Je n'ai ni estomac, ni intestin. Il n'y en a pas deux pour ne pas avoir de dents, c'était donc bien moi qui étais là-bas. Il n'y en a pas pour être malmenée comme moi, c'était donc bien moi qui étais là-bas.

Un jour, un soi-disant T... est venu.

Que buvez-vous? que mangez-vous? du vin, de la viande? — Il n'y a pas de vin, il n'y a pas de viande. Le lait n'existe pas à la laiterie de la cuisine. La vie du monde est éternelle, je vivrai toujours.

Connaissez-vous Paris? — Non.

La rue Charles V? — *Ce doit* exister pourtant, *je ne le sais plus.*

Confrontation avec le mari. — Se laisse embrasser.

D. — Qui est ce monsieur?

R. — Un monsieur que j'ai vu hier, il est venu me voir.

D. — Pourquoi le laissez-vous vous embrasser?

Pas de réponse.

D. — N'importe qui peut vous embrasser?

R. — Ben non, mais enfin.

D. — N'est-ce pas votre mari?

R. — Où l'aurai-je épousé?

D. — Viviez-vous avec lui?

R. — Comment, puisque je n'avais pas de mari.

D. — N'habitiez-vous pas rue Charles V?

R. — Et dans quel pays y aurait-il une rue Charles V?

*
* *

Vous avez vu que pour les cinq observations publiées, les auteurs ont proposé des pathogénies un peu différentes, jugement affectif, jugement intellectuel, syndrome d'Œdipe, mentalité primitive, explication optimiste.

Je n'ai pas l'intention d'ajouter une sixième pathogénie. La compréhension du *syndrome de Capgras* me semble simple, en partant de la *méconnaissance*, base, comme je l'ai dit ailleurs, de la négation, des *fausses reconnaissances* et de l'*illusion des sosies*.

La *méconnaissance*, si évidente dans notre dernière observation, peut résulter d'une vision mentale troublée (sentiment d'étrangeté, transitivisme) commune chez les mélancoliques et chez tous les sujets présentant de l'automatisme mental (hallucinés ou influencés), elle peut être partie intégrante d'un délire (hallucination, interprétation). Voici le fait basal.

Imaginons maintenant que cette *méconnaissance* soit *incomplète*, permettant la notion de *ressemblance*, l'illusion des sosies doit se présenter immédiatement à l'esprit; c'est une *explication*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Stations thermales du Centre de la France, par MM. Desgeorges (Vichy), du Pasquier (Saint-Honoré), Heitz (Royat), Macé de Lépinay (Néris), Mazeran (Châtel-Guyon), Perpère (Mont-Dore), Piatot (Bourbon-Lancy), Pierret (La Bourboule), Sérane (Saint-Nectaire). Préface de M. le professeur Carnot. Un volume de 80 pages. In-8 jésus sur papier d'alfa. — Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

ACTUALITÉS

L'ACÉTYLCHOLINE (1)

Indications. Contre-indications. — ÉPREUVES CLINIQUES. — Les propriétés que nous venons d'énumérer permettent d'employer l'acétylcholine à des épreuves de diagnostic différentiel et de diagnostic pathogénique et topographique. Elles permettent de faire le départ entre l'origine artérielle ou non artérielle de certains troubles d'une part; elle permet, d'autre part, parmi les troubles dus à des modifications artérielles de distinguer ceux qui sont dus au spasme de ceux qui relèvent d'une oblitération anatomique de la lumière du vaisseau.

Parmi les acrocyanoses, l'administration d'acétylcholine permet de distinguer celles qui sont dues à du spasme des artérioles (type maladie de Raynaud) qui se modifient après l'injection, de celles qui relèvent d'autres causes. Lorsque l'acrocyanose est due à l'hypertension veineuse, ou à une action nerveuse, l'acétylcholine ne donne que peu ou pas de changements.

De même dans les acrocyanoses coexistant avec des amyotrophies elle permet de distinguer entre une maladie de Raynaud associée (réaction à l'injection) et une acrocyanose d'autre mécanisme (pas de réaction) (Laignel-Lavastine et Bourguignon).

Parmi les artérites à tendance oblitérante, quelle qu'en soit la cause, la réaction à l'acétylcholine permet de distinguer entre ce qui est oblitération et ce qui est spasme; les troubles spasmodiques s'atténuent ou disparaissent; les troubles par oblitération ne sont pas influencés; l'examen local permet ainsi de se faire une idée plus précise du siège de l'oblitération et de son étendue.

Il semble que dans ces cas l'épreuve de l'acétylcholine soit à la fois plus sensible et plus fidèle que tous les autres tests classiquement employés.

EMPLOIS THÉRAPEUTIQUES. — L'acétylcholine trouve son emploi dans les syndromes artériolaires et artériels périphériques ou même splanchniques et aussi dans certains troubles par déséquilibre neurovégétatif. En ce qui concerne ces derniers, les résultats déjà obtenus sont intéressants mais un complément d'étude est nécessaire.

Syndromes artériolaires et artériels. — La maladie de Raynaud semble actuellement l'indication principale. Moyennant certaines précautions préliminaires et une administration judicieuse quant à la dose et au mode on observe, en un quart d'heure environ après l'injection, la disparition des douleurs et l'atténuation des troubles circulatoires puis leur disparition; les effets varient selon que l'injection a été intraveineuse (effets rapides mais peu durables) ou intramusculaire (effets graduels et persistants). On peut, pour une seule injection voir l'action se prolonger de douze à soixante-douze heures. La répétition des injections n'en diminue pas l'efficacité.

Les troubles trophiques sont influencés dans la mesure où ils relèvent du spasme mais non modifiées dans celle où ils sont dus à l'infection.

Dans les artérites à tendance oblitérante (présénile, sénile, diabétique, syphilitique, maladie de Burger) les effets sont analogues. Les douleurs et les troubles circulatoires cessent dans tout le territoire où l'arrêt circulatoire est dû au spasme, avec une rapidité parfois surprenante. Les résultats sont les mêmes quelle que soit l'étiologie de l'artérite. Les troubles circulatoires et les douleurs par oblitération ne sont au contraire pas modifiés.

De même pour les escarres infectées; leur évolution n'est pas modifiée, ni les douleurs qu'elles provoquent atténuées. L'action de l'acétylcholine est naturellement d'autant plus nette et d'autant plus constante que l'oblitération est plus bas située, commande un territoire plus restreint et que la part du spasme est plus grande. Proportionnelles aussi l'influence sur les phénomènes gangréneux.

Dans toutes les affections où entre en jeu le spasme vasculaire les effets obtenus sont analogues. Il faut y classer la *claudication intermittente* où le spasme semble jouer un rôle plus important que ne pensaient les classiques. De même pour l'*ictus hémiplégique;* il semble qu'au début, le spasme artériolaire soit également un facteur important; Villaret et Justin-Besançon ne sont pas loin de considérer que dans ces cas, l'acétycholine serait un médicament d'urgence.

Elle pourrait aussi rendre des services contre les accidents et les incidents de l'*hypertension artérielle*; dans certaines formes, le spasme artériel a une importance prépondérante dans la genèse des troubles fonctionnels; dans les autres formes l'acétylcholine serait au moins une médication pathogénique contrebalançant par son action sur la tension l'action de la cause principale. Elle agit de façon un peu différente selon son mode d'administration et plus constamment du reste sur les signes fonctionnels que sur le niveau même de la tension artérielle.

Dans la sclérodermie avec acroasphyxie où l'on est si souvent impuissant l'acétylcholine a rendu des services. Ici comme ailleurs, elle agit sur les douleurs et sur les phénomènes vasculaires et non sur l'élément trophique. Ce dernier semble pouvoir être favorablement influencé par l'opothérapie thyroïdienne associée et occasionnellement par le traitement spécifique.

Dans les ulcères trophiques des moignons d'amputation l'acétylcholine est aussi un médicament efficace, à l'égal des interventions sur le sympathique, contre l'élément spasmodique. Il n'agit naturellement pas sur l'élément infectieux concomitant.

En raison de leur pathogénie, certaines cécités par spasme de l'artère rétinienne ont enfin bénéficié du traitement par l'acétylcholine.

Syndromes de déséquilibre neuro-végétatif. — Ce ne sont là que des notions temporaires que devront modifier ou compléter les travaux à venir.

Dans les hyperhydroses, et surtout dans *les sueurs des tuberculeux*, l'acétylcholine semble un médicament puissant et fidèle, agissant lorsque les autres

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 53, p. 967.

n'agissent pas ou n'agissent plus. Les doses à employer ici sont faibles, les doses fortes pouvant provoquer des résultats inverses de ceux qu'on désire.

On l'a employée aussi contre les *coliques de plomb*; de grosses doses sont ici nécessaires. On obtient une disparition rapide des douleurs qui peuvent ne réapparaître que douze à vingt-quatre heures plus tard et cèdent à une nouvelle administration du médicament. Les phénomènes d'hypertension cèdent aussi mais plus lentement.

On a essayé enfin l'acétylcholine contre les atonies digestives mais il ne s'agit encore que d'essais qui doivent être confirmés.

Contre-indications. — Elles sont peu nombreuses :

L'oblitération artérielle complète. Seule ou prépondérante, contre laquelle le médicament est évidemment impuissant.

L'origine infectieuse des douleurs et des ulcérations.

En ophtalmologie, la présence ou la menace de phénomènes glaucomateux en raison de l'hypertension oculaire au moins transitoire que détermine le médicament.

Posologie. Mode d'administration. — *Voies d'administration.* — La voie buccale est absolument dépourvue d'efficacité. La voie intraveineuse ne peut être employée que dans la recherche d'effets exceptionnellement rapides qu'on n'a pas à poursuivre dans les cas que nous avons énumérés; de plus, même à faible dose elle expose à des dangers réels. On n'emploie pas non plus habituellement la voie intra-musculaire qui est sans danger mais nécessite un excipient spécial.

La voie sous-cutanée est la voie de choix; elle est indolore et ne provoque aucune réaction d'aucune sorte; la seule précaution nécessaire est de bien éviter une injection du médicament dans un petit vaisseau.

L'acétylcholine ne peut être employée en solutions préparées d'avance dont nous avons dit l'instabilité. On doit se servir uniquement d'*une solution faite au moment de l'emploi* au moyen d'ampoules scellées dosées d'avance et où l'acétylcholine est conservée en présence de glucose anhydre (neuf fois son poids environ). Les ampoules pour usage médical contiennent cinq ou dix centigrammes de produit actif.

L'origine du produit lui-même n'est pas sans importance.

Les doses à employer varient suivant l'affection à traiter.

Doses faibles. — Deux à cinq centigrammes en vingt-quatre heures. Ce sont les seules à employer contre les sueurs des tuberculeux.

Doses moyennes. — Correspondent à la plupart des indications. *Dans la maladie de Raynaud cinq à dix centigrammes* en vingt-quatre heures suffisent en général. Il convient de ne faire les premières injections que sur un malade au repos pendant les heures qui précèdent et qui suivent. Le traitement sera continué jusqu'à disparition des troubles trophiques s'il en existe. Pour des troubles vaso-moteurs seuls, deux injections par semaine suffisent souvent.

Dans les sclérodermies, les ulcères trophiques des moignons on donnera les mêmes doses.

Dans les artérites oblitérantes, la dose *sera de vingt à quarante centigrammes par jour en deux injections* durant une semaine. Quoique déjà élevées ces doses sont bien tolérées. Pour assurer les résultats, il convient en général de prolonger le traitement : injections de vingt centigrammes par séries de huit à dix séparées par huit à dix jours de repos.

Doses fortes. — *Contre les coliques de plomb*, on donnera d'emblée *quarante à cinquante centigrammes*, réparties *en doses successives* de 15 à 20 centigrammes à dix minutes d'intervalle et en se guidant sur les réactions du malade. L'effet obtenu, on attendra le retour du syndrome douloureux pour renouveler les injections,

Toxicité. — L'emploi de ces doses montre qu'en dépit de son activité, l'acétylcholine est beaucoup moins toxique que la choline qui, avec d'autres produits de décomposition semble l'origine des accidents observés avec l'acétylcholine, dans bien des cas tout au moins. Il convient cependant toujours d'agir avec prudence au début du traitement.

Il faut éviter une chute de tension trop marquée et une bradycardie trop accentuée qui marquent le début de l'intoxication.

A petite dose, l'acétycholine est rapidement détruite dans le sang; à dose plus élevée, elle s'élimine rapidement par le rein.

Chez l'animal, la mort survient par bradycardie et arrêt du cœur. L'équivalent des doses mortelles permet d'évaluer pour l'homme de 60 kilogrammes la dose mortelle, à 6 grammes environ, donc bien au delà des doses thérapeutiques. Il y a ainsi une marge qui permet d'espérer que l'acétylcholine aura dans l'avenir sa place parmi les médicaments de la pratique usuelle.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 21 juin 1929)

Grand abcès du poumon à pneumobacille de Friedlander. — MM. A. Lemierre et Maurice Rudolf rapportent l'histoire d'un grand abcès du poumon à pneumobacille de Friedlander qui, après une évolution insidieuse, se traduisit par des signes stéthoscopiques de pneumothorax. Le malade succomba dans l'adynamie. L'autopsie montra un énorme anévrisme de l'aorte demeuré silencieux. Les auteurs estiment que, quand l'état général du patient le permet, l'intervention chirurgicale doit être tentée. Le pneumobacille, malgré sa vitalité exubérante et son pouvoir nécrotique extrême, ayant terminé sa marche envahissante, l'incision et le drainage de la collection circonscrite produite peut conduire à la guérison.

Typhobacillose avec érythème polymorphe. Guérison absolue datant de neuf ans et demi. — M. G. Caussade. Il s'agit d'une femme de trente ans, soignée il y a neuf ans et

demi pour une typhobacillose avec érythème polymorphe (érythème noueux et placards érythémateux), hyperthermie (39-40), et suivi de troubles généraux (délire d'action, confusion mentale) et de troubles locaux (cécité et surdité passagères sans aucune lésion des appareils de la vision et de l'audition, ni aucune modification du liquide céphalo-rachidien). Durée : trois mois. Pendant la convalescence, une intradermoréaction reproduisit un érythème noueux typique; et seul persistait alors un léger voile au sommet gauche du poumon. Un an et demi après, il était à peine visible.

La guérison absolue et même définitive de cette forme aiguë de tuberculose est assez rare. D'autre part, le cas présent répond bien à la typhobacillose de Landouzy (aucun foyer tuberculeux constaté ni avant ni après).

Présentation d'une enfant de vingt mois atteinte d'aphasie complète. — M. Variot insiste sur la discordance entre le centre de perception des sons et le centre conducteur des mouvements de l'articulation de sons. Cette discordance est en rapport avec des troubles de la dentition.

Hydarthrose périodique. Guérison par le tartrate d'ergotamine. — M. R. Weismann-Netter. Femme atteinte d'hydarthrose périodique à cycle de dix jours ayant évolué sans interruption depuis 1926. Quelques injections sous-cutanées de tartrate d'ergotamine ont amené en janvier 1928 une guérison complète qui s'est maintenue depuis.

Rhumatisme chronique déformant atypique. Impotence fonctionnelle presque complète depuis un an. Amélioration remarquable après avulsions dentaires multiples. — MM. P. Weil, Weismann-Netter et Oumansky présentent une femme de quarante-huit ans chez qui le rhumatisme a débuté il y a deux ans par une hydarthrose brusque et persistante du genou gauche. Puis apparaissent des déformations du genou droit, des tibio-tarsiennes, enfin des doigts, des poignets, des coudes. L'impotence fonctionnelle est à peu près complète depuis un an. L'attention ayant été attirée sur l'état déplorable de la dentition, et aucune autre cause de rhumatisme chronique ne pouvant être invoquée avec certitude, on procède à l'ablation des dents. Celle-ci amène en quelques jours une amélioration considérable.

Infantilisme hypophysaire avec syndrome adiposo-génital par tumeur de la poche de Rathke. — MM. Georges Guillain et J. Decourt présentent un malade de dix-sept ans chez lequel s'est développé, à l'âge de douze ans, un syndrome d'hypertension intracranienne, avec baisse progressive de la vision, ayant abouti à une cécité complète. Lorsque ce malade a été amené à la Salpêtrière, on constatait une atrophie optique complète, une mydriase avec inertie pupillaire, un nystagmus amaurotique. Ce jeune homme présente un syndrome adiposo-génital typique avec infantilisme et féminisme, sa taille est de 1m37. La radiographie montre une augmentation notable de la largeur et de la profondeur de la selle turcique avec résorption des apophyses clinoïdes postérieures ; on constate, en outre, de petites taches intra et sus-sellaires caractéristiques des tumeurs de la poche de Rathke. Une intervention aurait été conseillée à ce malade s'il n'était venu à la Salpêtrière complètement aveugle; cette perte définitive de la vision a paru une raison suffisante pour ne pas envisager une intervention éventuellement grave dont les résultats ne pouvaient être utiles.

Abcès du cerveau ayant simulé une encéphalite léthargique. — MM. Georges Guillain, J. Périsson et Ivan Bertrand rapportent l'observation d'un malade de vingt-deux ans qui, ayant présenté un état fébrile, des algies, du ptosis, de la diplopie, de la léthargie et de la somnolence, fut envoyé à la Salpêtrière avec le diagnostic d'encéphalite léthargique. L'autopsie montra un abcès de la pointe du lobe temporal droit. Les auteurs insistent sur ce fait que la température est souvent normale dans les abcès du cerveau, que la leucocytose sanguine manque souvent. La bradycardie, l'amaigrissement rapide, la stase papillaire, les modifications du liquide céphalo-rachidien caractérisées par l'hypertension, l'hypercytose, les perturbations de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal leur paraissant des signes particulièrement importants.

Sur la bradycardie ictérique. Etude expérimentale. — MM. Léon Binet et L. Perlès rapportent le résultat de leurs expériences poursuivies sur le cœur du chien, laissé en place et exploré par la méthode dite de suspension et sur le cœur d'escargot isolé du reste du corps et placé dans une solution appropriée. Le cœur de chien n'est pas insensible aux sels biliaires qui peuvent déterminer, ou de la bradycardie simple ou de la bradycardie avec extrasystoles, ou la mort du cœur avec fibrillation ventriculaire, mais ces réactions ne s'observent qu'avec des doses élevées de sels biliaires.

Etude de sutures dans l'acromégalie. — MM. Apert et F. Regnault.

Les facteurs extrarénaux de la diurèse par les composés mercuriels. — MM. Loeper et Duron insistent sur l'action de composés mercuriels sur le foie.

Les variations de l'équilibre protéique du sang dans l'hyperthyroïdisme. — MM. Loeper, Lemaire et de Sèze ont pratiqué une série de recherches cliniques et expérimentales prouvant d'une façon péremptoire qu'un rôle important est dévolu à la glande thyroïde dans le métabolisme des albumines humorales : 1° Le sang des malades atteints de maladie de Basedow contient une quantité de sérine anormalement élevée par rapport à la quantité de globuline qui est abaissée : on sait que l'on a observé une modification en sens inverse chez les hypothyroïdiens; 2° L'injection sous-cutanée de thyroxine, chez l'animal comme chez l'homme, détermine une élévation du taux de la sérine dans le sang; 3° L'ablation chirurgicale du corps thyroïde chez les basedowiens abaisse le taux de la sérine; 4° Le corps thyroïde, enfin, contient une quantité d'albumines — mucine, sérine, globuline — plus élevée qu'aucun autre organe. Toutes ces constatations s'accordent pour démontrer l'existence d'une fonction « protéinocrasique » de la glande thyroïde.

S'il est certain qu'un véritable « brassage » des albumines s'effectue au sein de la glande thyroïde, il est plus malaisé de dire en quoi consiste exactement cette transformation. Des recherches actuellement en cours et portant sur l'examen qualitatif et quantitatif du sang à l'entrée et à la sortie du corps thyroïde, nous fixeront prochainement sur ce point.

Maladie de Hodgkin et tuberculose. Tuberculisation du cobaye par inoculation d'un ganglion lympho-granulomateux. — M. Pierre Merle (d'Amiens). Les observations d'inoculation positive de ganglions lympho-granulomateux, plus nombreux à l'étranger, sont encore rares en France. La pathogénie de la maladie de Hodgkin est actuellement très discutée. Le microbisme ganglionnaire latent tuberculeux reconnu comme fréquent, la possibilité d'une contamination secondaire, la maladie de Hodgkin créant peut-être un terrain favorable obligent de grandes réserves. Cependant la plupart des auteurs considèrent la maladie de Hodgkin plutôt comme inflammatoire que néoplasique, et beaucoup d'observations sont comme la nôtre en faveur de l'infection tuberculeuse.

Hypochlorémie au cours d'une néphrite chronique avec azotémie. Accentuation de l'azotémie avec rechloruration. — MM. A. Lemierre, R. Thurel et Maurice Rudolf rapportent l'observation d'un homme atteint de néphrite chronique qui a présenté, en même temps qu'un taux d'urée sanguine à 1g11, un taux de chlore plasmatique à 2g48. L'hypochlorémie semble ne pas être exceptionnelle à la phase terminale des néphrites chroniques avec azotémie. Mais même

lorsque le chlore plasmatique tombe au-dessous de 2g80 p. 1.000, on ne peut guère compter faire tomber le chiffre de l'urée sanguine en administrant au malade du chlorure de sodium, soit par voie digestive, soit au moyen d'injections sous-cutanées ou intraveineuses. Cette administration de sel peut améliorer temporairement l'état général, mais elle n'exerce pas sur la rétention azotée l'action favorable qu'on a notée dans certaines azotémies aiguës.

Détermination du rôle de l'ion chloré dans l'hypertension et l'azotémie à l'aide de mesures physico-chimiques. — MM. Pr. Merklen et J. Chaumerliac ont étudié un cas d'hypertension, un cas d'azotémie aiguë, un cas d'azotémie chronique, en y dosant en particulier le chlore plasmatique et la réserve alcaline et en y mesurant la conductivité et le degré de dissociation. Dans l'hypertension ils ont noté une forte élévation du degré de dissociation avec chlorémie un peu au-dessus de la normale; conductivité assez faible. La quantité d'ions relativement basse dans ces conditions montre que l'ion chloré ne joue en l'espèce qu'un rôle de second plan. Dans l'azotémie aiguë, l'élévation du degré de dissociation est en rapport avec la chute de la réserve, car la diminution des bicarbonates, électrolytes très dissociables, permet l'augmentation de la dissociation des molécules de NaCl.

Considérations sur un cas de sténose pylorique syphilitique. — MM. Dimitresco et Stéfanión. Chez un homme de trente-sept ans présentant des signes de sténose pylorique avec anachlorhydrie, l'existence d'une aortite, une réaction de Bordet-Wassermann positive font instituer un traitement spécifique. Disparition totale des signes subjectifs, de la stase, de l'anachlorhydrie, mais l'image radiologique n'est pas modifiée.

Sécrétion gastrique provoquée par simple présence d'une sonde d'Einhorn dans les voies digestives. L'excitation qui déclanche le réflexe sécrétoire paraît se produire au niveau du pharynx. — MM. Ch. Garin, Roger Froment, Anic et Delorme (de Lyon) insistent sur le fait que la simple présence d'une sonde dans les voies digestives provoque presque constamment une sécrétion gastrique caractérisée par une augmentation parfois considérable de l'acidité gastrique. En effet, les deux sujets qu'ils ont examinés, et chez qui la sonde n'a pas provoqué de sécrétion, présentaient une anesthésie manifeste du voile du palais, et, dans un cas, du pharynx. En outre, la cocaïnisation prolongée de ces régions retarde et parfois même semble empêcher la sécrétion.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 15 mars 1929)

Un cas de tuberculose isolée des ganglions mésentériques. — M. Planson, intervenant pour une appendicite chronique trouva à la terminaison du mésentère, dans l'angle iléo-colique un paquet de trois ganglions caséeux gros comme une noix; ablation sans incident. L'auteur insiste sur l'importance d'enlever ces ganglions quand on en rencontre au cours des interventions afin de mettre le malade à l'abri de complications abdominales possibles et graves.

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — M. Sejournet. Par suite d'une erreur de diagnostic, un kyste dermoïde de l'ovaire fut traité par la radiothérapie. La malade fut opérée ultérieurement et l'auteur constata des adhérences entre le kyste et l'ombilic.

M. Bonneau communique l'observation d'une malade qui, pour un fibrome utérin saignant, reçut en dix mois vingt-cinq séances de radiothérapie. Une hystérectomie enfin acceptée montra que le fibrome n'avait pas été influencé heureusement par les rayons X, et qu'il existait un début de dégénérescence cancéreuse du corps utérin.

Revitalisation par sympathicectomie chimique des glandes sexuelles. — M. V. Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Doppler (de Vienne). Chez des malades précocement séniles, Doppler accroît le fonctionnement des glandes à sécrétion interne (testicules et ovaires) par la destruction chimique des filets du sympathique au moyen d'une solution de phénol à 6 ou 7 p. 100. La glande est scarifiée puis frictionnée avec la solution. Cette opération est faite soit accessoirement au cours d'autres interventions (cure de hernie, hystéropexie, appendicectomie, etc.) soit directement dans le seul but de revitaliser le sujet. L'auteur dont les premières observations remontent à plusieurs années, obtient d'excellents résultats durables.

Fracture du bassin. Rupture de la vessie par éclatement. Intervention d'urgence. Guérison. — M. Lutaud fait un rapport sur cette observation de M. Duval (du Havre). Jeune homme de vingt-quatre ans ayant eu un gros traumatisme du bassin. L'auteur voit le malade quatre heures après, constate une fracture du bassin et, se basant sur la contracture abdominale, opère d'urgence. Il trouve une rupture de la vessie. Cystostomie. Guérison.

Tentative de traitement chirurgical de la méningo-encéphalite traumatique. — M. Peugniez, dans un cas, a pratiqué drainage sous-arachnoïdien en trépanant la lame de la IVe vertèbre lombaire. L'opération faite *in extremis* n'a pu sauver le malade; mais l'auteur estime que, faite précocement, cette opération doit donner les mêmes succès que le drainage abdominal dans les infections du péritoine.

Abcès extradural d'origine auriculaire sans otite en évolution. — M. Gasne communique l'observation suivante. Un enfant sujet à des poussées inflammatoires du rhino-pharynx fait une otite bi-latérale : paracentèse des deux tympans. Dix-huit mois après, sans aucun trouble de l'audition ni douleur auriculaire, abcès extradural au niveau de l'astérion. L'examen de l'oreille fait à ce moment est négatif et la paracentèse du tympan ne donne issue à aucun liquide. L'auteur pense que l'infection ancienne s'est réveillée en un point limité sans que les grandes cavités de la caisse et de la mastoïde aient été de nouveau atteintes elles-mêmes.

Fracture engrenée du col du fémur. — M. Brodier communique l'observation d'une femme de soixante ans qui, dix-sept jours après une chute, ressent, en montant en wagon, une douleur vive au niveau de la hanche et ne peut plus marcher. La radiographie montre une fracture transcervicale du col fémoral qui s'était désengrenée.

Torsion de la trompe de Fallope. — M. Haller communique l'observation d'une femme de vingt-quatre ans chez laquelle l'intervention fut décidée pour des phénomènes péritonéaux dus à une tumeur kystique qu'on croyait être un kyste de l'ovaire tordu. L'opération montra une trompe de Fallope droite, ayant le volume et l'aspect d'une aubergine, tordue trois fois et demie autour de son pédicule et constitué par la portion isthmique de la trompe. La coexistence d'une salpingo-ovarite kystique gauche permet de penser qu'il s'est agi de la torsion d'un hydro-salpinx pré-existant.

Quelques indications de l'hystérectomie vaginale. — M. Pauchet communique les observations de deux malades obèses, à myocarde faible, chez lesquelles il fit des hystérectomies vaginales, l'une pour fibrome, l'autre pour cancer du col. Il insiste sur quelques indications de cette opération.

Un cas de tuberculose annexielle et appendiculaire. — M. Muller (de Belfort) communique cette observation. Femme de vingt-cinq ans souffrant de l'abdomen depuis cinq ans; amaigrissement. A l'opération, adhérences multiples;

hystérectomie sub-totale; appendicectomie. L'examen histologique montre des lésions caractéristiques de la tuberculose.

Encercleur contentif pour chirurgie plastique mammaire. — M. DARTIGUES présente cet instrument nouveau qui facilite l'incision circulaire de la région aréolo-mammelonnaire.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement des maladies nerveuses en clientèle (1), par L. NEUBERGER.

La neurologie a souvent paru garder un peu du mystère qui l'entourait avant les travaux des grands neurologistes des récentes générations médicales. Bien des points sont moins ténébreux et la pratique courante peut s'en féliciter tant il est d'occasions où la clinique et la thérapeutique spéciales ont à s'exercer.

L'auteur a réussi à familiariser le praticien avec une spécialité à laquelle ces dernières années ont beaucoup apporté. Il a réuni dans chaque chapitre une brève description clinique préliminaire et un substantiel paragraphe thérapeutique. Traitement préventif, traitement symptomatique ou étiologique, soins consécutifs y sont envisagés successivement et avec détail. Les affections encéphaliques et médullaires, celles des nerfs périphériques, du sympathique et les principaux syndromes sont tour à tour passés en revue et chaque chapitre est enrichi d'un abondant formulaire.

Précieuse mise au point de thérapeutique clinique qui réunit les qualités du manuel aux avantages du formulaire.

L. BABONNEIX.

(1) Paris 1928, Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 9 juillet. — Jury : MM. Nobécourt, président; Lereboullet, Gougerot et Tanon. — M. RODRIGUE. Etude des accidents dus aux phénylarsinates pris par voie buccale. — M. TROLARD. Etude du traitement du lichen plan et de certaines dermatoses par la radiothérapie rachidienne. — M. SYLVESTRE. Etude de la cholestérinémie chez l'enfant. — M. DUPÉ. Broncho-pneumonies infantiles et sérum antidiphtérique. — M. LOUVEL. Thérapeutique abortive de la phlegmatia alba dolens. — M. THOUVENEL. Remarques sur l'exploration fonctionnelle du cœur et des poumons chez les écoliers. — M. DOUVRY. Etude du traitement de l'asthme infantile par les agents physiques (rayons ultraviolets, rayons X). — M. DESCHAMPS. Considérations sur l'alimentation des nourrissons. — M. DAUBAN DE SILHOUETTE. Le syndrome pleuro-pulmonaire dans les hépatites amibiennes. — M. BLOCH. La peste en Tunisie.

Jury : MM. Teissier, président; Balthazard, Rathery et Duvoir. — M. VILLIÈRE. L'insulino-résistance dans le diabète.

Mercredi 10 juillet. — Jury : MM. Delbet, président; Gosset, Ombrédanne et Alglave. — M. BUISSON. Traitement des ulcères chroniques de la jambe par la vaccinothérapie. — M. CAILLAUD. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — M. GOLSPIEGEL. Etude clinique de la dysménorrhée. — M. SUSTENDAL. Contribution à l'ostéosynthèse. Action mécanique des lames et des cercles. Leur utilité. — M. FERRIÈRE. Transplantation du moyen fessier. Traitement de la coxa vara. — M. LALLEMENT. Les cicatrisations vicieuses des plaies opéra-

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE



Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons: Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE-ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME-DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours. INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour. Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg. 0,015). Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Établts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR ; par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL
liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROÏDINE 0gr25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

toires mastoïdiennes et leur traitement. — M. ROLLET DU COUDRAY. Adénites sous-trapéziennes.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sébileau, président; Bresson et Coquot. — M. BRIAUDET. Les différents procédés de ventriculectomie.

Jeudi 11 juillet. — Jury : MM. Bezançon, président; Villaret, Aubertin et Olivier. — M. BARDIN. Etude de l'action des rayons X sur les polyglobulies. — M. FAROUK. Sur un cas d'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple. — M. GOLIGER. Etude des formes curables du tétanos puerpéral. — M. HAHN. La bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

Vendredi 12 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Bresson et Dechambre. — M. LAVOT. Mesure des angles articulaires chez les trotteurs de grande classe.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PYÉLONÉPHRITES A COLIBACILLES

CAUSES, SIGNES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

C'est l'une des affections les plus souvent observées en clinique. C'est dire l'intérêt de son diagnostic qui doit poursuivre un double but :

1. Localiser au rein l'infection et faire la preuve de sa nature colibacillaire;

2. Chercher la *cause* de cette atteinte rénale pour la traiter ensuite.

ETIOLOGIE

Cette cause est variable. *Deux grandes voies d'accès* sont offertes au microbe pour se localiser au rein :

1. **La voie ascendante** : et cela se voit chez les *urinaires rétentionnistes*, soit qu'il s'agisse d'un rétréci, d'un prostatique, d'un malade atteint de cancer vésical, ou ayant de la rétention d'urine d'origine *médullaire*, au cours d'un Pott, d'une myélite, d'une fracture du rachis.

2. **La voie sanguine** : et cela se voit surtout chez des *constipés chroniques*, ou chez des malades atteints d'infection intestinale chronique. En médecine, il est très fréquent d'observer de ces malades atteints de SYNDROME ENTÉRO-RÉNAL et venant consulter pour des troubles variés dans lesquels le rein donne sa note.

TROIS ÉTAPES sont suivies par le microbe pour réaliser la pyélonéphrite :

a. *Etape intestinale* due à la *stase chronique*, à la *colite*, l'*appendicite* qui en résultent, aux insuffisances glandulaires.

b. *Etape sanguine*, mais la bactériémie est si intermittente qu'il ne faut pas s'attendre à trouver une hémoculture positive.

c. *Etape rénale*. Le rein est finalement atteint, et il faut noter la fréquence de l'*atteinte vésiculaire simultanée*.

La pyélonéphrite gravidique, très importante, relèverait à la fois d'une cause :

1. Mécanique, par compression urétérale;

2. Infectieuse, le coli d'origine intestinale donnant une pyélonéphrite aussi bien qu'une cholécystite ou même une appendicite.

SYMPTOMES

Deux formes qui peuvent se succéder : aiguë, chronique.

1° **Aiguë**. — Deux phases : présuppurative, suppurative.

Début. — 1. PHASE PRÉSUPPURATIVE. — L'affection a souvent un début *brusque* par de grands frissons, fièvre à 40 degrés, vomissements, diarrhée, céphalée, courbature et prostration. Au milieu de ce tableau *septicémique*, la note rénale est déjà donnée par :

a. La douleur lombaire;

b. L'*aspect opalescent des urines*, soit au repos, soit après agitation qui fait apparaître des *ondes moirées*;

c. L'existence de *bactériurie sans pyurie*.

Il est exceptionnel d'observer des formes suraiguës, mortelles en quelques jours. Dans la règle, l'affection évolue vers la

2. PHASE SUPPURATIVE, caractérisée par :

— *Sédation* des signes généraux;

— *Pyurie*, avec dépôt purulent au fond du bocal d'urines et globules de pus et coli au microscope (culot);

— *Pollakiurie nocturne*;

— *Polyurie trouble*;

— L'examen physique montre un gros rein douloureux et des *points urétéraux unilatéraux*.

Evolution. — Grâce au traitement médical, elle se fait en général vers la *guérison* en deux à trois semaines. Cette guérison n'est souvent qu'apparente : la *pyurie persiste* et les *rechutes* sont la règle.

Parfois, des complications (pyonéphrose, périnéphrite suppurée) viennent forcer la main au chirurgien.

2° **Chronique**. — **Début.** — Soit *secondaire* à une phase aiguë;

Soit *insidieux* et en apparence *primitif*.

Etat. — SIGNES FONCTIONNELS. — Le malade vient consulter pour des :

Douleurs à type néphrétique, cystalgique ou abdominal, égarant le diagnostic;

Pollakiurie;

Signes généraux et digestifs.

Examen. — *a.* LES URINES. — *Polyurie dont le trouble est uniforme et persistant au repos.* — Chez un tel malade, il faut toujours recueillir de l'urine par sondage et l'examiner au *laboratoire* : on y trouve du pus et du colibacille dont on vérifie la nature par des cultures.

L'albuminurie de 2 à 3 grammes est fréquente avec parfois hématurie.

b. LE REIN est gros et douloureux. Et la pression réveille la douleur aux

c. POINTS URÉTÉRAUX d'un côté : points sous-costal, paraombilical, sus-intraépineux et urétéral inférieur, ce dernier réveillé par le *toucher rectal* chez l'homme, *vaginal* chez la femme. Cet examen qu'*on ne manquera jamais de pratiquer* provoque le *réflexe urétéro-vésical* avec envie impérieuse d'uriner.

Evolution. — Si le malade est convenablement traité, l'amélioration est progressive et l'état général vite longtemps bon. Sinon, on peut voir s'installer :

1. L'ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — Faire un rapide tableau de l'urinaire amaigri, au teint terreux, avec haleine fétide et troubles digestifs (Guyon).

2. LA PYONÉPHROSE due à la rétention consécutive à l'obstruction. Tout d'abord, elle évolue par *crises de rétention purulente* avec douleur, gros rein, allure pseudo-palustre et urines claires, suivies d'une sédation et d'une débâcle purulente.

Finalement, la rétention est définitive. C'est la grande suppuration que dicte *néphrostomie ou nephrectomie* pour éviter des accidents graves : abcès périrénal, abcès du psoas, cachexie, etc. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes.

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.
Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).
Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

Ogr 30 par Capsule

CÈDRE DU MAROC

CED-ROC

HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRESYL-JEYES

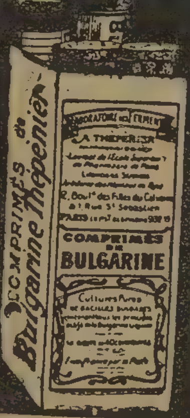
EXIGER BIEN LE " JEYES
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE
THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

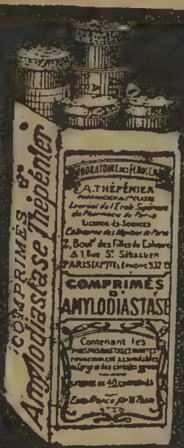
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase
THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

N° 56. — SAMEDI 13 JUILLET 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 13 JUILLET 1929. — N° 56.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du clinicat.* — Sont proposés :

Clinique médicale infantile : M. Martin (René); adjoint : M. Kaplan.

Maladies de la première enfance : MM. Gournay et Chabrun.

Maladies infantiles : MM. Le Clerc, Georges; adjoints : MM. Garnier, Bourgeois (J.).

Maladies nerveuses : MM. Mollaret (Pierre) et Jonesco.

Clinique ophtalmologique : M. Veil (Prosper); adjoints : MM. Hudelo et Dollfus.

Clinique médicale de la Pitié : MM. Justin-Besançon et Azerad.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Boltanski, Lenormand et Delafontaine.

Bourses de doctorat. — Le concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu le samedi 20 juillet 1929.

Le registre d'inscriptions sera clos le samedi 13 juillet, à 16 h.

Pour les pièces à fournir s'adresser à la Faculté de médecine, guichet n° 1.

— Lille. — La chaire de thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante. (*J. O.*, 9 juillet 1929.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le mercredi 15 janvier 1930 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 8 juillet 1929, M. le docteur Marcel Léger, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des bactériologistes), en remplacement de M. le professeur Nattan-Larrier, nommé membre de cette assemblée. (*J. O.*, 10 juillet 1929.)

LÉGION D'HONNEUR. — Troupes coloniales (active) :

Est élevé à la dignité de grand'croix. — M. Lasnet, médecin général inspecteur.

[C'est la première fois qu'un médecin militaire en activité reçoit le grand cordon de la Légion d'honneur. Les médecins qui ont été élevés à la même dignité sont d'ailleurs rares, ce furent Pasteur, Bouchard, l'an dernier M. Calmette. Rappelons que Dominique Larrey ne fut que commandeur (on disait alors commandant) de la Légion d'honneur.]

Guerre (active). — Sont nommés :

Au grade de commandeur. — MM. les médecins généraux inrpecteurs Meyer, directeur du Service de santé du 19e corps d'armée; Dopter, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris.

M. le médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

M. le médecin général Houillon, directeur du Service de santé de l'Afrique occidentale française.

M. le médecin colonel Mathieu, médecin chef de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux.

Au grade d'officier. — MM. Julien-Laferrière, Legendre,

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

Grenier de Cardenal, Pelegrin, Long, Weitzel, Bumat, Donier, de Furst, Roussel, Péchine, Barailhe, Simoni, Mettoz.

Troupes coloniales (active) : MM. Lamoureux, Garrot, Lacroix, Reyneau.

Guerre (active) :

Au grade de chevalier. — MM. Schell, Desplats, Josserand, Ben Aouda, Monestier, Bouchard, Niel, Sabrie, Dario, Millet, Escalier, Leguay, Villain, Seilhan, Salvetti, Fontaine, Marchand, Garrigues, Haultcœur, de Courrèges, Faure, Le Berre, Dalidet, Dumont, Peytraud, Didier, Chopin, Brouard, Varnier, Crozes.

Troupes coloniales (active) : MM. Delassiat, de Monti-Rossi, Toubert, Jeansotte, Bernier, Bajolet.

Marine. — M. le médecin en chef de 1re classe Viguier est promu au grade de médecin général de 2e classe.

Journées médicales d'Évian-les-Bains (14-16 septembre 1929), sous la présidence de M. le professeur Carnot. — **Programme scientifique.** — *Samedi 14.* : après-midi : Conférences sur les *Azotémies*, par M. Lemierre, professeur à la Faculté de Paris, et M. Roch, professeur à la Faculté de Genève. — Communications sur les *Azotémies*.

Dimanche 15. — Matinée : Conférences sur l'*Hypertension artérielle*, par MM. Laubry, médecin de l'hôpital Broussais, Pic, professeur de clinique à la Faculté de Lyon, M. Halls Dally, de Londres. — Après-midi : Communications sur l'*Hypertension*.

A l'occasion des Journées, la Société d'Evian-Cachat offrira aux congressistes le samedi une soirée de gala au Casino et un banquet le dimanche, à 13 h. Pour les dames congressistes, des promenades et des réunions seront organisées.

Les médecins français et étrangers et leurs femmes seront les invités de la Société Evian-Cachat du samedi matin au dimanche soir, mais ils pourront arriver à Evian dès le 11 septembre et y séjourner jusqu'au 20. Ils seront logés gratuitement et n'auront que leurs repas à payer (20 à 25 fr. suivant l'hôtel). Il reste entendu que quel que soit l'hôtel où ils seront descendus, la période du 14 matin au 15 soir ne leur sera pas comptée.

Les congressistes qui, en dehors des Journées voudront faire un plus long séjour, trouveront dans tous les hôtels d'Evian des conditions très avantageuses.

A partir du 11 septembre, les Compagnies françaises de chemins de fer ont accordé le demi-tarif aux congressistes.

Des excursions seront organisées les 16, 17 et 18 septembre.

La cotisation est fixée à 25 fr. par personne.

Renseignements complémentaires et inscriptions : secrétariat des Journées médicales d'Evian, 21, rue de Londres.

Dernier délai pour les inscriptions : 1er août 1929.

Les confrères qui désirent faire des communications sur l'un des deux sujets à l'ordre du jour sont priés de s'inscrire dès maintenant.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Rebillard (du Creusot), Albert Georgelet (de Neuilly-sur-Seine), Georges Marx (de Paris), Paul Parisot, décédé accidentellement à Nancy; S. Korb (de Nantes), F. Guillou (de Saint-Philbert-de-Granlieu).

30 Km. NORD PARIS
PROPRIÉTÉ BORDÉE
par petite rivière. — JOLIE VUE
Maison 15 pièces, confort, garage,
contenance 4 hectares environ, A VENDRE.
S'ad. MM. Bernheim, 23, rue Arcade, Paris.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS.

Paris, le 4 juillet 1929.

Lettre ouverte à M. le Ministre de l'Instruction publique.

Monsieur le Ministre,

Le Comité de l'association corporative des étudiants en médecine de Paris, ému par l'annonce du dépôt au Conseil supérieur de l'Instruction publique d'*un projet de décret concernant l'octroi d'équivalences du baccalauréat aux étudiants étrangers naturalisés français*, s'adresse à vous pour lui exposer son point de vue en la matière.

Monsieur le Ministre, notre Association, dont le but essentiel est la défense des intérêts matériels et moraux des étudiants en médecine, ne peut rester indifférente à ce projet et se permet de vous adresser à ce sujet sa protestation la plus vive.

Le diplôme d'état de docteur en médecine est le seul qui permette au médecin d'exercer la médecine en France, et le *baccalauréat français est exigé pour les postulants à ce diplôme d'état.*

Si l'on dispense de cet examen de fin d'études secondaires françaises, les étrangers naturalisés, une très grosse proportion d'étrangers s'empressera de bénéficier de cette faveur, la naturalisation étant plus simple à obtenir que le baccalauréat pour ces étudiants.

Par ailleurs les étudiants étrangers qui se feraient naturaliser après trente ans, c'est-à-dire peu de temps après la fin de leurs études, seraient ainsi dispensés de leur service militaire actif, ce qui les mettrait au point de vue de la pratique médicale, dans une situation privilégiée vis-à-vis des jeunes médecins français, obligés de satisfaire aux exigences de la loi sur le recrutement.

Pour nous résumer, Monsieur le Ministre, cette mesure que nous estimons regrettable aboutirait aux résultats suivants :

1° *Augmenter considérablement le nombre déjà fort élevé des médecins exerçant en France.*

2° *Introduire dans le corps médical des médecins d'une culture générale inférieure à la culture française.*

3° *Accorder aux étudiants étrangers, déjà favorisés par la sollicitude du Gouvernement français, des avantages qui viendront accroître les difficultés matérielles, déjà considérables, qu'ont à surmonter nos camarades français.*

Monsieur le Ministre, nous plaçant au double point de vue de la *défense professionnelle des étudiants en médecine français et du maintien de la culture générale des médecins* exerçant en France, nous faisons appel à votre haute autorité pour qu'elle s'oppose à une mesure particulièrement néfaste à la Médecine française, qui doit être sous votre sauvegarde.

Comptant sur votre appui et sur votre haute compréhension des intérêts que nous défendons, nous prions votre Excellence, d'agréer l'expression de nos sentiments respectueusement dévoués.

Le Comité de l'Association corporative.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
Laboratoires : 3, Quai aux Fleurs. — Paris.

BISMUTH TULASNE
PANSEMENT GASTRIQUE AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH
INNOCUITÉ ABSOLUE
Laboratoires BAUDRY, 68, Bd Malesherbes, Paris.

Hémostyl
Dü Dr. ROUSSEL
Anémies Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc. de Sérum pur
A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval : HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature
97, rue de Vaugirard, PARIS-6

R. C., 18.000, Seine.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX

GÉLOTANIN

TANNATE DE GÉLATINE

NOURRISSONS & ENFANTS : *Paquets de 0 gr. 25. De 3 à 6 Paquets par jour, à diviser dans le lait ou dans les aliments habituels.*
ADULTES : *Cachets de 0 gr. 50. 4 à 8 Cachets par jour à prendre soit au commencement, soit au milieu, soit à la fin des Repas.*

LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile-Gautier, PARIS (16e)
Téléph : AUTEUIL 44-09

CHOAY

Langlois

REVUE GÉNÉRALE

LA FORME HÉMIALGIQUE DU SYNDROME THALAMIQUE

Par MM. Jean LHERMITTE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
et Lucien CORNIL,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy,
Chargé du cours de neurologie.

Depuis les travaux fondamentaux de Déjerine et Long (1), de Gustave Roussy (2) dont la remarquable thèse fait époque, nous connaissons aujourd'hui l'importance primordiale de la couche optique dans l'intégration des sensibilités conscientes. Mais si le syndrome thalamique encore appelé très justement « syndrome de Déjerine-Roussy », est aujourd'hui rigoureusement déterminé dans sa forme la plus complète et la plus expressive, ce n'est que depuis peu que l'on s'est efforcé de préciser les modalités anormales de ce complexus anatomo-clinique et que l'on s'est appliqué à dépister la note thalamique, soit parmi des éléments mêlés et complexes, soit à titre d'expression symptomatique fruste.

Dans sa forme la plus pure et la plus complète, le syndrome de la couche optique, syndrome qui est en rapport avec la destruction plus ou moins massive de la partie postérieure de ce ganglion, on constate on le sait, trois ordres de phénomènes. Tout d'abord des perturbations de la sensibilité caractérisées par une hémianesthésie persistante plus ou moins accusée pour les sensibilités superficielles, mais toujours très prononcée pour les sensibilités profondes, des douleurs diffuses du côté opposé à la couche optique lésée, persistantes, intolérables, rebelles à toute thérapeutique anti-algique, puis des phénomènes moteurs qui se traduisent par l'hémi-ataxie des membres inférieurs et supérieurs frappés d'anesthésie; enfin, quelquefois, par des mouvements involontaires à type choréo-athétosique.

Dans plusieurs travaux antérieurs, l'un de nous [Lhermitte (3)] a essayé d'esquisser aussi exactement que possible, la physionomie clinique de certains syndromes thalamiques dissociés ou frustes en montrant que, fréquemment, le retentissement clinique de la lésion thalamique n'affecte pas un éclat aussi saisissant que celui dont s'entoure le syndrome thalamique type, tel que l'ont décrit Déjerine et ses collaborateurs et plus particulièrement G. Roussy. L'un de nous a montré, par exemple, que si les lésions destructives de la partie postérieure de la couche optique donnent lieu très souvent à des douleurs spéciales d'une tenacité désespérante et rebelles à toute médication antialgique, il était d'autres faits, tout opposés aux précédents, dans lesquels toute manifestation douloureuse fait complètement défaut. Cette *forme analgésique* du syndrome thalamique a été retrouvée depuis lors par plusieurs auteurs, et l'on consultera avec fruit sur ce sujet, les thèses qui ont été soutenues en 1925, par André-Pierre Marie (4) d'une part, et M. Hillemand, d'autre part, ainsi que le travail de M. Nicolesco (5).

Tout à l'opposé de la forme analgique que nous venons de rappeler et qui s'accuse par le contraste entre l'intensité des perturbations de la sensibilité objective et l'absence de manifestations douloureuses spontanées, vient s'inscrire une autre modalité symptomatique du syndrome thalamique : la *forme hémialgique* décrite par Lhermitte et C. Fumet, en 1915.

Dans cette forme, les douleurs dont nous avons rappelé la tenacité et la persistance, prennent une coloration affective particulière, qui les fait ressembler aux algies en rapport avec les lésions superficielles de certains nerfs périphériques et que l'on désigne du nom de : causalgie. En outre, et c'est là le caractère primordial de cette variété de syndrome thalamique, les phénomènes douloureux peuvent constituer, pendant de longues années, la seule manifestation saisissante de la désintégration de la couche optique.

Dans le premier cas rapporté par Lhermitte et Fumet et que ces auteurs ont pu suivre pendant quatre années, il s'agissait d'un malade, âgé de soixante-quinze ans, chez lequel apparurent sans cause, des douleurs dans le membre supérieur et inférieur gauches. A l'examen, on ne constatait aucune modification des réflexes tendineux et cutanés; les mouvements volontaires, de même que le tonus musculaire, demeuraient parfaitement normaux. Fait plus curieux encore, les phénomènes algiques ne s'associaient à aucune perturbation objective des fonctions sensitives. Aussi bien les perceptions superficielles que les sensations profondes étaient toujours correctement perçues par le malade.

Après plusieurs années de souffrance que rien, sinon la morphine, ne parvenait à calmer, on assista lentement, progressivement à une modification de l'attitude de la main gauche; les doigts s'amincirent, s'effilèrent, les ongles se couvrirent d'une striation spéciale, enfin et surtout, les premières phalanges se placèrent en flexion forcée, contrastant avec l'extension extrême des phalangines et des phalangettes.

Cette déformation de la main qui s'accusait, surtout sur les trois derniers doigts devint presque irréductible par le développement des rétractions fibrotendineuses.

Ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir, les douleurs dont le malade se disait être l'objet, présentaient une topographie et une coloration affective très particulière. Au point de vue de la topographie, d'abord, il était frappant de voir les douleurs se limiter strictement à la moitié gauche du corps. Cette dimidiation des phénomènes algiques avait tout de suite frappé le sujet et celui-ci dans son langage populaire et imagé, répéta à plusieurs reprises cette phrase qui en dit long : « Coupez le bonhomme en deux, la moitié droite est bonne, la gauche ne vaut rien ». Nous ajouterons que, dans cette observation, les sensations pénibles intéressaient, tout ensemble, les membres et la face, tout en prédominant cependant à l'extrémité distale du bras et de la jambe.

Au point de vue qualitatif, il était plus malaisé de définir le caractère des phénomènes algiques; le malade cherchait à en préciser les conditions, à en déterminer le caractère spécial, mais les mots lui manquaient. Le plus souvent c'est de fourmillements, de picotements, d'engourdissement douloureux, comme lorsqu'on a des fourmis dans un membre, dont le malade parlait. C'est dire que les douleurs ne se localisaient pas au tégument mais semblaient, au contraire, profondes, comme installées dans les parties les plus dissimulées des membres.

Ajoutons enfin, que la piqûre, le pincement de la peau, étaient toujours ressentis douloureusement et que ce malade ne se laissait examiner qu'assez difficilement. Il est à peine besoin de redire que la continuité, la persistance au même étiage des phénomènes douloureux avait retenti singulièrement sur l'activité intellectuelle du malade; l'humeur, le caractère de celui-ci s'étaient profondément modifiés et, à chaque visite, ce malheureux se livrait à des récriminations indéfiniment répétées et portant toujours sur le même thème : l'inefficacité des traitements.

Ce malade succomba à une broncho-pneumonie, cinq ans après le début des phénomènes hémialgiques.

L'étude anatomique fut réalisée par Lhermitte, et celle-ci permit de constater la réalité d'une lésion destructive à caractère progressif et liée aux altérations vasculaires du thalamus du côté droit. La lésion nécrobiotique n'affectait pas une topographie aussi rigoureusement déterminée que les foyers malaciques et hémorragiques qui donnent naissance le plus souvent au syndrome thalamique de Déjerine et Roussy, mais cependant, ainsi que Lhermitte y insistait, la nécrobiose s'étendait surtout à la partie externe du thalamus, ménageant ainsi les noyaux internes et antérieurs pour s'accuser beaucoup plus fortement sur le noyau externe où aboutissent, on le sait, les fibres conductrices des influx sensitifs superficiels et profonds.

L'observation anatomoclinique que nous venons de rappeler dans ses lignes générales est donc le témoignage que certains processus nécrobiotiques peuvent frapper le thalamus et déterminer, dans le noyau externe de ce ganglion, des lésions incapables de provoquer au complet le complexus symptomatique de Déjerine et Roussy, mais susceptibles de se révéler à l'observateur par des phénomènes algiques d'une intensité et d'une coloration affective spéciales.

Depuis la première description de la *forme hémialgique* par Lhermitte et Fumet, ce type clinique a fait l'objet de travaux particulièrement instructifs de la part de Pierre Marie et Boutier (6), de M. André-Pierre Marie, enfin de M. H. Hillemant qui en a rapporté un exemple très démonstratif.

Nous voudrions aujourd'hui, à l'occasion d'un nouvel exemple de la forme hémialgique du syndrome thalamique observé par l'un de nous avec ses collaborateurs Hamant et Mosinger (7), revenir sur certains détails de cette forme clinique particulière, si souvent méconnue et qui nous paraît intéressante à plus d'un titre.

Observation. — Le malade, âgé de cinquante-cinq ans, facteur des postes, est porteur d'un rhinophyma, témoin d'un degré d'éthylisme assez avancé. Rien d'autre dans les antécédents.

Le 14 août 1926, après quelques vertiges précurseurs, le malade fait un ictus avec coma consécutif de trois jours, hémiplégie droite et aphasie. A ce moment le malade ne présentait aucune douleur dans le côté hémiplégié. La motilité et la parole ont été récupérées rapidement, et, deux mois plus tard, il reprenait ses fonctions de facteur. Il resta en bonne santé jusqu'en juin 1928.

Début du syndrome. — A cette date, débutent des phénomènes douloureux intéressant d'abord la plante du pied droit, puis la jambe, la cuisse, la région thoraco-abdominale, la racine du membre supérieur, puis l'extrémité distale du membre supérieur droit, puis le conduit auditif externe, enfin toute l'hémiface droite. En huit jours, le syndrome hémialgique était complet.

Depuis deux mois est apparue une zone douloureuse au niveau des troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux gauches.

Sensibilité subjective. — *A*. Les douleurs spontanées sont continues avec exacerbations paroxystiques. Le malade étant au repos, les crises surviennent le plus souvent l'après-midi, parfois la nuit, empêchant alors le malade de dormir. Les crises n'ont aucun rapport avec la digestion. (On sait, en effet, que les phénomènes vaso-moteurs postprandiaux déterminent souvent l'exacerbation des douleurs sympathiques.)

B. Les phénomènes douloureux sont prononcés surtout à la région thoraco-abdominale postéro-latérale et au conduit auditif externe.

C. Leurs caractères sont extrêmement variés. Tantôt ce sont des fourmillements, des picotements ou des engourdissements, d'autres fois des élancements ou arrachements. Tantôt des vagues de froid traversent les membres, ou, au contraire, il se sent brûlé, comme au fer rouge. Au niveau de la région thoraco-abdominale, il a la sensation d'être serré comme dans un étau. Au *niveau du conduit auditif externe*, il éprouve des brûlures et une sensation semblable — celle d'un tire-bouchon qu'on lui enfoncerait dans l'oreille. Sensation aussi d'arrachement de l'œil.

D. Les douleurs provoquées ne sont pas moins intéressantes à étudier :

1. Mécaniquement on peut déterminer la douleur par le frottement, la pression ou le pincement superficiels. Pas de myalgies.

2. Elle est provoquée aussi *par certains mouvements* :

a. Le malade ressent des fourmillements très intenses en serrant le poing ou en donnant la main.

b. Debout il éprouve les mêmes fourmillements à la plante des pieds, puis dans tout l'hémicôté droit.

c. En marchant, il a la *sensation d'être traversé par un courant électrique* chaque fois que le pied droit touche le sol.

3. La douleur est surtout intense *sous l'action du froid* :

a. Si le malade trempe la main droite dans l'eau froide, il éprouve une brûlure intolérable qui se propage presque instantanément dans tout le côté droit, jusqu'à la pointe des pieds.

b. Si l'on fait tomber quelques gouttes d'eau froide sur le pied droit, elles déterminent une douleur violente, comparée à une brûlure.

4. La piqûre produit des phénomènes douloureux analogues, mais moins généralisées cependant.

a. Si le malade trempe la main dans l'eau chaude, il ressent des fourmillements dont les irradiations ne dépassent pas le membre correspondant.

b. Le tube chaud détermine des réactions douloureuses violentes vers 40 degrés.

Sensibilité objective. — A droite, tous les modes de la

sensibilité superficielle sont diminués. Au dire du malade, cette hypoesthésie existe depuis l'ictus de 1926. Il ne s'agit donc pas d'une véritable hypoalgésie douloureuse. D'ailleurs, au niveau de la zone hyperalgésique gauche, la sensibilité superficielle n'est pas troublée. La stéréognosie est parfaitement conservée, ainsi que le sens des attitudes segmentaires, la pallesthésie et la barесthésie.

MOTILITÉ. — Motilité passive :

On trouve seulement une certaine hypertonie au niveau des extenseurs du pied droit.

La motilité volontaire est peu touchée, le malade a conservé de son ictus une légère parésie du membre inférieur droit, surtout marquée au niveau des trois derniers orteils.

Pas de mouvements choréo-athétosiques, ni ataxie, ni adiadococinésie. Pas de troubles de la coordination. Tremblement menu des doigts d'origine alcoolique.

RÉFLECTIVITÉ. — Les réflexes ostéotendineux sont tous vifs à droite, surtout pour l'achilléen et le médio-plantaire.

Les réflexes plantaires et crémastériens sont plus faibles du même côté. Pas de signe de Babinski.

Pas de troubles trophiques.

Troubles sympathiques.

Les recherches oscillographiques montrent une régulation vaso-motrice mauvaise.

	Max.	Min.	I. O.
1. Au repos :			
Avant-bras droit.......	14,5	9	6
Avant-bras gauche.....	15	10	6
2. Après bain chaud (dix minutes à 40 degrés) :			
Avant-bras droit.......	14	9	11
Avant-bras gauche.....	15	10	8
3. Après bain froid (dix minutes à 10 degrés) :			
Avant-bras droit.......	16	10	6
Avant-bras gauche.....	16	9	6

Les troubles sympathiques se traduisent ensuite par une inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus petite que la pupille droite. Les réactions sont cependant normales à la lumière et à l'accommodation. Le malade présente aussi des bouffées de chaleur et des rougeurs subites atteignant divers territoires du côté droit, surtout au moment des crises douloureuses.

Il présente, en outre, un dermographisme des plus nets. Par le frottement avec une pointe mousse, on fait apparaître une raie rouge de 6 à 7 centimètres de largeur dont le milieu forme une élevure urticarienne persistant pendant plus d'une demi-heure.

Psychisme. — Diminution légère de la mémoire de fixation et du calcul mental. Pas d'aphasie, ni rire ni pleurer spasmodiques. Affectivité très touchée.

Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang.

On le voit, contrairement au sujet observé par Lhermitte et Fumet, le syndrome thalamique hémialgique s'installe ici deux ans après un ictus ayant déterminé une hémiplégie droite avec aphasie; mais, dans les deux cas le tableau clinique est dominé par des phénomènes douloureux, limités exactement à la moitié du corps, et contrastant avec une intégrité complète des sensibilités superficielles et profondes. Quant à la motilité, celle-ci n'était guère affectée et les modifications que l'on pouvait y retrouver chez ce second malade étaient, selon toute évidence, non pas sous la dépendance du foyer thalamique mais en rapport avec le premier foyer responsable de l'hémiplégie avec aphasie. Il paraît intéressant, en effet, en raison de la très longue période de latence qui sépara le premier ictus de l'apparition des premiers phénomènes hémialgiques et aussi en raison de la régression complète de la paralysie et des troubles du langage qui permit au sujet de reprendre ses occupations de facteur, d'admettre, dans ce cas, l'existence d'un double foyer, l'un cortical, responsable de l'hémiplégie avec aphasie et l'autre thalamique conditionnant le syndrome hémialgique.

Pour en revenir à la question qui nous intéresse spécialement, nous voulons dire à la qualité des sensations anormales perçues par notre sujet, on ne peut qu'être frappé par la difficulté qu'éprouvait le malade à préciser les caractères des sensations douloureuses qu'il éprouvait. Pour les dépeindre, il employait les termes de fourmillements, de picotements, d'engourdissement, d'élancements, d'arrachement, de brûlures au fer rouge, de vagues de froid traversant les membres, de striction, de déchirement, de pénétration analogue à celle que peut provoquer un tire-bouchon qui pénétrerait dans l'oreille.

Ainsi qu'il en est dans la forme typique d'hémialgie, les douleurs se montraient, ici, obsédantes par leur ténacité et leur indéfinie persistance.

Tous les auteurs qui ont étudié les malades atteints de syndrome thalamique classique ont été frappés par ce fait que le seuil des sensibilités profondes est fortement élevé, tandis que le seuil de la sensation à la douleur se trouve diminué.

Le malade thalamique reconnaît très difficilement les différences de poids, les modifications du contour et de la forme des objets; il est incapable de discerner les trames d'étoffes différentes, de percevoir la différence qui existe entre le lisse et le rugeux; mais, fait en apparence surprenant, le moindre pincement, la moindre piqûre d'aiguille sont sentis très douloureusement. Parfois même, il suffit de la moindre pression pour que la douleur s'éveille dans tout le côté malade. Le retentissement douloureux des excitations est quelquefois si considérable qu'il suffit, par exemple, de pincer ou de piquer le pied du sujet pour que celui-ci éprouve une sensation de douleur extrêmement pénible, non pas seulement au point excité, mais diffuse et étendue à tout le segment du corps frappé d'anesthésie.

L'un de nous par exemple (Lhermitte) a observé une malade atteinte de syndrome thalamique classique par apoplexie chez laquelle la piqûre modérée de la face dorsale du pied, déterminait une douleur très vive dans la langue du même côté, accompagnée d'une sensation d'amertume extrêmement désagréable.

Il y a plus encore, et ainsi que l'ont remarqué avec beaucoup de finesse et de pénétration Henry Head et Gordon Holmes (8), les « thalamiques » finissent par intégrer toutes les sensations superficielles et profondes dans la douleur. Le plaisir ou la peine, les émotions agréables ou pénibles, toutes les modifications de l'affectivité sont susceptibles, par répercussivité [André Thomas (9)], de susciter l'apparition de phénomènes douloureux dans la moitié du corps anesthésié. C'est là, de toute évidence, un phénomène des plus intéressants au point de vue physio-pathologique et, disons même, au point de

vue psychologique. Le réveil en écho de la douleur par la moindre vibration émotive n'est-elle pas le témoignage que la couche optique doit être considérée comme un des rouages les plus importants et les plus essentiels du mécanisme organique de l'émotion? Cette répercussivité douloureuse du plaisir et de la peine, des émotions gaies ou tristes, est un trait d'union à souligner entre le syndrome thalamique et le syndrome causalgique de Weir-Mitchell, lié comme on sait, à l'atteinte superficielle des nerfs périphériques et en rapport probablement, avec des perturbations organiques des filets symphatiques inclus dans les nerfs cérébro-spinaux.

Pour en revenir au sujet qui fait l'objet de notre observation, nous avons été frappés, chez lui, par l'association de la douleur du côté anesthésique avec certains mouvements ou certaines excitations. Tout de même que les malades thalamiques classiques, notre sujet ressentait douloureusement le frottement, la pression, le pincement superficiel de la peau; de même que les « thalamiques », vulgaires, notre patient intégrait dans la douleur la plus vive toutes les excitations provoquées par le froid. Si, par exemple, notre sujet trempait la main dans l'eau froide, il éprouvait une brûlure intolérable, laquelle se propageait presque instantanément dans tout le côté droit anesthésique et irradiait jusqu'à la pointe du pied. Si l'on se bornait même à faire tomber quelques gouttes d'eau froide sur le pied droit, on provoquait aussitôt l'apparition d'une douleur violente que le malade comparait à une vive brûlure. Les excitations caloriques ne s'accompagnaient que d'un retentissement douloureux très atténué, ainsi qu'il est de règle, d'ailleurs dans le syndrome thalamique banal. Cependant, nous devons faire remarquer que, chez notre sujet, l'immersion de la main droite dans l'eau chaude était suivie par l'apparition de fourmillements particuliers qui s'étendaient dans tout le membre correspondant et que, d'autre part, l'application d'un tube d'eau chaude à 40 degrés, suffisait à provoquer des réactions douloureuses très violentes.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le mouvement actif déterminait, chez notre patient, des sensations particulièrement pénibles et qui, à notre connaissance, n'ont jamais été relevées à la suite des lésions du thalamus. Lorsqu'on commandait au sujet de serrer fortement le poing du côté droit, il accusait immédiatement un fourmillement très intense dans le membre supérieur. Il en était à peu près de même lorsqu'il serrait la main. En marchant, le malade éprouvait parfois la sensation d'être traversé brusquement par un courant électrique, et ceci chaque fois que le pied droit touchait le sol. Le fait même de se mettre dans la station debout avec appui du pied droit sur le sol, suffisait à provoquer également des fourmillements intenses à la plante des pieds, lesquels irradiaient dans tout le côté droit du corps.

La sensation d'être traversé par un courant électrique au moment précis où le pied droit anesthésié touche le sol, est un phénomène dont l'intérêt n'a pas besoin d'être souligné. En effet, on sait depuis les recherches de Babinski et Dubois, de J. Lhermitte et de Ribeton (10), de Lhermitte, M. Nicolas et Gabrielle Lévy (11), de Jean Reboul-Lachaux, de Bériel, l'intérêt qui s'attache en clinique aux sensations de décharge électrique ou plus simplement de courant électrique dans un membre ou dans la moitié du corps. Ces sensations spéciales que les malades accusent spontanément, quels que soient leur milieu, leur culture et leur éducation, et que tous les sujets traduisent par les mêmes vocables, ont été d'abord reconnues dans la commotion directe de la moelle épinière. De nombreux commotionnés, en général peu touchée au point de vue moteur, accusent lorsqu'ils fléchissent le tronc ou la tête en avant, une sensation de décharge électrique qui irradie de la région cervicale jusqu'à l'extrémité des pieds en passant le long de la ligne rachidienne. Il en est de même très souvent dans la sclérose en plaques, ainsi que l'ont remarqué les premiers Lhermitte et Maurice Nicolas. Nous devons rappeler également, et ceci nous intéresse directement ici, que chez plusieurs malades atteints de sclérose multiple certaine, il ne s'agissait plus, ainsi qu'y ont insisté Lhermitte, Gabrielle Lévy et Nicolas, de véritable décharges électriques mais de sensations beaucoup plus prolongées et moins violentes que les malades comparent à celles que produit le passage prolongé d'un courant électrique à travers une partie du corps.

Dans son intéressant rapport présenté au Congrès de Barcelone, Alajouanine après avoir rappelé les faits précédents a ajouté que, personnellement, il avait eu l'occasion chez plusieurs sujets atteints de sclérose multiple, de retrouver des phénomènes de tous points identiques.

Jusqu'ici nous ne sachions pas que, dans aucun cas de syndrome thalamique complet ou fruste, on ait signalé l'existence de sensations de courant électrique dans les membres anesthésiés. Aussi, n'est-il pas besoin de souligner davantage notre observation non plus que d'en faire voir l'intérêt clinique et plus encore pathogénique.

Depuis que l'attention a été attirée sur l'intérêt que comporte la recherche des fonctions vaso-motrices et, plus généralement, des fonctions du système nerveux de la vie organique, tous les neurologistes se sont efforcés de mettre en valeur ou de dépister les moindres changements dans les réactions sympathiques sudorales, pilomotrices, vasomotrices que des excitations diverses et judicieusement choisies peuvent faire apparaître dans les segments du corps opposé à la couche optique intéressés par la lésion. Dans le syndrome thalamique hémialgique décrit par Lhermitte, cet auteur nota par exemple, chez un de ses malades, une inégalité des réactions vasculaires après l'épreuve du bain chaud et du bain froid dans le bras anesthésié. Ces perturbations vaso-motrices contrastaient avec l'intégrité de la température locale et de la fonction sudorale.

Chez le sujet dont nous avons rappelé plus haut l'histoire, les perturbations sympathiques sans être considérables s'avéraient cependant indiscutables. Elles se traduisaient, non seulement par une inéga-

lité pupillaire, mais encore par des bouffées de chaleur subites, des rougeurs atteignant divers territoires de l'hémicorps anesthésié, par un dermographisme des plus nets, enfin par une dysrégulation vaso-motrice. Bien que complexes par leur mécanisme, ces perturbations sympathiques nous paraissent d'une grande valeur sémiologique et physiopathologique.

Au point de vue clinique, la juxtaposition de phénomènes hémialgiques avec des perturbations sympathiques de l'ordre de celles que nous avons décrites, imposera immédiatement à l'esprit l'idée d'une altération plus ou moins profonde de la couche optique. Du point de vue physiopathologique, ces perturbations sympathiques présentent un intérêt encore plus évident; elles sont le témoignage du rôle important que joue le thalamus dans la régulation générale des fonctions sympathiques et elles rendent compte, en outre, de ce fait sur lequel nous avons tant insisté : la répercussion non seulement des excitations superficielles ou profondes sur la douleur, mais encore le retentissement de toutes les modifications différentielles du tonus affectif sur l'élément douloureux.

* * *

Les faits que nous venons d'exposer confirment donc dans leur ensemble ce que nous savons sur la sémiologie des lésions destructives de la partie postérieure de la couche optique chez l'homme, et apportent quelques précisions nouvelles relatives aux sensations subjectives qu'éprouvent les malades touchés dans leur thalamus. Sans vouloir insister trop longuement sur ce côté de la question ce qui dépasserait le cadre de cet article qui vise surtout à préciser quelques éléments cliniques, il nous est difficile de résister à la tentation d'ébaucher au moins un aperçu physio-pathologique du problème qui nous intéresse.

Les lésions discrètes mais suffisantes de la couche optique, malgré qu'elles n'altèrent pas sensiblement l'écoulement des excitations sensitives venues de la périphérie, donnent à celles-ci un caractère spécial, avons-nous dit, et transforment une grande partie d'entre elles en sensations douloureuses, désagréables ou pénibles.

Ce fait essentiel, qui avait été vu avec beaucoup de pénétration par le neurologiste anglais Henry Head, a donné lieu, de la part de celui-ci, à un essai d'interprétation intéressante. Selon Henry Head, le thalamus doit être considéré comme le centre de la conscience de certains éléments de la sensation. Toute sensation, en effet, pour peu qu'elle soit suffisamment intense, est recouverte d'une tonalité affective agréable ou désagréable, gênante, pénible ou douloureuse. Or, ce que fait apparaître l'altération de la couche optique, c'est précisément ce caractère affectif, pénible, désagréable ou insupportable, que met en lumière les deux observations que nous venons de rapporter.

En bonne logique, selon l'éminent neurologiste anglais, nous devrions donc admettre que c'est par le thalamus que nous ressentons le caractère affectif d'une excitation donnée; que c'est la couche optique qui constitue, par conséquent, le centre conscient de la sensibilité élémentaire, encore appelée sensibilité protopathique. A cela un argument se dresse immédiatement. Comment comprendre que c'est précisément lorsque le thalamus est affecté par une lésion destructive que se manifeste une exaltation de la tonalité affective des sensations? C'est au contraire que l'on devrait s'attendre si, comme Head le soutient, le thalamus est le siège de l'appréciation consciente des sensations qui comportent un caractère affectif défini. A cette objection, Head répond que les altérations morbides qui atteignent la région thalamique ont pour effet, non pas d'anéantir la couche optique elle-même, mais de la libérer du contrôle qu'exerce sur elle, à l'état normal, le cortex cérébral. On sait, en effet, que les pédoncules thalamiques par lesquels se relie la couche optique au manteau hémisphérique comprennent, pour une grande part, des fibres thalamopètes ou corticofuges. Par l'intermédiaire de celles-ci le cortex cérébral tient sous sa dépendance, contrôle, dirige et refreine l'activité thalamique. Qu'une lésion vienne à détruire ces connexions cortico-thalamiques, non seulement la couche optique sera incapable de transmettre les incitations à l'écorce cérébrale, mais encore son fonctionnement libéré du contrôle supérieur s'effectuera sans direction et sans frein. On comprend alors qu'une des conséquences de cet état morbide consistera dans l'exaltation de la fonction essentielle du thalamus, celle de donner aux sensations leur tonalité affective.

Cette conception du rôle physiologique de la couche optique apparaît, ainsi que l'un de nous le montrait dans son ouvrage sur les « Fondements biologiques de la Psychologie », assez séduisante, mais elle se heurte à certaines objections.

La première c'est que l'on n'a jamais démontré, chez l'homme, l'isolement du thalamus d'avec le cortex à la suite des lésions qui réalisent le syndrome thalamique de Déjerine-Roussy.

Nous avons pu même étudier plusieurs cas de syndrome de la couche optique au point de vue anatomique et nous avons été forcés de reconnaître que la couche optique était bien lésée en elle-même et non pas spécialement les connexions thalamo-corticales et cortico-thalamiques. Aussi l'un de nous a-t-il proposé une interprétation différente des phénomènes affectifs qui sont si souvent notés parmi les phénomènes caractéristiques de la couche optique.

Si les altérations thalamiques destructives, écrit l'un de nous, exaltent la tonalité affective de la sensation, et ceci presque toujours dans le sens de la douleur, la raison en est dans ce que la couche optique est un analyseur, un filtre sélectif des courants de la sensibilité générale; recueillant tous les influx extéroceptifs qui y convergent, le thalamus le transforme au niveau de ses appareils synoptiques, les filtre, arrête tel influx, laisse passer tel autre vers l'écorce cérébrale qui en opérera la discrimination. Lorsque cet appareil analyseur vient à être détruit dans une de ses parties essentielles, alors s'écoulent vers la corticalité sensible du cer-

veau des incitations inhabituelles, grossières, physiologiquement arrêtées par le thalamus.

Le retentissement affectif douloureux des sensations créées par les lésions destructives du thalamus ne serait donc pas, selon cette thèse, lié à la libération de la couche optique du contrôle supérieur, mais plus simplement à l'anéantissement de l'appareil analyseur des sensations qui s'y trouvent contenues.

Une même explication pourrait être appliquée au phénomène si curieux de répercussivité émotionnelle qui, dans notre dernier cas, était si marquant.

Mais ce n'est pas tout, les observations que nous venons de rapporter montrent aussi que la couche optique est loin d'être un centre exclusif de la sensibilité consciente et témoignent de ce fait, affirmé depuis longtemps par les physiologistes, qu'elle est aussi un appareil régulateur de la vaso-motricité.

Ce fait prend ici une signification de premier ordre, puisque, selon Head, tout retentissement affectif comporte et entraîne après lui des modtfications d'ordre vaso-moteur. Ces modifications vaso-motrices, nous en avons eu le témoignage indiscutable dans les deux faits qui font l'objet de notre travail, et si elles présentent un intérêt sémiologique, elles ne laissent pas de prendre une réelle importance au point de vue de la physio-pathologie des sensations. On ne saurait, en effet, douter, car les belles recherches de M. André Thomas en font foi, que les modifications vaso-motrices, lorsqu'elles dépassent un certain degré, entraînent à leur suite des modifications souvent importantes de la qualité affective des sensations. C'est probablement par l'intermédiaire de ces perturbations vaso-motrices que les changements du tonus affectif retentissent avec une si douloureuse acuité sur les terminaisons nerveuses des membres blessés, et dont nous avons eu, pendant la dernière guerre, tant d'exemples recouverts par l'étiquette de causalgie.

Il est impossible, en effet, de ne pas être frappé par ce fait élémentaire que le causalgique, c'est-à-dire le sujet dont est lésé un des nerfs riches en fibres sympathiques comme le grand sciatique, le médian ou le cubital, réagit exactement de la même manière que le thalamique. Une pareille similitude de réactions ne peut guère se comprendre qu'en admettant que le thalamus est un des segments du système nerveux dont l'intégrité importe le plus pour l'intégrité des fonctions du système végétatif.

Les considérations physio-pathologiques précédentes nous ont écarté quelque peu de notre sujet. Revenons-y.

L'observation tant anatomique que clinique démontre que si les lésions de la couche optique, chez l'homme, déterminent un syndrome complexe dans lequel l'anesthésie de la moitié du corps opposée à la lésion, l'ataxie, les mouvements involontaires et les douleurs spontanées forment les éléments de premier plan, des lésions plus discrètes peuvent n'entraîner à leur suite que des manifestations beaucoup plus discrètes. Parmi celles-ci, les douleurs spontanées, grâce à leur caractère intrinsèque, nous voulons dire leur qualité affective, leur persistance, leur ténacité, leur maintien malgré toutes les thérapeutiques antialgiques, leurs oscillations en rapport avec les variations du tonus affectif et émotionnel, peuvent être différenciées aisément des autres syndromes douloureux connus en neurologie et rapportés à leur véritable cause : la lésion thalamique.

L'authentification d'un syndrome thalamique à forme hémialgique sera d'autant plus facilité qu'au phénomène douloureux se joindront des modifications vaso-motrices analogues à celles que nous avons signalées. Douleurs spontanées, à caractère affectif spécial, généralement pénible ou désagréable, perturbations vaso-motrices, ces deux éléments forment un couple morbide assez caractéristique pour mériter de garder, en neurologie clinique, une légitime individualité.

BIBLIOGRAPHIE

DÉJERINE et LONG. Sur la localisation de l'hémianesthésie capsulaire, *Soc. de biol.*, 1898.

Gustave ROUSSY. La couche optique, *Th. de Paris*, 1907.

J. LHERMITTE. Le syndrome thalamique dissocié. Les formes analgiques et hémialgiques, *Ann. de méd.*, mai 1925.

LHERMITTE et FUMET. Syndrome hémialgique pur d'origine thalamique chez un lacunaire, *Soc. de neurol.*, 5 mai 1921.

LHERMITTE et CUEL. Sur un cas de syndrome thalamique avec attitude particulière, *Soc. de neurol.*, fév. 1922.

LHERMITTE. Syndrome thalamique à évolution régressive. Ataxie résiduelle, *Soc. de neurol.*, 1er déc. 1921.

André-Pierre MARIE. Etude comparée des troubles sensitifs d'origine cérébrale, *Th. de Paris*, 1925.

H. HILLEMAND. Contribution à l'étude des syndromes de la région thalamique, *Th. de Paris*, 1925.

Mme NICOLESCO. Contribution à l'étude des syndromes douloureux par l'atteinte des relais cellulaires de la sensibilité, *Th. de Paris*, 1924.

Pierre MARIE et BOUTTIER. Etudes cliniques sur les dissociations de la sensibilité dans les lésions encéphaliques, *Revue neurol.*, 1922, p. 1 et 244.

HAMANT, CORNIL et MOSINGER. *Soc. de méd. de Nancy*, juin 1929.

Henry HEAD et Gordon HOLMES. Les troubles de la sensibilité dans les lésions cérébrales, *Studies in Neurol.*, p. 533.

André THOMAS. *Les Phénomènes de répercussivité*, 1929, un vol., Masson.

RIBETON. Etude clinique des douleurs à type de décharge électrique consécutives au traumatisme de la nuque, *Th. de Paris*, 1919.

J. LHERMITTE, NICOLAS et Gabrielle LÉVY. Les sensations de décharge électrique, symptôme précoce de la sclérose en plaques, *Presse méd.*, 14 mai 1927.

J. LHERMITTE, BOLLAK et M. NICOLAS. Les douleurs à type de décharge électrique consécutives à la flexion céphalique dans la sclérose en plaques, *Soc. de neurol.*, juillet 1924.

Jean REBOUL-LACHAUX. *Soc. de neurol.*, 1927.

J. LHERMITTE. *Les Fondements biologiques de la psychologie*, 1925, un vol., Gauthier-Villars.

Pathologie du foie (fasc. 16 du *Nouveau Traité de médecine*, publié sous la direction de MM. G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-J. TEISSIER. Un volume grand in-8 de 1.048 pages, avec 163 figures et 40 planches hors texte, dont 11 en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

Guide du malade à Vichy, par le docteur Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal. Un volume in-8. — Prix : 6 fr. — Tunis, imprimerie générale, 4, rue Annibal.

ENCÉPHALITE POST-VACCINALE
OU ENCÉPHALITE VACCINALE

Par M. Arnold NETTER (1).

Dans la séance du 21 juillet 1925, le docteur Js. Van Bouwdyk Bastianse, avec la collaboration des docteurs Therburgh, Bijl et Levaditi, entretenait l'Académie de l'*encéphalite consécutive à la vaccination antivariolique* dont il avait relaté, en novembre 1924, un premier cas auquel une enquête auprès de ses confrères et des recherches officielles avaient permis d'en ajouter 33.

Cette communication devait avoir un retentissement considérable et fut le point de départ de publications dans divers pays, d'enquêtes officielles et de discussions à l'Office international d'hygiène dont le siège est à Paris, ainsi que d'une commission réunie à Genève, en août 1928, à l'instigation de la Société des Nations.

Les documents, de beaucoup les plus importants, émanaient de la *Hollande*, où l'on faisait état de 139 cas avec 41 décès de 1923 à 1927, et l'*Angleterre* où l'on avait relevé 87 cas avec 41 décès de 1922 à 1927.

Dans ces deux pays la *notion de ces encéphalites pour l'Angleterre avait eu des conséquences sérieuses.* Elle constituait pour l'Angleterre où la vaccination n'est plus obligatoire *un obstacle très fâcheux à la propagande vaccinale,* d'autant plus nécessaire que dans ce pays, la variole, heureusement bénigne mais toujours redoutable, a pris d'inquiétantes proportions.

Aux Pays-Bas où la vaccination était obligatoire chez les enfants fréquentant les écoles, cette obligation a été suspendue en 1928 : il y a tout lieu de craindre qu'elle ne pourra être rétablie.

Dans les autres pays, des deux continents et notamment dans ceux où la vaccination est obligatoire, des faits analogues ont été publiés mais dans une proportion sensiblement moindre, l'intervention officielle ne s'étant point manifestée.

Les cas paraissent relativement les plus nombreux en Autriche où les premières communications de Lucksch (de Prague), provenant de Tchécoslovaquie, en 1923, avaient eu un retentissement naturel : on en a signalé dans tous les hôpitaux d'enfants de Vienne.

Dans le Tyrol, Daser en a relevé 11 de 1925 à 1929.

En France, le nombre des observations publiées reste encore minime; nous avons pu, cependant, en enregistrer 21.

En Italie, Russi (d'Ancone) a pu rassembler 26 observations.

En Allemagne, Gins en 1928, estimait encore que le nombre de ces cas était tout à fait infime : il n'avait été publié que 11 observations.

En compulsant les rapports vaccinaux, Kaute pouvait ajouter 37 faits nouveaux.

Tout récemment Eckstein, qui a observé personnellement 4 cas, se livrait, auprès de ses confrères, à une enquête et obtenait ainsi communication des 39 observations inédites.

L'Allemagne se trouve ainsi avoir fourni un nombre de cas qui ne cède guère à celui des Pays-Bas et de l'Angleterre, avec un chiffre de 91 cas et une mortalité de 34,8 p. 100.

Le fait qu'il s'agit d'un pays où la vaccination est obligatoire offre un intérêt tout particulier et permet des précisions sur certains points au sujet desquels l'analyse des statistiques anglaises et hollandaises pourrait prêter à l'erreur. Dans ces derniers pays, en effet, les enfants de moins de deux ans, et surtout de la première année, ne figurent que pour une proportion très minime.

En Angleterre, 6 sur 75, soit 4 ou 5, 33 p. 100 chez les enfants de moins d'un an, 8 p. 100 chez ceux de moins de deux ans.

Aux Pays-Bas, 1 enfant âgé de moins d'un an, 1 enfant de un à deux ans, sur 123 soit 0,81 à 1,66 p. 100.

En Allemagne, 12 encéphalites post-vaccinales avaient moins d'un an, 39 de un à deux ans, soit 13,9 et 58,6 p. 100.

On s'explique, par ailleurs, comment les statistiques anglaises et hollandaises ne mentionnent aucun cas d'*encéphalite chez les revaccinés*, alors qu'Eckstein en relève 3 chez des enfants de sept et treize ans; sur les 11 cas de Daser, il y en a 3 revaccinés chez des enfants de douze, treize et quatorze ans; sur les observations françaises, il en existe 2 chez les adultes (observations de Baron et observation personnelle inédite).

En Allemagne, en Autriche, en France, aussi bien qu'en Angleterre et en Hollande, presque tous les cas sont survenus sept à treize jours après l'insertion vaccinale, c'est-à-dire *au moment* de la généralisation de l'infection vaccinale.

Dans son travail de 1925, Bastianse signalait que des cas d'encéphalite étaient survenus dans des localités et à un moment où sévissait l'encéphalite épidémique et la même coïncidence avait été notée par Lucksch, Bastianse n'a pas manqué toutefois de signaler de très grandes différences, aussi bien cliniques qu'anatomopathologiques, existant entre les encéphalites post-vaccinales et l'encéphalite léthargique.

En Angleterre et dans les autres pays l'on n'a nullement observé l'encéphalite dans les localités où a été observée l'encéphalite post-vaccinale.

Pour éliminer définitivement l'idée de rapporter des encéphalites post-vaccinales à l'encéphalite épidémique, il suffit de faire remarquer qu'avant 1923, il a été publié plusieurs cas d'encéphalite chez des enfants récemment vaccinés.

Nous citerons notamment des observations de Comby remontant à 1905, de Knolpfelmacher en 1906, de Finkelstein et Warschauer à Berlin, de Turnbull en 1912 à Londres, de Jorge au Portugal.

Un mémoire de Pierre Marie et Jenndrassik dans les archives de physiologie normale et pathologique de 1885, renferme une observation d'hémiplégie infantile consécutive à une encéphalite apparue chez un enfant de neuf mois après vaccination, et signale une observation de Heine publiée dans son livre sur les paralysies infantiles.

On peut, de suite, *éliminer l'idée d'une contamination du vaccin*; en effet, non seulement plusieurs analyses des vaccins utilisés ont établi leur pureté, mais ces vaccins avaient les origines les plus diverses et provenaient des établissements les mieux qualifiés de tous les pays.

Les médecins espagnols affirmant qu'il n'avait été relevé aucun cas d'encéphalite dans leur pays où il est fait exclusivement usage de *neuro-vaccin*, on a eu recours à ce dernier, en Hollande, et on a vu des encéphalites succéder à son emploi.

Ajoutons que le vaccin incriminé a été employé le même jour par le même vaccinateur, chez des centaines d'enfants sans provoquer chez eux aucun accident.

C'est donc bien à la suite d'une inoculation de vaccin jennerien que se sont manifestées les encéphalites et le terme d'*encéphalite post-vaccinal* unanimement accepté est légitime.

Mais les accidents doivent-ils être imputés directement au vaccin?

L'encéphalite est-elle le fait de la présence du virus vaccin dans l'encéphale? Ou bien ce virus n'agit-il qu'indirectement en favorisant l'action d'un virus non encore isolé présent chez le vacciné?

Si la première interprétation est acceptée, au terme d'*encéphalite postvaccinale* nous devrons substituer celui d'*encéphalite vaccinale*. Cette interprétation ne peut manquer de venir tout d'abord à l'esprit.

Calmette et Guérin n'ont-ils pas, en effet, montré la présence du virus dans les centres nerveux des lapins vaccinés?

(1) Communication à l'Académie de médecine, 9 juillet 1929.

Marie, et après lui Levaditi et ses collaborateurs, ont établi la possibilité de provoquer chez le lapin une encéphalite vaccinale. Celle-ci pourrait, d'après Blanc et Caminopetro, Condrea, Burnet, etc., être obtenue, même sans introduction directe du vaccin dans le cerveau et sans passage par le testicule.

Acceptée de bonne heure par Lucksh, jugée très vraisemblable par nous-mêmes, en 1925, par Leiner, Jorge en 1926, cette manière de voir est loin d'avoir été acceptée par les médecins hollandais, la Commission anglaise, présidée par Andrews et Rolleston et la Commission de la Société des Nations qui se basent surtout sur les résultats négatifs d'assez nombreuses inoculations pratiquées par Levaditi et ses collaborateurs, Bijl, Kraus, etc. La présence du virus vaccinal dans les centres nerveux de deux sujets ayant succombé, en 1923, à une encéphalite vaccinale a cependant été établie par Mac Intosh au moyen de l'inoculation de la substance cérébrale dans la peau et le testicule des lapins.

Les lésions cutanées des premiers lapins inoculés n'offraient rien de caractéristique, se bornant à de la rougeur et du gonflement suivis de l'apparition de croûtes, mais, en partant de ces croûtes, par passages successifs, on arrivait, dès le troisième passage, à des papules suivies de vésicules typiques.

L'inoculation de la sérosité à des génisses permettait d'affirmer qu'il s'agissait bien de vaccin jennérien, conférant l'immunité vis-à-vis de vaccinations ultérieures.

A ces résultats, obtenus sur deux cas morts en 1923, il faut ajouter ceux qu'ont fournis à Blaxall deux autres cas autopsiés en 1927 à Sheffield et Halifax.

Ces faits positifs ont certainement une valeur toute autre que les résultats négatifs obtenus aussi bien, dans plusieurs cas, par les expérimentateurs anglais que par Levaditi, etc. Mais on peut, pour ces insuccès, invoquer la disparition rapide du virus dans l'encéphale *par cette autostérilisation de défense* qui rend compte, pour Levaditi, de la rareté des inoculations positives dans l'encéphalite épidémique, voire même dans la poliomyélite.

On ne saurait refuser grande valeur à une observation de Fracassi et Recalde Cuestas de Rosario, publiée en août 1928; ces auteurs, en effet, ont noté l'apparition *d'une éruption vaccinale, le quatorzième jour, sur les cuisses d'un enfant qui présentait, à ce moment, les symptômes d'une encéphalite.*

Chez les deux sœurs, vaccinées le même jour, l'évolution vaccinale avait été tout à fait normale.

L'éruption généralisée secondaire témoignait ici d'une infection vaccinale générale au moment de l'encéphalite.

Dans nombre d'observations, l'inoculation de vaccin, chez divers membres de la même famille, n'a été suivie d'aucune encéphalite.

N'est-ce pas la preuve que, comme dans l'encéphalite épidémique, dans la poliomyélite, il ne suffit pas que le vaccin arrive aux centres nerveux, il faut qu'il y trouve un terrain favorable. *Cette susceptibilité du système nerveux a pu être mise en évidence chez plusieurs enfants, précocité intellectuelle, nervosité héréditaire.*

Il faut aussi que le vaccin soit particulièrement actif et tout le monde reconnaît qu'au cours des dernières années on s'est efforcé, avec succès, d'obtenir *un vaccin stable et énergique*; aussi conviendrait-il de se contenter d'*une seule insertion vaccinale de dimensions réduites.*

Nous ne voyons malheureusement pas actuellement d'autre mesure à recommander, mais on est en droit d'espérer que l'on ne tardera pas à en trouver et aussi qu'il sera possible

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boite suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon
R. C., 27.894, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE
G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.
PAS D'ACIDE LIBRE

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence PARIS IXe

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.
ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

TRAITEMENT DES TUMEURS
sous leurs diverses formes
ÉPITHÉLIOMAS, CARCINOMES, SARCOMES, etc.
PAR LA
BACKÉRINE ACTIVÉE
Ferments du Dr DE BACKER et Sels de Magnésie
Modifiant l'organisme par développement des agents de fermentation
Formes : AMPOULES, CACHETS, DRAGÉES
Littérature Médicale et Échantillon sur Demande.
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — R. C. Seine, 221.745

GYNOCRINOL
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
POSOLOGIE : par la bouche 6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

d'opposer une médication efficace aux cas d'encéphalite vaccinale qu'on n'aura pu prévenir (1).

Nous ne saurions terminer cet exposé sans insister sur ce fait que la possibilité d'une encéphalite vaccinale ne doit pas faire oublier sa grande rareté si on la met en regard de la grande fréquence des vaccinations sans aucun incident.

Sa connaissance ne saurait, en aucune façon, faire renoncer aux bienfaits de la vaccination, toujours indispensable si l'on songe à l'immunité qu'elle confère vis-à-vis d'une affection aussi grave, aussi redoutable que la variole.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1929)

Essais d'immunisation de l'homme au moyen d'une anatoxine du streptocoque scarlatineux. — MM. G. RAMON et Robert DEBRÉ. Sur les bases de la préparation de l'anatoxine diphtérique (Ramon) en partant du filtrat de cultures du streptocoque scarlatineux, les auteurs ont préparé un produit qui possède les propriétés fondamentales d'une anatoxine. Il présente l'innocuité caractéristique; en effet, il peut être injecté à hautes doses sous la peau de l'homme, sans manifester cette nocivité bien spéciale qu'offre le filtrat du streptocoque scarlatineux pour le sujet humain réceptif. De plus il est doué d'un pouvoir antigène intrinsèque spécifique, appréciable *in vitro* au moyen de la réaction de floculation.

Les essais entrepris par les auteurs nous apprendront si cette anatoxine confère une immunité active contre la scarlatine.

Mécanisme de l'état réfractaire naturel des simiens inférieurs à l'égard du virus herpéto-encéphalitique. — MM. C. LEVADITI et P. LÉPINE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1929)

L'encéphalite post-vaccinale ou encéphalite vaccinale. — M. NETTER (voir plus haut, p. 1023).

Contribution à l'étude de la vaccination contre la dengue. — MM. BLANC et CAMINOPETROS (lecture faite par M. R. Pettit). — Depuis l'épidémie de dengue qui a frappé la Grèce, le docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur hellénique, s'est consacré à l'étude et surtout à la prophylaxie de cette maladie.

Dans un travail effectué en collaboration avec le docteur Caminopetros, les deux médecins font connaître un procédé de vaccination efficace contre la dengue; celle-ci consiste en deux injections à trois semaines d'intervalle de virus bilié au quinzième et de virus bilié au vingtième.

L'immunisation est presque absolue contre une inoculation sévère de virus très actif de dengue.

Traitement diastolique en oto-rhinologie. — M. G.-F. GAUTIER. Dans une note sur le traitement diastolique en oto-rhinologie, l'auteur signale les résultats obtenus par la diastolisation, qui assure la mise en condition du naso-pharynx par ses manœuvres restauratrices et modelantes.

L'auteur décrit son appareil « l'oscillateur sinusoïdal », complément de la diastolisation, dont les oscillations transmises du couloir nasal à la cavité pharyngienne, modifient les troubles vaso-moteurs et trophiques et agissent favorablement sur les troubles de l'audition.

Un cas normand d'encéphalite postvaccinale. — M. F. DEVÉ (de Rouen) apporte l'observation d'un enfant de trois ans et demi, vacciné sans succès à l'âge de trois mois et qui, à la suite d'une revaccination, a été atteint d'une encéphalite de nature vaccinale.

M. Devé souligne la coïncidence d'une réaction vaccinale locale intense, et il tire de son exposé un nouvel argument en faveur de la revaccination à brève échéance après échec d'une première vaccination pratiquée dans la première enfance, afin d'éviter les accidents lors d'une primo-vaccination positive tardive.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PYORRHÉE DENTAIRE ARTHRITIQUE (1)

Par le docteur Gaston ROBERT.

Le ligament alvéolo-dentaire n'est point à l'abri chez l'arthritique des précipitations cholestérinique, uratique et calcaire qui caractérisent sa diathèse, d'où l'irritation des tissus gingivaux qui s'enflamment et s'infectent de microbes buccaux pour constituer le syndrome pyorrhéique. A côté du traitement local, et parfois de la vaccination, un traitement général du malade, s'adressant aux causes profondes du mal, est nécessaire pour obtenir un résultat durable. L'atoquinol, dont on connaît depuis quelques années la puissante action mobilisatrice sur les dépôts uratiques et cholestériniques, est ici particulièrement indiqué.

A la dose de deux cachets par jour, ce médicament a maintes fois déterminé, à lui seul, la détersion gingivale, la cessation rapide des douleurs, la consolidation des dents branlantes et la disparition de l'infection buccale.

Le praticien non spécialisé n'est donc pas désarmé vis-à-vis de cette affection si tenace qu'est la pyorrhée dentaire, puisqu'il dispose d'un médicament efficace qui, aidé de quelques soins locaux, permet d'obtenir souvent sa guérison définitive.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons sur l'activité du cortex cérébral (2), par I. P. PAVLOFF. Préface de M. le professeur GLEY.

L'auteur résume en vingt-trois leçons qui forment un important volume suivi d'une importante bibliographie de travaux russes (dus en partie à son école), ses recherches de vingt-cinq ans sur l'activité de la corticalité. Etudiant d'abord les réflexes, il passe ensuite à la description des réflexes conditionnels qu'il est le premier à avoir individualisés. Il décrit ses procédés expérimentaux et étudie les réflexes conditionnels dans leur mode de production, leur mécanisme d'inhibition interne ou externe, le travail d'analyse et de synthèse des hémisphères, le mécanisme de combinaison entre les processus corticaux; il étudie ensuite le sommeil et les phases hypnotiques qui en représentent les formes incomplètes et les diverses influences pathologiques ou opératoires dans leur retentissement cortical.

L'auteur termine sur une étude critique des méthodes par lui-même employées et par un examen des analogies que l'on peut concevoir entre les résultats expérimentaux chez l'animal et l'acquit dans ce domaine en ce qui concerne l'homme.

Dans ce résumé de l'expérience d'une existence de savant, les médecins, et à côté d'eux les psychologues trouveront un trésor d'observations expérimentales et une mine d'expériences nouvelles, un trésor à exploiter pour les recherches futures.

L. BABONNEIX.

---

(1) Kollar a vu l'encéphalite vaccinale chez un enfant inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané (méthode de Knoepfelmacher), et un des malades de Daser avait contracté la vaccine auprès de son frère vacciné, sans l'avoir été lui-même.

(1) *Gaz. des sciences méd. de Bordeaux*, 3 fév. 1929.
(2) Paris 1929, A. Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C. 133, Aubenas.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano, PARIS



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

En deux jours, les cars des services P.-L.-M. Vichy-Grenoble par le Puy et la Chaise-Dieu, parcourent des régions intéressantes par leurs sites, leurs villes et leurs monuments. Ils sont en correspondance, à Grenoble, avec les nombreux services P.-L.-M. d'autocars qui, rayonnant vers le Jura, la Savoie, le Vercors, le Briançonnais, le Queyras, font de cette ville comme la plaque tournante du tourisme alpestre.

Lactolaxine FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

L'ASCOLÉINE RIVIER
renferme la Vitamine A et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)
Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, avitaminoses, etc.
Avantages : Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.
4 formes : Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS
R. C. 88.031, Seine

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10.. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Wunschendorff, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er octobre 1929, professeur de chimie minérale et organique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Guillemard, dernier titulaire).

FACULTÉ DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Canals, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er juillet 1929, professeur de physique à ladite Faculté (chaire vacante).

LÉGION D'HONNEUR. — A été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier*. — M. le docteur Delbecque, médecin de la Grande chancellerie de la Légion d'honneur.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or*. — MM. les professeurs Couvelaire et Gosset; MM. les docteurs Guinard (de Bligny), Louis Martin, de l'Institut Pasteur, M. le professeur Tanon, M. le docteur Giry (de Briey).

Médaille d'argent. — M. le docteur Paul Muller (d'Altkirch).

MARINE. — M. le médecin général de 2e classe Autric, nommé directeur du Service de santé de la 3e région maritime, prendra ses fonctions à Toulon le 5 août 1929.

M. le médecin général de 2e classe Viguier est nommé directeur du Service de santé de la 4e région maritime, à Bizerte.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Composition du jury de concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine :

Ligne médicale. — Président : M. le médecin général de 2e classe Viguier.

Membres : MM. Le Berre et Plazy, médecins en chef de 2e classe.

Ligne pharmaceutique et chimique. — Président : M. le médecin général de 2e classe Viguier.

Membres : MM. Chaix, pharmacien chimiste en chef de 2e classe; Saile, pharmacien chimiste principal.

Les épreuves écrites auront lieu les 17 et 18 juillet 1929, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger, dans les conditions fixées à l'instruction publiée au *Journal officiel* du 21 mars 1929.

BOURSES DE VACANCES. — Le docteur Debat, qui offrait annuellement une dizaine de bourses de 55 fr. à des étudiants dont la situation de fortune ne pouvait leur permettre de prendre d'utiles vacances, vient de décider d'offrir cette année 100 bourses de 1.000 fr., 60 pour les étudiants de Paris, 40 pour les étudiants appartenant aux autres Facultés françaises.

Il a formé un Comité de répartition composé des présidents de l'Association corporative, de la Section de médecine de l'Association des internes et de l Association des externes, du directeur du « Jeune médecin » et de M. le docteur Paul Boudin. Les étudiants désireux de recevoir une bourse doivent en faire la demande 60, rue de Prony, Paris (XVIIe), avant le 19 juillet, en indiquant leur numéro matricule à la Faculté et leur situation de famille.

LIGUE D'HYGIÈNE MENTALE. — Le Conseil syndical de la section de la Seine et le docteur Toulouse, président de la Ligue nationale d'hygiène mentale organisent pour les instituteurs et institutrices de la Seine, une conférence (avec projections) qui aura lieu à la Bourse du travail, salle Jean Jaurès, le jeudi 25 juillet, à 10 h. 30 du matin : *L'Hygiène mentale et l'école*, par le docteur Roubinovitch, médecin de Bicêtre.

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

SEMAINE INTERNATIONALE DE LA LUMIÈRE THÉRAPEUTIQUE (Paris, 22-27 juillet 1929, Grand Palais des Champs-Elysées). — Nous rappelons que la « Semaine internationale de la lumière thérapeutique » aura lieu au Grand Palais des Champs-Elysées, galerie d'Antin, du 22 au 27 juillet prochain.

Le premier Congrès international d'actinologie groupe entre les principaux rapports que nous avons déjà signalés, plus de 124 communications et conférences sur les sujets les plus divers et dus aux savants les plus éminents de France et de l'Etranger.

Nous rappelons, en outre, qu'une exposition d'appareils très importante puisqu'elle groupe une cinquantaine d'exposants et couvre environ 500 mètres carrés, aura lieu pendant la durée de cette « Semaine » et que son accès sera libre pour tous les médecins et dentistes.

D'autre part, les visiteurs auront l'occasion d'admirer une exposition documentaire et rétrospective extrêmement importante en même temps qu'ils pourront, pour la première fois, voir une salle entièrement éclairée en lumière de Wood.

De très nombreux congressistes sont d'ores et déjà inscrits.

Les adhésions doivent être adressées au docteur Dufestel, 150 *bis*, boulevard Péreire (XVIIe). A partir du 21 juillet, ces adhésions seront reçues au secrétariat général du Congrès au Grand Palais des Champs-Elysées, avenue d'Antin.

DISPENSAIRES DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DU DÉPARTEMENT DE L'AUBE. — Par arrêté préfectoral du 2 juillet 1929, un nouveau délai, qui expirera le *31 juillet 1929*, est accordé pour la production des demandes d'inscription au concours sur titres, ouvert par l'arrêté préfectoral du 17 mai 1929, pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube.

Il est rappelé que les demandes d'inscription doivent être adressées à la Préfecture de l'Aube (2e division).

Pour tous renseignements, s'adresser à la Préfecture de l'Aube ou au Comité de défense contre la tuberculose.

LE DINER DU « CADUCÉE NORMAND ». — Le *Caducée normand*, a donné son dîner semestriel le jeudi 4 juillet au restaurant *Ma Normandie*, 30, rue de Maubeuge.

Sous la présidence de M. Guesnon, on remarquait la présence des docteurs Bellencontre, président de l'Association générale des médecins français; Paul Petit et Robine, présidents honoraires; de Parrel, vice-président; Pasquier, Robert Sorel, Labbé, Lemasson, Delalande, Seeligman, Léon Giroux, des pharmaciens Bouchard, Postel, Robert Colas, ainsi que celle de M. Créance, étudiant en pharmacie, lauréat du prix *Caducée normand* (500 fr.).

Le prochain banquet aura lieu le 14 novembre, au même restaurant.

Deux prix de chacun 500 fr. seront offerts l'un par l'Association, l'autre par une spécialité dentaire, respectivement à un étudiant en médecine et à un étudiant dentiste.

Secrétaire général du *Caducée normand*, Robert Colas, 133, rue Lecourbe, Paris (XVe). Téléph. : Vaugirard 48-10.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur André-Pierre Marie, de l'Institut Pasteur, décédé victime du devoir professionnel.

Nous adressons à son père, M. le professeur Pierre Marie, l'expression de notre très profonde sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de Mme Gouguenheim, veuve du médecin des hôpitaux de Paris, chef du service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière, directeur des maladies de l'oreille et du larynx, et l'un des fondateurs avec Cornil de l'Association de la Presse médicale française.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AVANCEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ

Un décret fixe la constitution des cadres des officiers de réserve du Service de santé et leur avancement.

Ces cadres comprennent : 1° des médecins, depuis le grade de médecin sous-lieutenant jusqu'à celui de médecin colonel; 2° des pharmaciens, depuis le grade de pharmacien sous-lieutenant jusqu'au grade de pharmacien colonel; 3° des dentistes militaires, du grade de dentiste militaire de 2e et de 1re classe.

Les médecins et pharmaciens sous-lieutenants, les dentistes militaires de 2e classe et les sous-lieutenants d'administration de réserve sont promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent quatre années de grade de sous-lieutenant et s'ils ont accompli une période d'exercices avec ce grade.

Les médecins et pharmaciens lieutenants de réserve, les lieutenants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six ans de grade de lieutenant et ont accompli avec ce grade deux périodes d'exercices. Une seule période est exigée lorsqu'ils proviennent des médecins ou pharmaciens lieutenants ou lieutenants d'administration du Service de santé démissionnaires de l'armée active.

Les médecins et pharmaciens capitaines de réserve, les lieutenants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de grade de capitaine et ont accompli avec ce grade deux périodes d'exercices et sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grade à celles qui sont ou pourront être exigées des officiers du Service de santé de l'armée active. Une seule période est exigée pour ceux de ces officiers qui proviennent des médecins ou pharmaciens capitaines ou des capitaines d'administration du Service de santé retraités ou démissionnaires de l'armée active.

Les médecins et pharmaciens commandants de réserve, les commandants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur s'ils comptent quatre années de grade de commandant et ont accompli avec ce grade une période d'exercices et sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grade à celles qui sont ou pourront être exigées des officiers du Service de santé de l'armée active. Aucune période n'est exigée pour ceux de ces officiers qui proviennent des médecins ou pharmaciens commandants ou des commandants d'administration du Service de santé retraités ou démissionnaires de l'armée active.

Peuvent être promus médecins ou pharmaciens colonels, lorsqu'ils comptent quatre ans de grade de lieutenant-colonel les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels de réserve provenant des officiers retraités de l'armée active, et, à titre exceptionnel, s'ils ont, en outre, accompli une période d'instruction avec leur grade, les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels de réserve qui ont rendu des services signalés en collaborant à la préparation militaire scientifique, industrielle et technique de la défense nationale.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

R.C Seine 333.204

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne**, des **Lamblioses**, et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **syphilis héréditaire precoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5 386 Seine

SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE · AMÉNORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

LES RÉACTIONS NEURO-VASCULO TISSULAIRES EN CLINIQUE [1]

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Syndromes thoraco-abdominaux. — En deux études antérieures (2), j'ai tenté d'indiquer ce qui, dans la pathologie de ces appareils, est imputable à la cellulite. Mais, cet exposé répond surtout aux besoins de l'analyse : en pratique, les réactions morbides s'étendent à la fois, au thorax et à l'abdomen ; les symptômes atteignent, simultanément, plusieurs organes et appareils; enfin, la diffusion des réflexes nerveux végétatifs est des plus variables en étendue, direction et nature. Aussi, croyons-nous préférable de décrire : 1° les syndromes aigus, caractérisés par des crises douloureuses, des accès de dyspnée spasmodique, enfin, des crises d'excitation nerveuse végétative ou à forme d'angine de poitrine; 2° des syndromes subaigus ou chroniques, à prédominance thoracique ou abdominale.

1° Syndromes aigus. — *Crises douloureuses.* — Elles sont dues à l'irritation de l'innervation sensitive de la région, survenant dès que l'infiltrat gonfle brusquement, ou que se produit une poussée de congestion distendant les tissus, ou que leur rétraction vient à comprimer le liquide interstitiel. Ainsi s'expliquent, croyons-nous : les points de côté pleuro-pulmonaires, les points cutanés des crises hépatiques, vésiculaires, solaires, cœliaques, etc., et des affections thoraco-abdominales en général, de même que les douleurs qualifiées de rhumatismales, parce qu'elles remontent le long des parois thoraco-abdominales. Tous ces points correspondent à un nodule cellulitique rétracté, dont l'irritation augmente la rétraction douloureuse que fait cesser l'étirement doux des tissus rétractés.

Nous reviendrons plus loin sur les crampes des organes creux attribuables à la cellulite.

Dans certaines crises de congestion pulmonaire aiguë, pouvant s'accompagner d'arythmie et d'extrasystoles, on peut, en provoquant les réflexes vasoconstricteurs du cou, améliorer, et même arrêter la crise. A côté des crises congestives, il faut placer les crises asthmatiformes survenant en cas de polyadénite péri-laryngo-trachéale, avec tendance à la rétraction tissulaire et provoquées par l'inhalation de poussières, ou par toute autre cause de rétraction tissulaire. Celle-ci est manifeste pendant les crises; on constate le spasme trachéo-laryngé avec dyspnée qui peut aller jusqu'au tirage sus et soussternal. On peut arrêter la crise par les manœuvres détendant les tissus, et la disparition de la cellulite et de l'engorgement ganglionnaire en assure la guérison définitive.

Crises d'excitation nerveuse végétative. — Douleur et dyspnée déterminent, souvent, des malaises généraux : pâleur, sueurs froides, tendance syncopale, état nauséeux, ou, au contraire, chaleur, congestion de la face, agitation, nervosisme. J'ai observé la congestion aiguë des principaux viscères, poumons, foie, rate, reins, en même temps que de violentes rétractions cervico-thoraciques; d'autres fois, la crise dépend surtout de celles-ci.

C'est ainsi que la rétraction brusque et violente des parties molles au creux épigastrique et à la région sterno-claviculaire, peut déterminer la crise d'angoisse avec refroidissement, sueur profuse; la rétraction thoracique, rapprochant violemment le sternum de la colonne vertébrale, détermine la dyspnée avec gêne cardiaque, arythmie, extrasystoles.

De même, les crises, provoquées par l'irritation des plexus nerveux abdominaux, peuvent déclancher des réflexes d'innervation végétative, dont la violence est, parfois, effrayante; de véritables accès de manie aiguë sont alors calmés aisément dès que devient possible l'étirement doux des rétractions tissulaires.

Crises à forme d'angine de poitrine. — Dans son *Traité des maladies du cœur* (fasc. 23 du *Traité de médecine*, Baillière édit.), M. le professeur Vaquez décrit la topoalgie cellulitique précordiale, facile à distinguer des angines de poitrine véritables. Mais, l'interprétation devient plus malaisée lorsque, ce qui est loin d'être rare, on trouve, chez un sujet atteint de douleur thoracique angoissante et irradiée au membre supérieur gauche, la cellulite profonde. Derrière la clavicule (région carotidienne et sous-clavière), près des bords du sternum (région des vaisseaux mammaires internes) dans l'angle formé par les pectoraux et les grands dentelé et oblique, on trouve des points de rétraction, dont l'irritation reproduit les douleurs, qui, au dire des malades, caractérisent la crise. La disparition de la cellulite et de l'engorgement lymphatique calme les douleurs, qui reparaissent avec eux. Mais, rien n'indique si, derrière la cellulite, ne se cachent pas la coronarite, la névrite des plexus cardio-aortiques, la faiblesse du myocarde, permettant sa dilatation aiguë. Troubles cardio-aortiques et réactions fonctionnelles neuro-tissulaires, dus aux mêmes causes, coexistent, et retentissent les uns sur les autres.

2° Syndromes subaigus et chroniques. — Ils sont reconnus à l'examen objectif, qui montre : des congestions viscérales transitoires, l'infiltrat des parois thoraco-abdominales avec enraidissement cellulitique, la périviscérite cellulitique, enfin, des réactions neuro-tissulaires pelviennes, particulièrement intéressantes.

Congestions viscérales. — Elles ont pour caractères d'être fugaces et de céder en quelques minutes, par la mise en jeu des réflexes vaso-constricteurs de la base du cou et du rachis cervico-dorsal,

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 45, p. 825, et n° 53, p. 965.

(2) Cellulite et appareil respiratoire. *Arch. méd.-chir. de l'appareil respirat.*, 1926, n° 6, p. 1. — Cellulite et appareil circulatoire. *Journ. de méd. pratique*, 2 déc. 1926.

ou par l'effleurage de la peau au niveau du viscère congestionné. Souvent latentes, elles peuvent, d'autres fois, se manifester par des troubles fonctionnels de l'organe en cause et par des réflexes de l'innervation végétative. Les principales sont :

Congestions pulmonaires, que mon regretté maître le professeur Potain nous apprenait à reconnaître comme relevant des troubles vaso-moteurs, d'origine surtout utéro-ovarienne ;

Congestion du foie, souvent mono-lobaire du type Glénard ;

Congestion de la rate et des reins, avec, d'ordinaire, périviscérite rétractile ;

Congestion péri-utérine, souvent énorme, remplissant tout le bas ventre d'un globe d'œdème, tendu, chaud, souvent animé de battements artériels. J'en connais de remarquables exemples au début de grossesses, par ailleurs normales.

Ces diverses congestions, dans certains cas, varient d'un examen à l'autre ; dans d'autres, elles se retrouvent, avec les mêmes caractères, après des semaines et des mois. Même alors on les réduit aisément par le jeu des réflexes vaso-constricteurs. On conçoit l'intérêt, que représente, pour le diagnostic et le pronostic, la réductibilité ou l'irréductibilité d'un organe augmenté de volume.

Infiltrat et enraidissement des parois thoraco-abdominales. — L'inspection montre des bouffissures irrégulières, variables d'un jour à l'autre et des rétractions donnant naissance à des creux, en points de capiton, à des sillons plus ou moins profonds et étendus, à des modifications, parfois invraisemblables du squelette : accolement de plusieurs côtes, dépressions, sans la rétraction inspiratoire des adhérences pleurales, d'où, des assymétries thoraciques, appréciables également par le palper modelant, pratiqué à la manière des sculpteurs ; la gêne cardio-respiratoire est, dans certains cas, notable et le soulagement qu'on peut lui apporter en faisant disparaître les rétractions est, alors, considérable. Ces rétractions et immobilisations de la paroi thoracique sont surtout gênantes dans le cas de congestion de viscères, dont elles entravent le développement ; les réflexes d'innervation végétative n'en sont que mieux excités.

La durée des déformations thoraciques est, comme pour les déviations rachidiennes, extrêmement variable ; tantôt, il s'agit de véritables crises aiguës, tantôt, les déformations squelettiques persistent une grande partie de l'existence ; on est alors surpris de voir, ce qui semblait bien définitif, céder au traitement des rétractions aussi facilement que les réactions fonctionnelles les mieux caractérisées.

A l'abdomen : infiltrat et rétractions donnent ces ventres en bois, si difficiles à palper, pour qui ne sait les assouplir par l'étirement des rétractions. L'enraidissement peut n'être que partiel, limité aux intersections fibreuses des droits abdominaux, à la paroi des fosses iliaques, aux insertions musculaires, etc. L'engorgement des lymphatiques, surtout au bord externe des droits est cause de douleurs avec enraidissements et boursouflures, qui peuvent en imposer pour une crise d'appendicite, de cholécystite, etc., surtout en raison des réflexes d'innervation végétative, qui en sont souvent le corollaire.

Périviscérite cellulitique. — Au thorax, l'engorgement des ganglions lymphatiques entourant les gros vaisseaux irrite les nerfs des gaines périvasculaires, surtout à chaque crise de congestion ou de rétraction. Ainsi s'expliquent, à la suite de trachéo-bronchites, parfois insignifiantes, des malaises mal définis, avec tristesse, angoisse, dyspnée, surtout d'effort, arythmie, extra-systoles. On trouve des ganglions engorgés à la base du cou et dans la région para-sternale, autour de la crosse aortique et de ses branches, avec infiltrat rétractile des tissus voisins ; la réduction de ces réactions neuro-tissulaires fait disparaître tous les troubles. De même, l'engorgement et la rétraction parasternale (région des vaisseaux mammaires internes), peut être cause de toux spasmodique et de dyspnée. L'infiltrat cellulitique intra-thoracique également cause possible de dyspnée, détermine la diminution du murmure vésiculaire et de menus craquements inspiratoires, à bulles fines, rares, égales, existant aussi bien là où manque le poumon, et modifiés davantage par les mouvements qui les augmentent, que par la toux et l'inspiration profonde. Les réactions fonctionnelles neuro-tissulaires sont loin d'être négligeables même lors d'états morbides anciens et qu'il est habituel de rapporter uniquement à des lésions organiques. En présence d'un thorax rétracté verticalement sur la ligne médiane, avec sternum en bateau et gouttières vertébrales enfoncées, on pense avec raison à la rétraction médiastinale, surtout si elle se prolonge aux creux sus-sterno-claviculaires et épigastrique. Le diagnostic se précise s'il existe un peu de stase des jugulaires, si l'auscultation révèle le retentissement exagéré des bruits trachéo-bronchiques, enfin, si le sujet ne peut s'incliner en arrière sans malaise, dyspnée, troubles d'innervation végétative. Il est facile de constater infiltrats et rétractions interstitielles et leur traitement peut donner des résultats, de prime abord, extraordinaires par leur importance et, surtout, leur facilité, qui montre la part appartenant aux réactions fonctionnelles.

De même, dans les péri-aortites non pulsatiles, en dehors des crises d'excitation vasculaire et avec élargissement radiologique et ombre à bords flous et festonnés, le traitement des réactions fonctionnelles peut être des plus utiles.

Sous le nom de périviscérite abdominale, on désigne des lésions inflammatoires périviscérales, avec adéno-lymphangite et possibilité d'adhérences et de déformations viscérales.

Aux lésions de périviscérite s'ajoutent les réactions fonctionnelles neuro-tissulaires, qui existent également en dehors de toute lésion organique. A chaque digestion, à la moindre perturbation nerveuse, atteignant l'innervation végétative dans son ensemble ou dans l'une des zones réflexogènes abdominales, apparaissent bouffissures, rétractions, troubles vaso-moteurs. L'engorgement lymphatique est le fait de tout trouble de la circulation blanche : accroissement de l'infiltrat interstitiel ou barrage au drainage lymphatique, par rétraction, compression

venant des parties voisines ou par adéno-lymphangite.

Ainsi constituées, les réactions neuro-tissulaires expliquent bien des troubles, dont la nature et les variations demeuraient, sans elles, mystérieuses. L'engorgement chronique des ganglions lymphatiques entourant les artères (aorte, iliaques, etc., les voies biliaires, etc.), sont autant de causes d'irritation des plexus nerveux : à la moindre poussée de gonflement lymphatique ou de congestion sanguine, ou d'infiltrat interstitiel, que survienne une crise de rétraction épigastrique, la congestion des lobes hépatiques médians, ou la distension des voies biliaires, et les réflexes d'innervation végétative seront troublés localement et à distance; on comprend et on peut traiter ainsi de nombreux malaises de la grossesse et des affections pelviennes ou du carrefour sous-hépatique, certaines dyspepsies indépendantes du régime et ne répondant à aucun des types connus; des malaises aussi nombreux qu'imprécis, qualifiés de nerveux en raison de leur polymorphisme, de leurs variations, et parce qu'on ne leur trouve aucun substratum organique.

Troubles pelviens. — Le toucher vaginal permet une excellente étude de la périviscérite pelvienne et de ses réactions. L'infiltrat prend ici les caractères de l'œdème en raison de la laxité des tissus; si le doigt est chargé d'électricité (faradique ou courant alternatif convenablement réduit) on obtient rapidement la résolution de cet œdème qui souvent masquait d'autres réactions. L'engorgement lymphatique et les rétractions tissulaires prédominent sur le trajet des vaisseaux sanguins; plusieurs détails nous paraissent d'une importance capitale. Les rétractions apparaissent comme des zones dures, plaquant la paroi vaginale contre les plans profonds; là, où elles sont le plus accusées existent des points réflexogènes dont l'irritation provoque une crise de rétraction appréciable au doigt et qui éveille la douleur avec réflexes végétatifs plus ou moins étendus et intenses. L'échauffement local est net, avec souvent violents battements artériels; la crise de vasodilatation peut, même dans les cas, où elle est des plus nettes, coïncider avec une recrudescence de la rétraction tissulaire, qui, d'autres fois, semblerait liée à la vaso-constriction. Dès qu'on a obtenu l'accalmie de la rétraction, par l'étirement digital seul ou aidé des petits chocs électriques, on se rend compte que les points réflexogènes correspondent à des ganglions lymphatiques dont les caractères répondent à deux types. Tantôt le ganglion présente la forme d'une lentille régulière, d'une dureté élastique, nettement limité par rapport aux tissus voisins, et remarquablement irritable et réflexogène; cet aspect nous semble répondre à l'irritation de l'innervation végétative et mériterait le nom de type sympathique. Ou bien le ganglion est du type inflammatoire bien connu, bosselé, mal délimité d'avec les tissus voisins, prolongé par des traînées de lymphangite bien plus considérables qu'avec le type précédent; il est également beaucoup moins irritable et moins réflexogène. Les rétractions peuvent immobiliser l'utérus, l'attirer hors de sa position normale. Lors des flexions au niveau de l'angle que produit la déviation entre le col et le corps, on trouve les tissus durs et rétractés et la disparition de cette rétraction suffit souvent à réduire la déviation; d'autres fois, la rétraction totale donne à l'utérus un aspect infantile qui disparaît avec elle.

Assez souvent on trouve des brides spasmodiques, saillantes dans le vagin en forme de valvules conniventes; aux extrémités, et plus profondément que le spasme, existent alors de petits nodules de cellulite irritable et réflexogène dont la disparition amène, immédiatement, celle du spasme. Ceci permet de comprendre bien des crampes analogues des divers organes creux.

Chez l'homme, les réactions neuro-tissulaires expliquent des spasmes, troubles sexuels et réflexes nerveux végétatifs, aussi gênants que rebelles aux traitements, qui négligent ces réactions.

En pratique, certains cas apparaissent fort complexes et d'interprétation malaisée. Par exemple, beaucoup d'infections naso-pharyngées sont suivies, à plus ou moins brève échéance, de troubles dyspeptiques, biliaires, ou d'insuffisance hépato-rénale. L'examen décèle la périviscérite abdominale avec engorgement lymphatique. Celui-ci détermine la cellulite ascendante qui, soit par le médiastin, soit le long des parois abdominale et thoracique, remonte vers les confluents lymphatico-sanguins rétro-claviculaires, donnant lieu à des douleurs rhumatoïdes migratrices, et aux troubles cardio-pulmonaires, ou à l'un des syndromes paravertébraux sus-indiqués. Si les lymphatiques cervicaux, engorgés par l'infection naso-pharyngée, déterminent la stase lymphatique, celle-ci augmentera la cellulite thoraco-abdominale, et la gêne, due à cette dernière, masquera les troubles en rapport direct avec l'infection causale. De même une affection des membres, attirant peu l'attention par elle-même, peut être bien plus gênante par la cellulite thoraco-abdominale qu'elle occasionne.

La complexité augmente encore par le fait que tout trouble de la nutrition générale, par fatigue, dyspepsie, rétention chlorurée, etc., toute perturbation, physique ou morale, de l'innervation végétative, sont autant de causes d'infiltrat, d'engorgement lymphatique, de rétractions qui se localiseront aux points déjà atteints par la cellulite. Pour permettre un diagnostic exact, l'épreuve du traitement est alors nécessaire; l'accessoire cédant rapidement, les troubles principaux, plus tenaces, se trouvent dégagés et mis en lumière.

Ainsi donc, la connaissance des réactions neuro-tissulaires permet de comprendre et de traiter bien des troubles thoraco-abdominaux qui, sans elle, demeureraient inexpliqués et rebelles; ce sont : la majorité des douleurs thoraciques et abdominales, certaines crises dyspnéiques ou à forme d'angine de poitrine, des crises nerveuses par irritation de l'innervation végétative, enfin des troubles nombreux et variés des viscères thoraco-abdominaux.

(*A suivre.*)

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(IXe SESSION, *22-26 juin 1929.*)

Quatre heures! Les accents de la *Brabançonne* retentissent; la foule se lève d'un même élan... Sa Majesté la Reine des Belges pénètre dans la loge royale de la salle des séances solennelles du Palais des Académies, remplie d'une foule composée pour la plus large part de médecins et de savants. La IXe Session des Journées médicales de Bruxelles va s'ouvrir.

J'ai déjà, à plusieurs reprises, décrit ce cadre imposant, cette salle aux proportions harmonieuses, dont les murs disparaissent sous d'admirables tableaux d'histoire qui montrent les affinités étroites qui ont existé, au cours des âges, entre la Belgique et la France. Je n'y reviendrai que pour faire remarquer quelle ambiance éminemment propice aux spéculations les plus hautes de l'esprit humain, cette salle, en elle-même, constitue...

La séance est présidée par M. Carnoy, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène. A ses côtés ont pris place M. le professeur H. Coppez, président du Comité d'organisation des Journées; le sympathique docteur Bandelac de Pariente, que j'ai toujours grand plaisir à rencontrer et qui évoque devant mes yeux l'Umfia et tout son état-major; M. le professeur Slosse; M. le professeur Sergent; M. J. Servais, ministre des Beaux-Arts; Luc Durtain, le conférencier; les docteurs Beckers et Mayer, et d'autres personnalités marquantes du monde médical, déléguées par de nombreux gouvernements étrangers : Italie, Japon, Espagne, Brésil, Suisse, Portugal, Mexique, Pologne, Argentine, Hollande, Grèce, Luxembourg, Equateur, Chili, Pérou, etc. Le gouvernement français est représenté par le professeur Sergent.

M. le ministre Carnoy, après avoir salué sa Majesté la Reine, incarnation vivante de la Charité, à qui les petits soldats donnaient le doux nom de mère, souhaite la bienvenue aux savants venus de tous les coins du monde pour participer aux travaux des Journées médicales. Le temps de l'isolement est révolu, aussi bien pour les médecins que pour les peuples. La science médicale évolue et sa complexité la rend solidaire de toutes les autres activités humaines... Allusion marquée aux Assurances sociales, dont il est question de doter la Belgique, et dont le fonctionnement devra respecter la dignité morale et la situation matérielle des médecins qui en seront les principaux artisans. Ce n'est que par une collaboration étroite entre le Corps médical et les administrateurs des Caisses d'assurances que les sommes considérables qu'elles manieront trouveront un judicieux emploi... Ce rôle de la médecine exige des praticiens respectables et respectés. Les chambres médicales que doit créer la loi dont le projet est soumis au Parlement assureront le respect nécessaire des institutions et des hommes. Douées de pouvoirs étendus pour juger les fautes professionnelles qui échappent présentement à la juridiction des tribunaux, elles constitueront un domaine nouveau pour la Société et pour les médecins. C'est une voie dans laquelle il convient de s'engager résolument...

Au nom des délégués étrangers, M. le professeur Sergent s'incline devant la souveraine. Il montre que les grandes étapes franchies par les sciences médicales, au cours du XIXe siècle, sont jalonnées par trois noms : Laennec, le clinicien; Claude Bernard, l'expérimentateur; Pasteur, le biologiste. L'empirisme a été longtemps la seule ressource de la médecine. Grâce à ces savants et à ces étapes, nous commençons à apercevoir les rayons éclatants du soleil. La médecine a cessé d'être empirique et elle a sa place désormais parmi les sciences biologiques. Il n'y a pas de hiérarchie dans les sciences. La physiologie, longtemps parente pauvre de l'anatomie, tient la place qui lui appartient, et la clinique, basée sur l'une et l'autre, conserve son rang prépondérant.

Au nom du Comité d'organisation des Journées médicales, le docteur Beckers, secrétaire général, prend la parole à son tour. Beckers assume tous les ans la même tâche délicate. Et tous les ans, il sait se renouveler, et trouver de nouveaux accents, de nouvelles formules. Il enregistre avec satisfaction le succès grandissant des Journées médicales, ce succès qui est fait de l'influence du milieu, de l'ambiance qui s'y installe des relations qui s'y créent, de la bonne atmosphère qu'on y respire, si bien que l'on se sent plus alerte pour continuer la vie, quand elles sont terminées. L'horizon médical s'éclaire d'une vive lueur; les Chambres médicales font luire cette lumière. Il faut féliciter le Gouvernement belge d'avoir approuvé un tel geste, d'où sortiront la paix, le calme, la bonne entente. Beckers salue ensuite Luc Durtain, le médecin homme de lettres qui porte une lampe sur le front; le professeur Sergent éminent représentant de la France; le professeur Coppez, qui appartient à une famille essentiellement médicale, et il termine par des remerciements à tous les délégués et assistants. Le succès légitime qu'il a remporté a été à la mesure de son talent et de sa personne : je l'en félicite de tout mon cœur.

Le professeur COPPEZ, président du Comité, qui exerce l'ophtalmologie, évoque le souvenir de l'illustre père de la reine Elisabeth, le duc de Bavière, qui fut un grand homme de bien et un éminent oculiste dont toute la vie doit être donnée comme un exemple de dévouement profond. Il parle ensuite des transformations qui vont être introduites par une loi en gestation, dans les études supérieures. Le régime des études médicales médicales va être modifié et allongé. Il exprime l'espoir qu'un jour prochain, on tiendra compte des spécialisations, et de leur intérêt et qu'on créera des diplômes de spécialités dont le besoin s'impose. Ce n'est que par une longue préparation que l'on peut faire de bons médecins.

M. Luc DURTAIN, globe-trotter impénitent, au retour d'un voyage de quatre mois en Indochine, a choisi pour sujet de sa conférence : La médecine vue d'outre-mer. Nul mieux que lui n'était qualifié pour traiter une telle question. Je ne vous le présenterai pas longuement.

Observateur aux sens particulièrement aiguisés, esprit fin et pénétrant, analyste subtil, tel il apparaît dans ses romans; tel il m'est apparu encore à Bruxelles, sans rien renier de sa langue si fortement colorée au point d'éblouir parfois jusqu'au trouble.

Il débuta par un salut respectueux à la Reine et une vibrante apologie de la Belgique qui donne, à ceux qui la parcourent, une leçon de courage et de confiance. Qu'on aille du Borinage aux plaines de l'Escaut, des bords mouvants de la mer du Nord aux forêts calmes des Ardennes, on rencontre une race mystique, sans doute, mais pratique et forte en même temps. Toute l'histoire des Flandres le prouve.

Entrant ensuite dans le vif de son sujet, il nous transporte d'abord en Amérique par la route de l'Ouest. Les autochtones ont à peu près disparu, ce sont des blancs venus d'Europe qui les ont absorbés.

Ici, cette comparaison que j'ai fort goûtée et qui me rappela la conférence faite à Toulouse, par le professeur Bordet, sur les cultures microbiennes et leurs évolutions. La race blanche, dit Luc Durtain, est comparable à une culture microbienne qui change d'aspect et de forme quand on modifie son milieu nutritif habituel. Transplantée outre-Atlantique, elle adopte d'autres mœurs, et s'oriente vers un utilitarisme gigantesque, que révèlent ses buildings, ses mécaniques compliquées. Tout cela ne reste pas moins le fruit de la science européenne.

Puis, changeant de direction, il nous entraîne vers l'Orient,

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*

et nous conduit à Djibouti, dont il décrit avec lyrisme le ciel et les horizons; en Indochine, dans le Laos. Là encore, à ces races mystérieuses, qu'a apporté l'Europe? L'art médical, les remèdes scientifiques, avec leur puissance d'équilibre, et leur potentiel de bien-être.

Et j'ai noté, au passage, quelques pensées dignes d'être retenues plus particulièrement : « La perspective est un mirage du destin ». Et celle-ci, sur laquelle je terminerai ce compte rendu : « De toutes les sciences, la médecine est celle qui se tient étroitement contiguë à l'humanité. »

Ovation chaleureuse, suivie du départ de Sa Majesté la Reine, salué par l'hymne national belge.

Cette première journée s'est achevée sur un agréable spectacle de fantaisie intitulé : *Un peu de music-hall*, une revue agrémentée de fort jolies filles : les dix Flower Stars et qui eut pour épilogue les chants talentueux de Lise Gauty, superbe de plastique, émouvante d'accents pathétiques, rappelée je ne sais combien de fois...

A la suite du spectacle, raout animé avec le concours de « Bistrouille amateur Dance orchestra ».

Deuxième journée. — La matinée est remplie par plusieurs conférences dont deux semblent avoir eu un succès plus particulier : celle du docteur new-yorkais J. EASTMANN SHEEHAN, sur la *chirurgie plastique de la face*, avec projections lumineuses, cinématographiques simples et en couleurs et vitaphone.

Celle du docteur TRÉMOLIÈRES, médecin des hôpitaux de Paris, sur les *péri-entérocolites*, que j'ai suivie.

Les péri-entérocolites ont le plus souvent pour point de départ une inflammation organique, telle que l'appendicite chronique. Elles se développent, tantôt *in situ*, tantôt à distance, et cheminent de la fosse iliaque droite vers la gauche, soit par contiguïté, soit par les voies lymphatiques. Elles procèdent par vagues d'assaut, qui gagnent successivement le carrefour inférieur, l'angle sous-hépatique, le carrefour supérieur, l'anse sigmoïde. Elles sont généralisées ou localisées. Elles intéressent tantôt les anses grêles, tantôt le gros intestin, qu'elles recouvrent de brides allant de la grande bride à la petite qui fait frein sur l'anse et en détermine la coudure : bride iléale, pretermino-iléale, péricolite ascendante; péricolite sous hépatique, transverse, angulaire; bride périsigmoïdale, mésentérites rétractiles, épiploïtes.

Cliniquement on observe souvent une symptomatologie assez vague, mais, d'autres fois, les signes sont plus significatifs : douleurs localisées ou diffuses, sourdes, sensation de pesanteur permanente, s'exaspérant dans certaines positions : élévation des bras (signe de l'armoire). Ces sensations sont dues soit à la distension de l'intestin par les matières accumulées, soit à la colite, soit à l'entéronévrite, soit enfin aux plexalgies tenaces.

Réactions nerveuses intenses dans la sphère neurovégétative, amenant des troubles généraux susceptibles de s'orienter nettement vers les psychopathies.

Signe primordial : la constipation, gauche, mécanique, sans inconvénient grave; droite, plus sévère en raison des résorptions toxiques et des phénomènes infectieux qu'elle détermine. Autres symptômes : céphalées, migraines, nausées, rhumatisme, troubles ovariens chez la femme; dénutrition, voire cachexie... Fièvre témoin de l'infection.

Complications : pyélonéphrites avec hématurie, cystites; syndrome entéro-rénal, entéro-hépatique. Complications péritonéales, pulmonaires.

L'examen physique ne fournit guère de renseignements. L'examen radiologique est très instructif à la condition d'être fait en séries par un radiologue sachant interpréter les images recueillies.

L'évolution chirurgicale des péri-entéro-colites s'oriente vers l'occlusion intestinale aiguë incomplète, complète et suraiguë.

Celles-ci se révèlent par du clapotage intestinal, le syndrome de Kœnig, de la matité, une fausse ascite...

Le traitement sera d'abord causal (appendicectomie). Dirigé contre l'affection elle-même, en dehors de l'intervention chirurgicale, quand elle est indiquée, il sera surtout physiothérapique et recourra aux rayons ultraviolets, infrarouges; à la diathermie; au mésothérium en injections sous-cutanées; à l'éther éthyl benzyl cinnamique également injecté sous la peau; au massage prudent; à la gymnastique respiratoire...

Il faudra d'ailleurs soigner longtemps la colite concomitante.

Dans la soirée, j'ai entendu le sympathique docteur MORAX ophtalmologiste honoraire des hôpitaux, exposer la question de l'*Ophtalmie sympathique*. On sait de quoi il retourne : un œil blessé ou opéré devient le siège d'altérations spéciales qui apparaissent ensuite, identiques, dans l'œil sain.

Peut-on prévoir qu'une ophtalmie sympathique apparaîtra dans un œil à la suite de lésions de l'autre? On a pensé à recourir à l'intradermo-réaction ou à la déviation du complément. Il serait dangereux de s'appuyer sur elles pour décider ou repousser l'opération.

L'auteur a énucléé 412 yeux, à la suite de quoi il n'a observé que 49 ophtalmies sympathiques, soit 9,3 p. 100...

Il n'existe pas de preuves expérimentales de la nature infectieuse de l'ophtalmie sympathique. Mais l'histologie prouve l'identité des lésions entre les deux yeux.

Par la projection de nombreuses planches en couleur, M. Morax a montré comment cette identité apparaît irréfutable.

Autres conférences de la journée : *L'éphédrine dans le traitement de l'asthme* (docteur DE BERSAQUES). — *Rapports entre les propriétés physico-chimiques du corps vitré et le tonus oculaire* (docteur REDSLOB). — *Rôle du corps vitré dans la genèse du glaucome primaire* (docteur NORDENSON). — *Que peut-on espérer de la radiothérapie dans le traitement des tumeurs du tube digestif* (docteur DUSTIN). — *Porphyrinurie* (professeur HYMANS VAN DEN BERGH). — *Traitement opératoire du décollement de la rétine* (professeur J. GONIN). — *Le sinus carotidien, son rôle en physiologie et en pathologie* (professeur HEYMANS). — *Le rhumatisme chronique* (docteur Mathieu-Pierre WEILL). — *Les sciatiques vertébrales* (professeur PUTTI). — *Les indications extradiabétiques de l'insuline* (professeur HOET). — *Cardiologie : arythmies* (LUTEMBACHER). — *Rhumatisme, arthritisme* (docteur BERTRAND).

Et j'ai gardé pour la fin la belle conférence du professeur SERGENT sur les *Conditions pathogéniques et les processus anatomiques des réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.*

La tuberculose pulmonaire chez l'adulte est le réveil d'une tuberculose contractée pendant l'enfance... On trouve cependant des adultes qui sont, au regard de la tuberculose, des équivalents des enfants. Ce sont les indigènes qui présentent un terrain vierge : tuberculose de primo-infection... Nous sommes tous tuberculisés, ensemencés avec le bacille de la tuberculose. Mais nous restons en état de défense, en vertu d'un équilibre instable, constituant l'allergie faite d'immunisations relatives et de sensibilisations partielles. La tuberculino-réaction est alors positive. Vienne à se rompre cet équilibre, l'anergie remplace l'allergie : la tuberculino-réaction devient négative... Les réinfections hétérogènes, massives ou successives, sont l'exception. La règle, c'est la réinfection endogène. Les tuberculisés conservent indéfiniment leurs foyers tuberculeux. Les bacilles sont emmurés vivants dans ces foyers... Comment s'effectue la reprise d'activité des foyers éteints? A la faveur de circonstances occasionnelles qui mesurent et diminuent le degré de résistance du terrain. Circonstances physiologiques : surmenage, croissance, accouchement, ménopause... Circonstances pathologiques : maladies anergisantes : rougeole, fièvre typhoïde, rhumatisme prolongé... Les signes qui traduisent le réveil des foyers sont

fonctionnels et généraux. Signes généraux : amaigrissement, fatigue, pâleur, anémie, fièvre, instabilité du pouls. Signes fonctionnels : toux... A ces signes se surajoutent des signes physiques, stéthoscopiques et radiologiques... La radioscopie révèle les modifications subies par le ganglion calcifié qui s'entoure d'un halo de plus en plus marqué, d'où partiront les traînées de ce que Bezançon a appelé la tramite, et l'auteur la périlobulite... La tuberculose pulmonaire est polymorphe; elle se manifeste sous trois grandes formes : granulie, pneumonie caséeuse lobaire, tuberculose interstitielle. Il y a identité dans la nature de ces trois formes. Elles dépendent de la voie suivie par le bacille. . Le terrain contribue aussi à créer la différenciation entre les formes de la tuberculose...

Une autre notion doit être signalée et retenue : le bacille lui-même. Henri Durand, le premier, en a observé et décrit les formes filtrables...

Enfin, il existe des tuberculeux masqués : ils apparaissent comme des bronchitiques ou des asthmatiques.

Des projections de radiographies expliquées par le professeur ont illustré comme il convenait son très intéressant et très pratique exposé, auquel le nombreux auditoire fit le succès qu'il méritait.

La soirée comportait un spectacle de gala, au théâtre de la Monnaie, honoré de la présence de Leurs Altesses royales le duc et la duchesse de Brabant. Le programme varié comprenait : *Judith* de Honegger; la *Vie brève* de Manoel de Falla, *Impressions de music-hall* de Pierné. Tout en rendant hommage au talent des artistes et à la beauté de la mise en scène, je dois avouer que j'ai peu goûté la première œuvre interprétée; j'ai entendu dire à mes côtés : musique cubiste. C'est assez mon avis. L'ouvrage de Falla est infiniment plus accessible et m'a plu davantage. Musique colorée, vivante, alerte, correspondant aux situations dramatiques évoquées... Les *Impressions de music-hall* ressemblent à une pochade; c'est amusant, sans plus.

Mais il y a chaque année, dans cette soirée théâtrale, un tel effort d'art, une telle volonté d'offrir des primeurs de choix aux congressistes que je serais impardonnable de ne pas, une fois de plus, féliciter et remercier nos amis des Journées médicales. Et puis, il en faut bien pour tous les goûts. Et d'autres ont sans doute mieux apprécié que moi la *Judith* de Honegger.

Troisième journée. — La matinée du lundi a été remplie, à l'accoutumée, de démonstrations, interventions et exposés cliniques dans les divers établissements hospitaliers et instituts de Bruxelles : hôpital Saint-Jean, hôpital Brugmann, Institut médico-chirurgical. Dans ce dernier établissement, le docteur Eastman Sheehan (de New-York) a mis en pratique les enseignements de la conférence de la veille, en opérant lui-même des sujets ayant besoin de recourir à la chirurgie plastique de la face.

L'après-midi se tenait la séance publique de la Société belge de médecine préventive et d'eugénique. Le clou en fut, certes, la conférence du professeur COUVELAIRE. Sous le titre *Obstetricie sociale*, le distingué professeur montra que l'eugénique consiste, pour la plus large part, à lutter contre la syphilis qui se transmet à l'enfant par la voie maternelle, puisqu'elle tue la moitié des fœtus dans l'uterus et 25 p. 00, dans la première année, de ceux qui naissent. Et plus tard, que de tares viscérales dues à l'hérédo-syphilis ! De combien d'hôtes lui sont redevables les tribunaux, les prisons, les asiles ! On peut donc dire que, socialement, il y a une masse de déchets provenant du tréponème.

Comment organiser la lutte ? En empêchant le syphilitique de procréer? En le stérilisant? Mesures radicales pratiquement irréalisables. La solution de l'eugénique pratique consiste à atténuer les méfaits de l'infection et à en diminuer l'intensité.

Pour cela, on soumettra le syphilitique à la thérapeutique classique, avant la procréation, durant la gestation et durant l'enfance. Le résultat de cette pratique? La mortinatalité, qui est de 75 à 80 p. 100 si les femmes enceintes ne sont pas traitées, tombe à 10 p. 100 avec la mise en œuvre d'un traitement sérieux. L'auteur montre ensuite ce qui a été fait en France dans cette voie au XVIIIe siècle, où l'on disposait de maisons maternelles, à Paris même — formule insuffisante à ne pas conserver. Plus tard, Bertin eut l'idée de placer les hérédo-syphilitiques à la campagne pour les y traiter. L'idée ne fut pas réalisée. C'est cependant une pratique heureuse. Enfin, tout récemment, on adopta la formule du dispensaire permettant les traitements ambulatoires. Mais on eut tort de placer ces dispensaires en annexe des services de dermato-vénéréologie. Le résultat fut déplorable. Tandis qu'en annexant le dispensaire à la Maternité, ainsi que cela se pratique à Baudelocque, toute la famille peut être traitée dans les meilleures conditions. Les résultats de cette méthode sont excellents ; les statistiques le prouvent sur 10.000 naissances, alors qu'en 1921 la mortinalité s'élevait à 111 cas, en 1927 elle n'a atteint que 35 fœtus.

Le docteur PÉCHÈRE a traité, pour son compte, la question d'actualité du *Certificat prénuptial*. Il en a plaidé la cause avec une conviction, une chaleur, un bonheur d'expression auxquels il me plaît de rendre hommage. Outre que, personnellement, je doute de l'efficacité de la mesure proposée, il est à craindre que, dans nos pays de langue française, l'opinion publique reste longtemps réfractaire à des mesures si contraires à sa conception de la liberté, tout autant d'ailleurs que l'*examen médical périodique*, dont nous entretint M. le docteur KEIFFER.

Notre excellent ami Jacques DE FOURMESTRAUX a traité de la *Diathermo-coagulation dans le traitement chirurgical du cancer*. Il a exposé les heureux effets de cette technique dans l'épithélioma de la face. Il s'est montré plus réservé touchant le cancer de la langue. Quant au cancer du sein, il ne semble pas qu'il ait encore bénéficié de ce procédé.

A la fin de l'après-midi, le médecin lieutenant-colonel SHICKELÉ, mon très distingué camarade du Service de santé français, exposait aux médecins belges de réserve comment fonctionne, en France, l'*instruction des réserves du Service de santé*. Son exposé, conduit avec méthode et clarté, parfois émouvant, dans l'évocation qu'il fut amené à faire des souvenirs communs de la guerre, lui valurent une chaleureuse ovation. Il fut sacré parrain de l'Union fédérative des médecins belges.

Autres conférences : *Des altérations humorales de l'état cancéreux et précancéreux et de leur rôle pathogénique* (docteur REDING). — *L'application locale de la chaleur comme adjuvant dans la prophylaxie sociale et individuelle de la syphilis, et le rôle de la température tissulaire dans la pathogénie de l'infection syphilitique* (professeur BESSEMANS). — *Physiologie de l'hypophyse* (docteur BREMER). — *La voie artérielle dans le diagnostic et la thérapeutique* [professeur REYNALDO DOS SANTOS (de Lisbonne)]. — *Physiologie du cervelet* [professeur DE STELLA (de Gand)].

Le soir, avait lieu le banquet offert en l'honneur des délégués des gouvernements étrangers, au Résidence Palace, sous la présidence du professeur H. Coppez, près duquel s'étaient assis M. E. Vauthier, ministre des sciences et des arts, d'autres membres du Cabinet belge, tout le corps diplomatique et de nombreux convives. J'y reviendrai.

Quatrième journée. — La matinée du mardi comportait la visite de la nouvelle Faculté de médecine de Bruxelles. C'était là une faveur particulière faite aux congressistes, puisque l'inauguration officielle de cette admirable fondation n'a pas encore eu lieu. Elle fut présidée par M. Jean Servais, minis-

tre d'Etat, président du Conseil d'administration. Les visiteurs ont été fort intéressés par la présentation de tous les services d'un enseignement complet de la médecine : laboratoires, auditoires (amphithéâtres). Après la visite, le ministre et Mme Servais ont reçu les congressistes avec une bonne grâce charmante.

L'après-midi ont eu lieu de nombreuses conférences, parmi lesquelles je signalerai tout particulièrement celle du professeur L. SPILMANN, doyen de la Faculté de médecine de Nancy sur *Dermatose et opothérapie*.

Le professeur L. ROCHER (de Bordeaux) avait choisi de son côté l'*Anesthésie locale et la rachianesthésie chez l'enfant*.

Autres conférences : *Les institutions médicales de l'ancienne Abbaye d'Orval* (docteur TRICOT-ROYER). — *Guérison de la tétanie expérimentale du chien au moyen de l'ergostérol irradié* (docteurs DEMOLE et CHRIST). — *Le syndrome hémogénique. Signification, diagnostic et traitement* (ROSKAM). — *Le sel dans les néphrites* (professeur L. BLUM). — *Les déplacements de la trachée et du médiastin en rapport avec la tuberculose du poumon* [professeur MAININI (de Buenos-Aires). — *De l'état parkinsonien. Qu'est-il? Comment et dans quelle mesure peut-on l'amender?* [professeur FROMENT (de Lyon)].

Cinquième journée. — Elle fut consacrée à une excursion à Mons et à Mariemont.

Cette visite, au Borinage, permit aux congressistes de saisir sur le vif l'organisation de la médecine sociale dans une région essentiellement minière, notamment dans le domaine des accidents du travail. Elle s'est arrêtée en particulier à l'hôpital charbonnier de Warcquignies, au Musée provincial d'hygiène et de bactériologie du Hainaut et à l'Ecole des mines.

De là, les congressistes se sont rendus au château de Mariemont, puis, pour finir, à Encaussines où ils ont admiré la cathédrale de Saint-Wandru et le château historique.

Ainsi se terminèrent ces mémorables Journées, dont le succès dépassa encore celui des années précédentes.

A l'exposition annexée aux Journées, et qu'avait organisée, avec son activité et son esprit pratique, M. René Lépine, les grandes marques françaises étaient représentées : Adrian, Bailly, Bottu, Boucart, Byla, Carteret, Choay, Comar, Cortial, Bruneau, Deschiens, Fournier, Fumouze, Galbrun, Génévrier, Roussel, Heudebert, Debat, Goménol, Inava, Leprince, Lecène, Lumière, Mouneyrat, Panbiline, Robert et Carrière, Robin, Rogier, Rolland, Rhône-Poulenc, Toraude, Zizine, etc. Je m'excuse auprès de ceux que j'aurais pu oublier.

Au banquet, après que le ministre, S. E. M. Vauthier, eut porté la santé de Leurs Majestés, le professeur H. Coppez remercia tous les assistants, et s'enorgueillit de constater que vingt-quatre nations avaient envoyé des délégués. Le docteur d'Ernst, délégué suisse, au nom des délégations étrangères, remercia les organisateurs des Journées médicales dont il fit ressortir le succès croissant.

Je terminai enfin la série des toasts, au nom de l'Association de la Presse médicale française.

« C'est au nom de cette Association, ai-je dit en terminant, que j'ai pris la parole, m'efforçant de remplacer de mon mieux notre très sympathique président, M. le professeur Maurice Loeper, qui, empêché, m'a fait confiance, en me chargeant de vous dire ses regrets et ses compliments. A défaut de ses titres et de son talent de parole, je vous offre, messieurs, une sincérité de sentiments dont je suis assuré que vous ne doutez pas.

« Ces sentiments, je les enclos dans le toast que je suis heureux de porter aux Journées médicales de Bruxelles. Je n'ai pas à boire à leur succès. A l'heure où s'achève si brillamment la troisième journée de leur IXe session, nous n'avons plus rien à leur souhaiter. Mais je veux lever mon verre en l'honneur de leur Comité d'organisation et de son très distingué président; en l'honneur aussi de l'Association de la Presse médicale belge dont je suis membre correspondant. Et c'est de tout cœur que j'ose crier : « Vivent les Journées médicales belges! Vive la noble et si accueillante Belgique! »

G. DUCHESNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1929)

Compression de la queue de cheval par une tumeur d'un disque intervertébral. — M. ROBINEAU rapporte cette observation de MM. Petit-Dutaillis et Alajouanine : l'examen lipiodolé montre un arrêt entre Ve lombaire et Ire sacrée. La tumeur n'a pu être atteinte qu'après ouverture dure-mérienne transversale et dégagement des racines. Guérison.

M. Robineau a opéré un cas analogue. Il pense que l'examen lipiodolé doit être exécuté en position assise, que l'absence de suture dans les incisions transversale de la dure-mère n'a pas d'importance et que le drainage est inutile en chirurgie rachidienne. Il s'agissait d'une tumeur de structure fibreuse.

A une question de M. Cunéo, M. Robineau répond qu'il semble qu'on ne puisse pas le plus souvent aborder ces tumeurs autrement que par voie intra-rachidienne.

M. BRÉCHOT pense que les résections dure-mériennes n'entraînent pas d'accident.

Abcès traumatique tardif. — M. LENORMANT rapporte cette observation de M. Guillemin (de Nancy). Il s'agit d'une blessure du crâne, en séton, survenue treize ans avant. La réapparition de signe nerveux amène à l'intervention : abcès au niveau de la cicatrice et extirpation de sept petits esquilles. Guérison de l'abcès et grosse amélioration des troubles fonctionnels.

Résultats éloignés de la splénectomie. — M. BRIN (d'Angers) rapporte un excellent résultat, dix-sept mois après l'intervention, d'une splénectomie exécutée chez une malade qui présentait une grosse rate et des hémorragies. La cause devait en être une cirrhose hépatique ou une maladie de Banti.

M. GRÉGOIRE estime ce résultat remarquable. Peut-être, sous le titre de cirrhose de Laennec, range-t-on des affections dont le début est splénique.

Euchondrome du fémur. — M. BRIN a pu observer longtemps et opérer cette tumeur. Essai d'opération conservatrice.

M. MOUCHET pense qu'il s'agit d'une transformation d'une exatose ostéogénique et estime qu'il s'agit d'une tumeur bénigne.

M. ROBINEAU a vu Nélaton amputer un cas analogue, considérant une telle tumeur comme maligne.

Purpura chronique récidivant. — M. GRÉGOIRE en précise les signes et en rapporte trois observations. Après intervention, deux guérisons, un cas avec troubles persistants.

Bistouri à haute fréquence. — M. GOSSET a opéré deux cancers du sein avec cet instrument. Il a cependant dénudé la veine axillaire et ses affluents au bistouri ordinaire. L'ensemble de l'opération lui semble moins hémorragique. Les suites opératoires sont normales. Ce bistouri pourrait être intéressant pour éviter les contaminations néoplasiques.

M. CUNÉO ne conçoit qu'un moyen d'éviter les greffes opératoires, c'est de passer en tissu sain.

M. Robert MONOD a trouvé des avantages au bistouri à haute fréquence.

Présentation de malades. — M. GERNEZ : pouce de la main gauche remplacé par greffe totale d'un orteil. Excellent résultat de cette intervention exécutée par M. Petit (de Château-Thierry).

M. DUVAL : excellents résultats dans une brûlure chez un malade maintenu, sans pansement, à l'air, sur un drap stérilisé.

M. PAÎTRE : fracture de la ceinture pelvienne.

M. MOURE : corps étranger articulaire du genou.

M. CADENAT présente les radiographies d'un cas de luxation du scaphoïde en arrière et du semi-lunaire en avant. Dans ce cas exceptionnel, réduction par voie postérieure.

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1929).

Corps étrangers articulaires et rupture du ménisque interne. — M. ALGLAVE a opéré par voie transrotulienne un sujet présentant des crises de blocage, grâce à ce large abord il a pu faire une intervention complète, extirpant cinq corps étrangers, dont deux seulement libres, et le ménisque interne partiellement désinséré. Très bon résultat.

Cas de tétanos guéris. — M. BAZY rapporte trois observations de MM. Tailhefer (de Béziers), Coudrain et Legrand-Desmons (de Saint-Quentin), Chaou, Noyer et Duboucher (d'Alger). M. Bazy insiste sur les conclusions générales suivantes qu'on peut tirer de ces observations : intérêt de l'emploi de très hautes de sérum, des injections intra-rachidiennes, du traitement local de la plaie tétanigène, et de l'emploi des anesthésiques (par inhalation, ou somnifène).

M. SORREL se demande si les injections intrarachidiennes ne peuvent pas provoquer des méningites bacillaires chez les tuberculeux présentant un aut foyer.

M. MAISONNET a constaté des accidents méningés et propose d'associer la vaccinothérapie à la sérothérapie.

M. LECÈNE insiste sur le fait que le tétanos n'est pas une septicémie, mais une intoxication qui peut se renouveler tant que le foyer tétanigène persiste. Il faut donc distinguer deux cas : si on n'a pas pu détruire le foyer tétanigène, la gravité du pronostic légitime le sérum à très hautes doses. Si au contraire le foyer tétanigène a pu être detruit, il ne faut pas exagérer les doses de sérum, dont l'emploi en excès provoque des accidents.

M. BAZY confirme que le sérum est quand même un poison, et que même les sérums hématopoïétiques ingérés peuvent provoquer des accidents. Cela ne doit pas empêcher l'emploi du sérum antitétanique, mais il faut tâcher de le doser suivant les cas.

Ulcère récidivant du duodénum. — M. ROUX-BERGER rapporte une observation de M. Simon (de Strasbourg). C'est un bel exemple d'ulcère récidivant, existant encore, après quatre interventions.

M OKINCZYC a observé un cas analogue. Le malade continue à souffrir même après résection gastrique, pas très étendue il est vrai. La cause de la récidive paraît être gastrique.

M. PICOT pense que certains malades continuent à souffrir lorsqu'ils présentent de la stase.

M. CUNÉO estime que les résections gastriques extrêmement larges diminuent la quantité d'acide chlorhydrique et paraissent encore donner dans les ulcères récidivants les résultats les meilleurs.

M. BROCQ a pu diminuer chez le chien par radiothérapie, l'acidité gastrique.

M. DUVAL estime que nombre de chirurgiens gastriques après avoir évolué vers la gastrectomie, reviennent à la gastro-entérostomie. Tous ces changements viennent de l'ignorance de la cause de l'ulcère.

M. LECÈNE estime que le régime déchloruré abaisse l'acidité gastrique.

Radiothérapie dans les fibromes. — M. ROUX-BERGER rapporte une observation de M. Ibos qui dut intervenir après essai de radiothérapie, dans des conditions extrêmement difficiles. La malade finit par guérir. Cette guérison semble avoir été favorisée par des injections de sérum hypertonique.

Pancréatite chronique avec ictère. — M LEVEUF en rapporte trois observations. L'une d'elles est particulièrement intéressante, car dans un cas l'autopsie de la malade a pu être pratiquée longtemps après l'intervention pour ictère. Le noyau de pancréatite chronique persistait. L'anastomose cholécysto-gastrique persistait.

M. CUNÉO remarque que la bile claire n'est pas forcément l'indice de la non communication avec les voies biliaires.

M. GOSSET estime aussi que l'existence de la bile blanche n'est pas une raison pour ne pas intervenir sur la vésicule.

M. ALGLAVE a constaté une pancréatite très volumineuse de la tête et du corps du pancréas.

Présentation de malades. — M. ALGLAVE présente le malade de l'observation relatée au début de la séance (corps étrangers articulaires et rupture de ménisque), et un autre malade traité par voie transolécranienne pour fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. AUVRAY présente un malade présentant une quadruple rétraction palmaire et plantaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1929)

La vie cellulaire. — M. MARIE-MERCIER fait un exposé complet des théories électriques de la vie cellulaire. La cellule est une pile; la différence de potentiel entre le noyau (+) et le sang (—) détermine la vie. Les ions H ont tendance à polariser le couple électrique; l'oxygène est l'agent dépolarisant. Le déséquilibre, le cancer résulte de la mauvaise régularisation de cette dépolarisation, assuré par le système nerveux, le système endocrinien, l'équilibre acido-basique. Une conclusion pratique en découle : le traitement du cancer par l'augmentation de la charge négative du noyau ce qui, d'après l'auteur, peut s'obtenir par un dispositif électrique spécial.

Chirurgie pulmonaire. — M. Georges ROSENTHAL relate les conclusions très favorables de ses expériences de chirurgie pulmonaire. Les thoracotomies ont une mortalité de 75 p. 100. L'auteur opère en deux temps; ouverture du thorax, suture de la plaie cutanée à celles de la plèvre au cours d'une première intervention, puis, plusieurs jours après, quand l'animal s'est remis du choc, opérations sur le parenchyme pulmonaire. Les résultats ouvrent de vastes perspectives à la chirurgie thoracique.

(SÉANCE DU 19 MAI 1929)

Corps étrangers des bronches. — M. GUISEZ expose ses diverses techniques lui permettant d'extraire les corps étrangers de l'œsophage, de la trachée ou des grosses bronches.

Sels de bismuth. — M. GALLIOT avait démontré, dans une communication antérieure, l'accumulation des sels insolubles de bismuth dans les tissus dans les régions injectées. Il a constaté une accélération de la résorption si le malade se soumet à une cure de bains sulfureux. Des clichés radiographiques en apportent la confirmation.

Diathermo-coagulation. — M. DURAND-BOISLEBARD expose sa technique de diathermo-coagulation dans le traitement des hémorroïdes externes et de leurs complications.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des **DIASTASES INTRACELLULAIRES**
Retour très rapide
de l'**APPÉTIT** et des **FORCES**

FORMES :
ÉLIXIR
GRANULÉ

DOSES { *Adultes* : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; *Enfants* : 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme



PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine

NOTES DE PRATIQUE

MYOCARDITE SÉNILE

Régime lacté et lacto-végétarien (ne pas dépasser deux litres de liquide pour éviter la pléthore vasculaire). Purgatifs.

Application d'une ventouse scarifiée sur la région cardiaque, à répéter cinq à six jours de suite.

Comme tonicardiaque, prescrire pendant cinq jours, deux cachets par jour (matin et soir, avant les repas) de *Théosalvose strophantique* et, pendant les cinq jours suivants, deux cachets de *Théosalvose digitalique*; après arrêt de cinq jours, recommencer ce traitement qu'on continuera pendant plusieurs mois. Il a, pour effet, de régulariser les battements cardiaques, de redonner au pouls son amplitude, d'atténuer et même de faire disparaître le bruit de galop.

LIVRES NOUVEAUX

Les Principaux aspects cliniques de la tuberculose infantile (1), par P.-F. Armand-Delille. Leçons faites à l'hôpital Hérold.

L'auteur rappelle d'abord les données étiologiques, tant classiques que plus récentes, touchant l'étiologie de l'infection tuberculeuse.

Toute une série de chapitres cliniques alertes traite ensuite des diverses formes cliniques de la tuberculose médicale infantile : adénopathies trachéo-bronchiques, syndromes de primo-infection et de généralisation; tuberculoses multiples superficielles, tuberculose, tuberculose des séreuses (plèvre, péritoine, péricarde), méningite. Chacune de ces leçons comprend, en plus d'un rappel étiologique, une description des caractères qui chez l'enfant permettent — ou plus souvent encore désorientent — le diagnostic. A noter, en particulier, le chapitre très étudié sur la distinction entre les fièvres de tuberculisation et les affections du groupe typhique, l'appendicite, le rhumatisme.

Les deux dernières leçons du recueil traitent du pneumothorax thérapeutique, question devenue cardinale et qui déborde la spécialité, de ses indications et des contre-indications et des résultats qu'on en peut attendre ; ainsi que de cette organisation déjà ancienne et pourtant trop peu connue encore et toujours si efficace pourtant : l'Œuvre Grancher.

Un bref fascicule, qui est un résumé précieux et sans aridité et un guide indispensable dans la pratique médicale courante.

L. Babonneix.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PYÉLONÉPHRITES A COLIBACILLES

CAUSES, SIGNES ET DIAGNOSTIC (2)

FORMES CLINIQUES

Pyélonéphrite gravidique. — **Date.** — Derniers mois, souvent chez une femme prédisposée par constipation habituelle, ou ayant eu une pyélonéphrite lors de grossesses antérieures. Elle revêt des formes multiples et peut être :

1. Discrète : simple bactériurie.
2. Fébrile, franche, telle celle prise pour type de description, cédant en quinze jours, laissant une bactériurie durable et ne gênant pas la grossesse.
3. Grave avec septicémie colibacillaire entraînant l'accouchement prématuré et la mort du fœtus.

(1) Paris 1929, N. Maloine.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 55, p. 1010.

Il faut insister sur ce fait qu'en présence de formes fébriles et prolongées rebelles à la thérapeutique, il faut rechercher une *pyonéphrose*, une périnéphrite. Retenir, d'autre part, la ténacité de cette infection et la tendance aux rechutes.

Pyélonéphrite des urinaires. — L'une des plus fréquentes et des plus graves, elle s'observe dans les circonstances déjà citées, et son aspect est celui décrit au cours de ces lignes.

Elle est généralement *bilatérale*, souvent compliquée de *pyohémie*, de *rétention* purulente, et conduit le malade à la mort dans le tableau de l'urémie à forme digestive.

DIAGNOSTIC

A. **Positif.** — 1. **Très facile** si le syndrome est au complet, il est

2. **Très difficile** dans le cas contraire. Il faut *surtout y penser* plus souvent qu'on ne le fait en général, et en cas de doute rechercher les points douloureux rénaux et urétéraux, faire toucher rectal et vaginal, examen bactériologique et cytologique des urines recueillies par sondage.

Certains signes risquent d'égarer le diagnostic. Ce sont :

B. **Différentiel.** — La douleur : simulant une colique néphrétique, une cholécystite, une appendicite, une salpingite.

Les signes généraux, simulant dans les formes aiguës : une typhoïde, le paludisme, la tuberculose aiguë, les autres septicémies. Et l'on fait des *hémocultures*.

Les signes de cystite simulant une *cystite vraie* (mais urines purulentes s'éclaircissant au repos et douleur à la distension vésicale) ou la *tuberculose rénale* (bacilles de Koch qu'on finit par trouver, inoculations).

La pyonéphrose *ouverte* est d'un diagnostic faciale (tumeur rénale, pyurie); *fermée*, elle pose des diagnostics *difficiles* : *cholécystite*, *appendicite*, tumeur maligne du rein, rein polykystique, lithiase rénale infectée (mais hématurie).

C. **Diagnostic du rein atteint.** — Se baser sur les points douloureux et retenir que les deux reins sont pris en cas d'infection ascendante. On pourrait recourir à l'*exploration instrumentale* s'il n'y a pas de cystite. La cystoscopie montrerait le pus s'écoulant par un des orifices urétéraux. Le cathétérisme urétéral ne sera pas pratiqué, de crainte d'ulcérer la muqueuse, si l'on peut l'éviter.

En cas de cystite, l'exploration est impossible.

En résumé, penser à la pyélonéphrite à colibacilles au cours de nombreux syndromes, soit urinaires, soit au cours de la grossesse, soit intestinaux. Dans ces derniers cas, traiter non seulement l'infection par un *vaccin approprié* ou un *bactériophage* par exemple, mais encore faire une *exploration radiologique complète du tube digestif*, rechercher la *constipation chronique*, les *coudures*, les *ptoses*, les *périviscérites*, et traiter tout cela pour supprimer la cause de l'infection rénale.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Autocars P.-L.-M. au départ de Dijon. — Deux circuits sont organisés, jusqu'au 30 septembre, au départ de Dijon-gare.

Le premier, qui a lieu les jeudis et dimanches, conduit, par Chambole, Vougeot, Nuits Saint-Georges, Savigny, à Beaune dont on visite les hospices renommés. On déjeune à Pouilly-en-Auxois et le retour se fait par Le Puy XV, Val Suzon et Talant.

Le deuxième circuit a lieu les mercredis et samedis et passe par Saint Seine, Alésia, Flavigny. Déjeuner à Semur et retour par le barrage du Pont, Saint-Thibault et Vitteaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

NUCLÉARSITOL ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE
R. C., 221.839, Seine
LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

PEPTONES de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS d'ŒUF et de LAIT
FARINE DE BLÉ dans l'enrobage
SULFATE de MAGNÉSIE
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
en Granulés
PEPTALMINE MAGNÉSIÉE
4 PEPTO-ALBUMINES + Sulfate de Magnésie
MIGRAINES - CONGESTION DU FOIE
MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE et CHOLAGOGUE
en Granulés seulement
Littérature & Echantillons à MM. les Docteurs - Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA - Dr E. PERRAUDIN, Ph. de l'e Cl. 21, rue Chaptal, PARIS

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante
Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.
DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).
Laboratoires LAURIAT, 31 bis, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE. BROMHYDRATE, SALICYLATE, GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL - PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE À MADÈRE AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32.028, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE. — LYON. — *Concours de clinicat.* — Ont été nommés :

Chefs de clinique chirurgicale : Service du professeur Tixier : M. le docteur Comte, prosecteur à la Faculté; service du professeur Bérard : MM. les docteurs Dejacques et Peycelon.

Chefs de clinique médicale : service du professeur Pic : MM. les docteurs Vachez et Lacroix.

Chef de clinique gynécologique : service du professeur Villard : M. le docteur Montel.

Chef de clinique de chirurgie infantile : service du professeur Nové-Josserand : M. le docteur Pouzet.

Chef de clinique des maladies cutanées et vénériennes : service du professeur Nicolas : M. le docteur Lebœuf.

Chef de clinique oto-rhino-laryngologique : service du professeur Collet : M. le docteur Bertoin.

— Les examens pour la session 1929 du diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon viennent de se terminer. Ont été reçus :

MM. Rémy, Chalut, Lévi, avec la mention *très bien.*

MM. Viala, Degeorge, Guy, Charle, Adam, Soleil, Klizowski, Bergeret, Chevalier avec la mention *bien.*

MM. Sourati, Savoye, Aymès, Naussac, Paupart, Marty, Dupont, Bonnaud, Baucon, Tsaï, Mathieu, Soulignac, Arbault, Bernard, Mme Chaix, MM. Eughenis, Gibaud, Mouronnakis, Passa, Blan, Grandpierre, Klipfel, Montfort, avec la mention *assez bien.*

MM. Amic, Croutiris, Mlle Bussy, MM. Ristorcelli, Hervé, Mlle Mercier, M. Luo Yi Chuen, avec la mention *passable.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 11 juillet 1929, l'Académie de médecine est autorisée à accepter les legs qui lui ont été consentis par M. Edouard-Charles-Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, de son portrait au pastel par Thévenot, fait deux ans après son élection à l'académie, ainsi que d'une somme de 20.000 fr. pour les arrérages en être affectés à la fondation d'un prix destiné à récompenser le meilleur travail sur l'hydrologie paru dans l'année; ce prix ne pourra être partagé.

BOURSES DE VACANCES. — Le docteur Debat, qui offrait annuellement une dizaine de bourses à des étudiants dont la situation de fortune ne pouvait leur permettre de prendre d'utiles vacances, vient de décider d'offrir cette année 100 bourses de 1.000 fr. : 60 pour les étudiants de Paris, 40 pour les étudiants appartenant aux autres facultés françaises.

Il a formé un Comité de répartition composé des présidents de l'Association corporative, de la Section de médecine de l'Association des internes et de l'Association des externes, du directeur du « Jeune médecin » et de M. le docteur Paul Boudin. Les étudiants, désireux de recevoir une bourse, doivent en faire la demande 60, rue de Prony, Paris (XVIIe), avant le 19 juillet, en indiquant leur numéro matricule à la Faculté et leur situation de famille.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. Hervé, médecin général de 2e classe.

Au grade d'officier. — M. Brochet, médecin en chef de 2e classe; MM. Bouthillier, Brun et Ségard, médecins principaux.

Au grade de chevalier. — MM. Germain, Gaïc, Le Guillon de Creisquer, Ramond, Averous, médecins de 1re classe.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur des épidémies ont été décernées aux personnes ci-après désignées en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Paliasse, Gravier,

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

Goyet, médecins des hôpitaux de Lyon; Duroux (de Sainte-Foye-lès-Lyon); Dodero et Condomine, médecins chefs de seavice à l'asile d'aliénés de Bron; Girard, médecin capitaine des troupes coloniales; Rougelet, médecin-capitaine, chef de l'infirmerie-hôpital de Ben-Gardane; Barral (d'Ecully).

MM. Perret, interne à l'hôpital-hospice de Sainte-Foy-lès-Lyon; Naussac et Moulinier, internes des hôpitaux à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon; Mme Dubois, interne des hôpitaux de Lyon; Benoist, interne à l'hôpital Trousseau; Fayot, interne à l'hôpital Lariboisière; Cuilleret, interne des hôpitaux, à Lyon.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Betoulières (de Marseille), Thibaudeau (de Férignac), Bourrat (de Lyon), Rolland (d'Oullins), Reure et Proby (de Saint-Genis-Laval), Petit (de Sainte-Foye-lès-Lyon), Lannois (de Tassin-la-Demi-Lune), Jurie des Camiers (d'Oullins), de Giverdey et Girard (de Tassin-la-Demi-Lune), Gelin (de Champagne-au-Mont-d'Or), Gabourd (de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or), Feuillade d'Ecully), Durand (de Caluire-et-Cuire), Defrain (d'Oullins), Gros (de Pierre-Bénite), Crémieu (de Lyon), Chopin (d'Oullins), Châtillon (d'Ecully), Bessière (d'Oullins), Bertrand (de la Mulatière), Bertholley (d'Oullins), Bachmann et Mme Bachmann (de Sainte-Foy-lès-Lyon), Camus, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Zolotiloff-Boris (de Sousse).

MM. Louyot, interne en médecine à Nancy; Carle, Blanc, Dugois et Levet, internes des hôpitaux de Lyon; Chevalier, interne à l'hôpital-hospice de Sainte-Foy-lès-Lyon; Beuzart, interne à l'hôpital Tenon; Soulié, interne à l'hôpital Beaujon; Lelourdy, interne à l'hôpital Claude-Bernard; Baize, interne à l'hôpital Saint-Antoine; Flandrin et Duncombe, internes à l'hôpital Beaujon.

Mlle Silhol, externe en médecine à Montpellier; MM. Bulart, externe en médecine à Reims; Saint-Arroman, externe des hôpitaux à Lyon; Baratoux, Ménétrel et Patey, externes à l'hôpital Trousseau; Ozenat, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

M. Samsoen, étudiant en médecine à Roubaix.

MM. Oudjari, Masslas, Laverré et Bernard, élèves à l'Ecole de santé militaire de Lyon.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. (Réserve.) — M. le médecin sous-lieutenant de réserve Lambret, du 19e corps d'armée, est affecté à la 1re région.

LES AMIS DE L'AVIATION SANITAIRE. — Une Société vient d'être créée par les pionniers de l'aviation sanitaire : MM. Chassang, Foveau de Courmelles, Nemirovsky, Mlle Marvingt, MM. Julliot, Charlet et Dubois, Le Cour, qui en forment le Comité.

Elle est dénommée « Les Amis de l'aviation sanitaire » et son siège social est à Paris, 9, rue Tronchet.

Cette Société se propose d'être un organisme permanent national d'études pour le développement de l'aviation sanitaire sous toutes ses formes : sécurité, confort, facilité d'adaptation des avions commerciaux ou postaux au transport sanitaire.

La Société oonstituera un centre de documentation et de propagande à la disposition de toutes les personnes s'intéressant à l'aviation sanitaire, et susceptibles de présenter et de défendre des vœux ou un programme auprès des Pouvoirs publics et des constructeurs ou compagnies de navigation aérienne.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, 43, boulevard de Clichy, à Paris.

T. S. F. — Le docteur Foveau de Courmelles parlera à la Tour Eiffel, le vendredi 23 août 1929, à 19 h., sur les « Radiations réparatrices ».

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Carlo Francioni, directeur de la Clinique pédiatrique de l'Université de Bologne; le docteur Paul Cantaloube (de Nîmes); Henri Reynès, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉQUIVALENCES DU BACCALAURÉAT ET LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE NATURALISÉS

La lettre ouverte par la Corporative des étudiants en médecine au ministre de l'Instruction publique a causé une émotion profonde dans les milieux intellectuels.

Le docteur Cibrie, président de la Confédération nationale des Syndicats médicaux de France, et le professeur Proust, président de la Fédération médicale corporative de la Seine, se sont solidarisés avec la Corporative.

Les deux Commissions parlementaires de l'enseignement ayant été alertées par les commissaires corporatifs, les résultats suivants ont été obtenus :

M. le député Cazals, président de la Commission de la Chambre, nous a écrit ce qui suit : « Je ne peux croire que la proposition d'équivalence ait gain de cause auprès du Conseil supérieur de l'instruction publique qui tient plus que jamais à la culture générale; j'interviens auprès du ministre. »

M. Léon Bérard, ancien ministre de l'Instruction publique a soumis la protestation corporative à la Commission sénatoriale de l'enseignement. En présence de M. Victor Bérard, il a reçu hier notre ami M. Mordagne délégué intercorporatif à qui il a donné connaissance de la délibération votée le 12 juillet à l'unanimité par la dite Commission : « La Commission sénatoriale a chargé son Président d'appeler toute l'attention du ministre de l'Instruction publique et du Gouvernement sur l'injustice et les graves inconvénients qu'il y aurait à accorder aux candidats aux études médicales naturalisés des avantages ou des dispenses qui créeraient en leur faveur un privilège aux dépens de leurs camarades français ».

M. Victor Bérard ajouta : « Nous ne laisserons pas faire le Ministère ».

Ainsi donc la Corporative, qui depuis 1902 monte une garde vigilante devant la Maison d'Hippocrate, a réussi une fois de plus à défendre la tradition de la Médecine française.

LE COMITÉ DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Accidents de la cholécystectomie, par Serge HUARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie des hôpitaux. Préface du docteur Anselme SCHWARTZ. Un vol. de 116 pages avec 17 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Comment on devient tuberculeux et comment on peut éviter la tuberculose, par le docteur L. BORIANNE. In-8 de 72 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Vaccins Clin

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE
ANTISTREPTOCOCCIQUE
ANTIGONOCOCCIQUE
I. monomicrobien et II. polymicrobien

Concentration élevée en microbes

Tolérance parfaite **Conservation illimitée**

Ampoules de 1 c.c. à concentrations croissantes

Injections sous-cutanees ou intra-musculaires toutes les 48 heures.

(IL FAUT TOUJOURS INJECTER UN CENTIMÈTRE CUBE)

BOITES DE 10 AMPOULES

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS sur DEMANDE

Laboratoires CLIN, COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris-5e

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée.
Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE
SUPPLÉANTE. ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons:
LABORATOIRES CIBA – O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE DU POIGNET

AUX DIFFÉRENTS AGES (1)

Par le docteur FOREST DE FAYE (de Berck).

Au poignet comme aux autres articulations, les ostéo-arthrites tuberculeuses présentent au point de vue pathogénie, anatomie pathologique, symptomatologie, évolution et traitement, des différences essentielles chez l'enfant et chez l'adulte, qui sont conditionnées par l'ossification.

Trois lois générales, que nous retrouverons sans cesse au long de l'histoire de cette localisation, peuvent en expliquer les variétés d'aspect :

I. La tuberculose se localise chez l'enfant sur les os qui se développent les premiers.

II. Grâce aux protections cartilagineuses, l'extension des lésions vers les os voisins est relativement faible.

III. La tendance à la guérison est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte, d'une part du fait de cette protection cartilagineuse qui tend à limiter les dégâts, d'autre part parce que les os jeunes gardent un pouvoir plus grand d'ostéogenèse et de reconstitution.

La tuberculose du poignet est une des localisations les plus rares du bacille de Koch, la plus rare après la scapulalgie (Nové-Josserand) Broca, puis Girard (Th. de Paris 1908) en donnent chez l'enfant une proportion de 1 p. 100 vis-à-vis des autres atteintes articulaires. Le chiffre, un peu plus fort chez l'adulte (2 p. 100) est dans un rapport du simple au double en faveur du sexe masculin. Ce dernier point, joint à la prépondérance des lésions droites, plaide en faveur du rôle d'appel que l'on fait jouer au travail et qui, ici, ne semble pas douteux.

C'est entre six et sept ans que l'on trouve le maximum des cas de cette tuberculose infantile, et entre vingt et vingt-sept le maximum des cas d'adultes. Extrême rareté avant trois ans et après quarante-cinq.

A signaler aussi la grande fréquence d'associations bacillaires chez ces malades; la tuberculose du poignet est rarement une localisation isolée.

Quel est le rôle du traumatisme, si souvent incriminé par le malade ou son entourage?

Si les statistiques tendent à démontrer l'influence indéniable du travail du poignet, elles sont sans valeur en ce qui concerne le traumatisme vrai, mis à part quelques cas assez troublants où l'ostéo-arthrite semble bien s'être développée sur un poignet traumatisé, point de moindre résistance ou d'hypervascularisation inflammatoire. Laissant de côté les enfants pour lesquels les parents peuvent toujours remonter à une chute ou à « un coup », nous avons relevé par des interrogatoires un peu serrés, chez quelques adultes, soit une mauvaise foi évidente dans un but intéressé (accidents du travail) soit l'existence de lésions antérieures au traumatisme, qui n'a fait que les réveiller. Il semble en être ainsi en règle générale.

Anatomie pathologique. — Chez l'enfant. — Il existe deux grands modes de début :

1° Ostéo-arthrite primitive, d'origine hématogène, répondant aux trois quarts de nos cas. Le bacille apporté par le sang se fixe sur un osselet et s'y développe.

Le plus souvent, c'est le grand os qui est le premier en cause, moins fréquemment l'os crochu; les autres sont exceptionnellement atteints les premiers. La raison de cette prédominance nous est fournie par la première loi que nous avons citée, et est directement en rapport avec les phénomènes d'ostéogénèse.

A la naissance, le poignet est constitué uniquement par un bloc de cartilage. C'est au sein de ce massif que vont apparaître, s'échelonnant sur dix années, les différents points d'ossification : à un an le grand os, suivi de l'os crochu à un an et demi — entre deux et trois ans seulement, le pyramidal, les points épiphysaires du radius et du premier métacarpien font leur apparition — vers quatre ans, c'est au tour du semi-lunaire, puis du trapèze et du trapézoïde entre quatre et demi et cinq et demi; du scaphoïde à six ans, du point épiphysaire cubital à sept. Enfin, le pisiforme, à dix ans, complète le massif osseux.

Jusque vers six ou sept ans, ils n'ont guère l'aspect que de masses arrondies, perdues dans le cartilage; le grand os et l'os crochu seuls commencent à prendre leur forme définitive et sont à peu près développés. C'est donc sur eux — et particulièrement sur le grand os, le plus ancien, clé de voûte du poignet, soumis au plus grand travail et participant à tous les mouvements — que le bacille se fixe de préférence.

2° Ostéo-arthrite secondaire a une lésion juxta articulaire. — Ce mode de début répond au quart de nos cas.

a. En général, il s'agit d'un spina métacarpien, dont l'infection tend à se propager par voie ascendante vers la racine du membre.

De tous les spinas, c'est l'ostéite du IIIe métacarpien qui gagne le plus facilement le grand os, premier ossifié, avec lequel il s'articule, et nous l'avons trouvé dans une proportion de huit fois sur dix à l'origine de l'arthrite, les autres atteintes étant dues à des propagations venues du IIe vers le grand os, ou le trapézoïde (une fois chez un enfant de sept ans) des IVe et Ve vers le grand os ou l'os crochu.

Quant au spina du Ier métacarpien, il n'est pas dangereux; ses lésions n'envahissent à peu près jamais, en étant empêchées par le cartilage diaépiphysaire qui, situé à l'extrémité basale selon le type phalangien, sépare cet os du trapèze.

b. La propagation d'une ostéite juxta articulaire de l'extrémité inférieure du radius ne se présente

(1) Cette étude est basée sur 72 observations de tuberculose du poignet de l'Hôpital maritime de Berck.

que d'une façon exceptionnelle, et ceci pour quatre raisons :

— La rareté des ostéites radiales chez l'enfant;

— L'inexistence de la première rangée avant cinq ans (date moyenne d'apparition du semi-lunaire et du scaphoïde);

— Le peu de tendance qu'ont les lésions tuberculeuses à suivre une marche descendante;

— Enfin, la présence du cartilage conjugal du radius, et du ligament triangulaire qui la sépare des osselets carpiens.

c. L'ostéite juxta-articulaire du cubitus est encore moins fréquente, et nous n'en comptons guère qu'un seul cas dans notre statistique.

d. Quant aux synovites tendineuses propagées vers le poignet, nous n'en avons jamais vu. Si l'on admet plus facilement la réciproque, qui est devenue une notion classique, nous devons reconnaître ne l'avoir jamais observée.

Chez l'adulte. — Deux débuts sont possibles :

1° Ostéo-arthrites primitives. — La très grande majorité des cas, débutant par n'importe quel osselet; mais généralement par le grand os, qui travaille le plus, pour diffuser très vite, le cartilage n'existant plus, et se présenter comme une ostéo-arthrite d'emblée totale.

2° Ostéo-arthrites secondaires a une juxta-articulaire, qui ici, bien qu'encore peu fréquente, se trouve être la plupart du temps une ostéite du radius que rien ne sépare plus d'une première rangée complètement ossifiée.

La propagation d'ostéites métacarpiennes ne se voit alors pratiquement plus.

Si ces modes de début représentent ce que l'on est habitué à voir le plus souvent, ils n'ont cependant rien d'absolu. Comme toutes les règles, ils souffrent des exceptions, et nous connaissons des enfants ayant fait une tumeur blanche du poignet consécutivement à une ostéite radiale et même cubitale. De la même façon deux adultes atteints d'ostéite métacarpienne virent leur poignet secondairement envahi.

Le bacille une fois fixé sur un os du poignet, les lésions vont se développer.

Chez l'enfant, et ce d'autant mieux qu'il est plus jeune, le cartilage — avasculaire et mauvais terrain de culture — tend à limiter leur extension et protège le reste du carpe qu'il entoure. L'arthrite sera le plus souvent partielle et revêtira une des formes que nous allons aborder.

Chez l'adulte, os voisins tous contigus et synoviales vont participer au processus tuberculeux.

Néanmoins, de même qu'il existe des formes partielles devenues totales chez l'enfant par suite de la virulence du bacille, d'une moindre résistance, de soins trop tardifs — nous l'avons observé dans 10 p. 100 des cas environ — de même nous avons connaissance de formes restées longtemps partielles chez l'adulte.

Il importe pourtant d'être réservé à leur égard, une extension tardive est toujours à craindre chez ceux-ci à l'occasion d'une des poussées secondaires dont ils sont coutumiers.

Formes anatomo-cliniques. — Elles sont avant tout basées sur ces différences anatomiques et par conséquent sur l'âge du malade.

Chez l'enfant. — L'enfant très jeune, trois-quatre ans, fait surtout des *ostéites isolées* sur sa deuxième rangée, presque seule existante. Que l'atteinte soit primitive ou secondaire à un spina-ventosa, il s'agit d'une ostéite du grand os dans l'immense majorité des cas, qui évolue pour son propre compte sans gagner les os voisins, s'accompagne de réaction synoviale, aboutit à des destructions plus ou moins intenses dans l'épaisseur de la coque et guérit spontanément d'une façon presque parfaite au point de vue anatomique comme au point de vue fonctionnel.

Plus tard, vers six-sept ans, la diminution du cartilage permet déjà une plus grande extension des lésions. Tous les os sont présents hormis le pisiforme; les premiers apparus déjà assez importants. C'est l'époque des *arthrites partielles* qui dépendent du mode d'invasion.

On observe ainsi des arthrites *carpo-métacarpiennes* surtout consécutives aux spinas, mais parfois primitives qui occupent tout l'interligne ou une partie seulement de celui-ci.

Des *arthrites médio-carpiennes* d'origine sanguine.

Des *arthrites radio-carpiennes* d'origine radio cubitale dont nous avons vu la rareté, et toute une série de formes mixtes assez variables (colonne interne, colonne externe, formes associées, carpo métacarpiennes et médio carpiennes).

A partir de treize ans, plus rien ne s'oppose à la diffusion des lésions aux trois articulations, les formes se rapprochent de la forme de l'adulte.

Chez lui, en effet, quel que soit le mode de début, l'ostéite initiale ne reste pas isolée; très vite, le poignet est pris *en entier*, os et synoviales sont le siège de lésions souvent intenses. On se trouve là vraiment en présence de la tumeur blanche du poignet, d'emblée totale, la plus typique.

Pronostic. — Or, si ces différentes formes sont déjà d'un certain intérêt au point de vue anatomique, leur pronostic est essentiellement variable. Nous voulons parler tout au moins du pronostic fonctionnel, et nous pouvons ainsi en résumer les lignes principales :

Il est d'autant meilleur que les lésions sont restées plus localisées, c'est-à-dire que l'enfant est plus jeune, et *que l'arthrite évolue plus loin de la radio carpienne*.

Excellent dans les ostéites isolées du jeune âge où la « restitutio ad integrum » est à peu près la règle, il est encore très bon dans les formes carpo métacarpiennes et médio carpiennes, ceci indépendamment de la gravité clinique présentée par l'arthrite, ou de l'importance des destructions subies. *Seule, l'atteinte ou l'intégrité de la radio carpienne,* que nous considérons comme l'interligne fonctionnel principal, *conditionne le plus ou moins d'ankylose*

après la guérison (Sorrel et Longuet, *Revue orth.*, janvier 1928).

Chez l'enfant, tout concorde au respect de cet interligne. A part quelques rares cas d'arthrite partielle radio carpienne, il ne sera envahi que dans les formes totales (soit dans une proportion de 1 à 10).

Chez l'adulte, c'est exactement l'inverse qui se produit, la diffusion rapidement complète est la règle; la radio-carpienne étant presque toujours intéressée, l'ankylose est presque fatale, mais il en est de même que chez l'enfant lorsque les lésions restent partielles et épargnent cet interligne. Les mouvements alors persistent suffisamment étendus.

Le pronostic quant à la guérison anatomique est tout autre et est intimement lié à l'intensité des désordres. Bon également chez l'enfant qui se défend bien et ferme assez facilement des fistules même multiples et infectées, il est beaucoup plus sombre chez l'adulte. Le nombre des os atteints, les recoins synoviaux, sont des causes constantes de reprise d'activité du bacille. Un foyer apparemment éteint est toujours susceptible de réveil.

Cependant, « quoad vitam », la tuberculose du poignet est d'un bon pronostic. C'est une localisation bénigne qui doit bien guérir et ne menace pas l'existence.

Symptomatologie. — Chez l'enfant. — C'est la première période, période de début, période de localisation, qui persistera généralement chez lui toute la durée de l'évolution sans s'étendre, qui est la plus intéressante. En effet, lorsque les lésions envahissent la carpe entier, les signes sont les mêmes que chez l'adulte dans sa forme habituelle.

1° OSTÉO-ARTHRITE LOCALISÉE A DÉBUT CARPIEN. — Les débuts sont lents, progressifs, et pendant longtemps passent inaperçus, les parents ne s'inquiètent pas d'une légère maladresse dans les jeux de l'enfant. C'est le gonflement qui attire leur attention.

L'examen révèle alors :

Une tuméfaction fongueuse, pseudo fluctuente, en regard des éléments osseux atteints;

Une douleur bien localisée à la pression (le plus souvent grand os) ;

La région est chaude;

La limitation des mouvements est minime et ne paraît guère qu'à la provocation;

L'atrophie musculaire est légère, mais l'on peut déjà percevoir des ganglions axillaires et une adénite sus-épitrochléenne.

La radiographie pratiquée à ce moment montre une hyperostéogénèse presque toujours très nette due à l'irritation des points d'ossification voisins, apparition prématurée d'osselets, ou vieillissement anormal en comparaison avec le côté sain. Il existe une décalcification général du poignet et si les lésions sont un peu avancées, on peut remarquer des amorces de destruction des os malades, ulcération en coup d'ongle ou encoches plus profondes.

2° OSTÉO-ARTHRITE LOCALISÉE A DÉBUT PAR SPINA. — Les antécédents jouent alors un rôle considérable; l'existence du spina met de suite sur la voie.

Ce sont des signes d'extension des lésions vers le haut, tant du gonflement qui répond à la deuxième rangée que de la douleur à la pression. La limitation des mouvements et tous les signes cliniques ou radiographiques vus précédemment, permettent de porter un diagnostic précoce.

Chez l'adulte. — Les signes de localisation sont le plus souvent absents tant est constante l'invasion totale de l'article.

Quand ils existent encore, c'est soit du côté du grand os, soit du côté du radius et de la première rangée qu'ils doivent être recherchés, mais dès ce moment les synovales voisines et la radio-carpienne sont en état de réaction et le poignet revêt déjà l'aspect si caractéristique.

Signalons tout au plus l'intensité du symptôme douleur dès les débuts de l'affection qui amène vite le malade à consulter; la forte limitation des mouvements par la contracture de défense qui rend l'usage de la main impossible, l'étendue du gonflement à toute la région, la multiplicité des points douloureux. L'arthrite est vite complète.

A la radiographie, sur un fond très décalcifié, on peut noter soit un pincement articulaire sur la radio-carpienne, soit un tassement général de tous les os du carpe.

Période d'état. Évolution. — Chez l'enfant. — Si le bacille n'est pas particulièrement virulent, si les soins nécessaires sont donnés, l'arthrite ou l'ostéite va rester partielle ou ne s'étendre que très peu. Aux fongosités succédera parfois l'abcès; les mouvements se limiteront légèrement par suite des réactions voisines inévitables, mais sans jamais être en rapport avec l'intensité des signes objectifs, les douleurs augmenteront et la main tendra à se fléchir.

C'est l'époque des destructions osseuses souvent étendues, et du flou radiographique.

A l'abcès font suite bien souvent les fistules. Après une période de suppuration, variable en durée selon l'intensité des lésions et de l'infection secondaire fréquente, mais que l'on peut évaluer à un an, un an et demi, les signes cliniques vont diminuer, le poignet va se sécher, se refroidir, les fistules se tarir; du côté du squelette, les dégâts se réparent, on assiste, par les radiographies faites en série, à une récalcification progressive : soudures osseuses, réapparition des contours dans une nouvelle forme.

Dans quelques cas, des osselets ont complètement disparu, modifiant l'architecture du carpe. Il importe d'ailleurs peu, au point de vue fonctionnel, ces arthrites restées partielles guérissent généralement fort bien.

Mais si l'enfant résiste mal, si les soins sont insuffisants ou trop tardifs, la forme localisée peut s'étendre, devenir totale, et l'aspect du poignet diffère alors peu de ce que l'on est accoutumé à voir chez l'adulte. Cependant, nous insistons sur ce fait que, même dans ces formes, l'enfant conserve sa tendance à guérir spontanément.

Chez l'adulte. — La tumeur blanche du poignet complète reconnaît à peu près les mêmes symptômes, mais plus intenses et plus diffus.

A la période d'état, le malade se présente soutenant de sa main saine un poignet tout déformé. Il apporte à ce geste un soin remarquable, sachant que le moindre mouvement d'inattention lui arrachera un cri de douleur. S'il existe des formes où la douleur est modérée; il n'en est pas moins vrai que la tuberculose du poignet, par suite de l'intensité des mouvements de cette articulation, est une des ostéo-arthrites les plus douloureuses.

La tuméfaction dorsale, puis palmaire, occupe toute la région ; fusiforme, dans l'axe du membre, elle efface saillies et méplats, et contraste avec l'atrophie musculaire de l'avant-bras et du talon de la main, et l'amincissement des doigts immobiles qui lui font suite. Parcourue par un lacis veineux très développé, elle est d'une consistance pâteuse, pseudo-fluctuante parfois même fluctuante, et indique alors la présence d'un abcès collecté.

La région est chaude, la mobilisation de l'article très douloureuse et presque impossible. La recherche des points osseux n'a pas grande valeur ici ; il en existe de trop nombreux; tous les osselets, tous les interlignes sont pour le moins sensibles. Le palper sus-épitrochléen et axillaire révèle une adénite.

Dans les cas sérieux, c'est le moment des abcès, la plupart du temps dorsaux, quelquefois palmaires, des fistules difficilement évitables malgré les ponctions faites à distance, des attitudes vicieuses, dont la plus classique est une chute de la main en flexion, adduction et rotation en supination de telle sorte que l'extrémité cubitale déshabitée fait saillie sur la face dorsale.

Radiographiquement, les lésions sont à leur apogée, flou et destructions osseuses sont souvent accentués.

Mises à part des formes bénignes évoluant sans suppuration, et des formes suppurées dont on peut prévenir l'infection grâce à une asepsie rigoureuse, quand on est arrivé à ce stade, la tendance à la guéson spontanée — encore fréquente chez l'enfant — est rare chez l'adulte.

L'infection des fistules, les phénomènes d'ostéomyélite secondaires, les rétentions de pus donnant naissance à de nouveaux trajets, vont aggraver le tableau. L'état général resté bon jusqu'alors va se ressentir d'une atteinte aussi sérieuse. Poussées thermiques, douleurs vives, amaigrissement, albuminurie, nécessiteront un traitement énergique.

Diagnostic. — A une période assez avancée, le diagnostic d'ostéo-arthrite du poignet est facile à tout âge. La nature tuberculeuse est mise en évidence localement par les fongosités, l'abcès, les fistules, l'évolution, les radios ; à distance par l'adénopathie.

Le laboratoire permettant d'une part d'éliminer les causes d'erreur (R. de Wassermann) d'autre part de retrouver les bacilles dans le pus par examen direct, ensemencement ou culture, apporte des arguments certains.

Dans les débuts, par contre, quelques hésitations sont possibles surtout chez l'adulte, où certaines arthrites chroniques rhumatismales, gonococciques, syphilitiques, traumatiques même, peuvent prêter à confusion.

Chez l'enfant, dans le cas d'une atteinte primitive par le grand os, il sera parfois nécessaire d'éliminer la tuméfaction limitée d'un kyste synovial ou une synovite tendineuse gênant les mouvements du poignet. En cas de doute, malgré l'absence de signes osseux, une courte période d'immobilisation suffit pour faire disparaître les signes articulaires. Lorsqu'un spina ouvre la scène, le diagnostic se résume à un diagnostic de progression de l'ostéite primitive.

Beaucoup plus intéressant est chez lui le diagnostic de limitation ou d'extension des lésions, qui d'ailleurs n'est pas toujours aisé. L'impression générale au cours de l'examen, en particulier des examens répétés, est confirmée par la localisation des signes; la liberté relative des mouvements, et la série d'épreuves radiographiques plaident en faveur d'une arthrite partielle.

Il est des cas notamment où l'arthrite étant bien localisée, l'état de réaction des synoviales voisines et de la radio-carpienne peut simuler une extension vers le haut et faire croire à une invasion totale ; un temps d'immobilisation stricte s'impose pour lever les doutes. Il en est de même au cours de certaines ostéites juxta-articulaires retentissant sur l'articulation sans l'avoir envahie.

Savoir quel est l'interligne atteint est plus difficile encore en présence d'une arthrite primitive partielle. La clinique ne fournit pas les renseignements suffisants. La limitation des mouvements dans tel ou tel interligne est des plus illusoire. Seule, la radiographie montrant les os malades et les os restés sains peut rendre affirmatif.

Traitement. — Vues les différences qui existent à tous points de vue entre la tuberculose du poignet de l'enfant et celle de l'adulte, on conçoit qu'il ne puisse être question d'un traitement identique.

Le premier ayant une tendance naturelle à une guérison spontanée il importera surtout de la placer dans des conditions telles qu'il puisse utiliser toutes ses défenses organiques (la cure hélio-marine réalisant ces conditions au maximum) et de faire en sorte que cette guérison survienne le plus vite possible et de la meilleure façon.

L'immobilisation plâtrée poursuivie pendant toute la durée de l'évolution *est ici le traitement de choix*. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'un bon appareillage, duquel dépend le bon résultat. Léger, bien moulé, renforcé sur la face antérieure et palmaire, l'appareil plâtré doit remonter jusqu'au coude sans le prendre, engainer les métacarpiens et la racine du pouce, *s'arrêter au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes*, de façon à laisser le libre jeu des mouvements de tous les doigts.

La position optima à donner au poignet, est une extension de 30 à 35 degrés dans le carpe et le métacarpe, l'avant-bras étant en demi-pronation. Luttant contre la tendance à l'attitude vicieuse, conservant au maximum la force des fléchisseurs qui se trouvent en tension, elle permet en cas d'ankylose le plus grand usage de la main. Sitôt l'extinction des lésions clinique et radiographique, tout appareil

sera supprimé pour permettre le retour des mouvements, quitte à reprendre le traitement au moindre signe de réactivité.

Les interventions sanglantes sont exceptionnelles chez l'enfant, et n'ont guère comme indication que les formes très graves, totales, multifistuleuses infectées, altérant l'état général, où la guérison même au prix d'une attitude vicieuse, ne semble pas devoir survenir spontanément. Encore ces interventions doivent-elles être très discrètes et réduites au strict minimum. Signalons en outre la nécessité d'intervenir dans toutes les ostéites juxta-articulaires menaçant l'articulation, pour essayer de la préserver (docteur Delahaye, *Journ. d'électro-radiol.*, fév. 27).

Chez l'adulte, attendre par l'immobilisation seule, l'asséchement des lésions paraît bien illusoire, des moyens plus actifs doivent être employés.

A part les quelques rares cas d'atteinte partielle, presque toutes les tumeurs blanches survenant après quinze ans bénéficient d'une résection, et l'on peut schématiser comme suit le traitement passé cet âge :

I. **Immobilisation pure**, temporaire, à faire au début, permettant de suivre l'évolution pendant environ une année, ou s'adressant aux cas qui ne semblent pas graves (formes synoviales) quitte à envisager un autre traitement si au bout d'un certain temps les lésions ne paraissent pas devoir regresser.

II. **Résection de choix**, reconnaissant quatre grandes indications :

a. *Indications d'ordre social*, le malade adulte ne pouvant rester trop longtemps éloigné de son foyer et de ses occupations.

b. *Indications d'ordre anatomique*, les lésions abandonnées à elles-mêmes ne guérissant généralement pas spontanément.

c. *Indications d'ordre physiologique*, le résultat fonctionnel obtenu par une résection étant bien supérieur à l'ankylose même incomplète à laquelle aboutit pour le mieux le traitement expectatif.

d. Plus tardivement, *indications d'ordre orthopédique*, en vue de supprimer une attitude vicieuse des plus gênantes.

III. **Résection de nécessité avec sa cause unique : ostéo-arthrite multifistuleuse infectée**, accompagnée de douleurs violentes avec retentissement sur l'état général.

A part les quelques cas où la résection faite dans les débuts peut rester une résection partielle (Sorrel. *Bull. Soc. chir.*, 2 juil. 27), une telle intervention doit être aussi complète que possible et porter sur toutes les parties malades, y compris, si nécessaire, les extrémités métacarpiennes, souvent le siège de lésions nettes, ou même parfois les épiphyses radiocubitales; la seule précaution à prendre alors est la conservation des styloïdes, pour réduire au minimum les risques de déviations secondaires ou de poignet ballant.

Même chez les vieillards, l'amputation peut presque toujours être évitée.

Plus encore que chez l'enfant, les ostéites juxta-articulaires devront être opérées.

A tout âge, abcès et fistules seront justiciables d'un traitement identique, ponctions, pansements aseptiques, à travers les fenêtres ménagées dans l'appareil plâtré. Les attitudes vicieuses seront corrigées sous anesthésie si nécessaire. L'ankylose des doigts, ce désastre des plâtres trop longs, peut dans une certaine mesure être rompue, mais le malade devra montrer une grande volonté pour maintenir le résultat ainsi obtenu par les manœuvres de force.

Comment se présente le poignet après la guérison?

Outre la persistance toujours possible d'une mauvaise attitude, on peut observer du côté des parties molles une atrophie musculaire qui ne disparaît jamais complètement, des cicatrices de fistules, parfois adhérentes aux plans profonds et gênant le glissement des tendons.

Du côté du squelette c'est surtout chez l'enfant, frappé en pleine période d'ostéogenèse, que l'on pourra remarquer des troubles assez variés (soudure d'osselets entre eux, ou bien disparition d'un ou plusieurs des éléments constitutifs du carpe, pouvant aller jusqu'à la disparition complète de la deuxième rangée (*Rev. orth.*, janv. 28). On observe fréquemment une atrophie massive de la main, et surtout une diminution de la hauteur du carpe, due à la destruction de la tête du grand os. La résultante en est la disposition linéaire des os de la première rangée, dont la clef de voûte n'existe plus (Sorrel et Longuet).

Chez l'adulte les dégâts sont moindres. Du tissu fibreux cicatriciel tend à se développer, et après une résection les masses ostéo-fibreuses qui ont remplacé les os emportés par la curette ne modifient que peu l'architecture du carpe.

En somme, l'ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet se présente chez l'enfant et chez l'adulte d'une façon fort différente à tous les points de vue.

Chez le premier. — 1° Tendance à la limitation des lésions dues au cartilage, par suite ostéo-arthrite partielle; le poignet n'est pris en totalité que dans les formes très graves ou dans des circonstances un peu spéciales.

2° Intégrité très fréquente de l'interligne radio-carpien, due aux modes de début.

3° Par suite, symptômes atténués, signes locaux limités à une partie seulement de l'article.

4° Tendance naturelle chez lui à la guérison anatomique spontanée par immobilisation simple avec très bon résultat fonctionnel, susceptible encore d'amélioration grâce à une longue période de réadaptation, indépendante de l'intensité des destructions souvent intenses. Résultat fonctionnel tardif tel même, que l'on peut parfois douter d'une atteinte antérieure du poignet, si l'on n'a pas sous les yeux des arguments probants.

Chez l'adulte, au contraire :

1° Invasion rapidement totale d'une articulation privée de barrières protectrices, symptômes diffus consécutifs.

2° Radio-carpienne à peu près toujours envahie.

3° Aucune tendance à la guérison spontanée, si ce n'est par ankylose, dans les cas heureux où elle survient. Reprises d'activité après périodes d'accalmie. Formes traînantes prolongées évoluant la plupart du temps vers l'aggravation.

4° Toutes causes poussant à un traitement actif, qui tout en étant plus rapide, donne un résultat fonctionnel des plus satisfaisants.

Enfin, chez l'un comme chez l'autre, dans les cas particulièrement graves, lorsque l'état général commence à se ressentir d'une atteinte trop sérieuse, une intervention de nécessité est toujours possible, dont les résultats sont parfois bons plus souvent médiocres, mais qui a au moins l'avantage d'éviter presque constamment une exérèse qui, au membre supérieur, peut être considérée comme un véritable désastre.

BIBLIOGRAPHIE

MONDAN. La tuberculose du poignet, *Revue de chir.*, 1er mars 1896.

BORICAND. De la carpectomie dans l'arthrite fongueuse du jeune sujet. A propos de l'infection des os de la rangée carpienne par les spinas des quatre derniers métacarpiens, *Th. de Paris*, 1901.

GANGOLPHE. Art. LA TUMEUR BLANCHE DU POIGNET, *Traité* Le Dentu-Delbet, 1908.

GIRARD. La tuberculose du poignet chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1908.

DUPLAY et RECLUS. *Traité de chirurgie.*

BROCA. *Chirurgie infantile.*

DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. *Manuel de diagnostic chirurgical*, 1911.

NOVÉ-JOSSERAND et DENUCÉ. *La Pratique des maladies des enfants*, 1913.

LEFRANC. Ostéo-arthrites tuberculeuses de l'enfant, *Th. de Paris*, 1919.

MURARD. Kystes du poignet et tuberculose, *Presse méd.*, 15 mai 1920.

DESTOT. Poignet et rayons X, *Lyon chir.*, mai-juin 1921.

SORREL. Quelques généralités sur la tuberculose ostéo-articulaire, *Presse méd.*, 1921, nos 2 et 11.

DESFOSSES. Résultats éloignés des résections du poignet, *Presse méd.*, 14 juillet 1920.

MOUCHET. Arthrites tuberculeuses et précocité de l'ostéogénèse, *Presse méd.*, 9 août 1922.

LANCE et LAMY. Art. TUMEURS BLANCHES DU POIGNET, *Traité de pédiatrie* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, 1923, t. II.

OMBRÉDANNE. *Précis de chirurgie infantile*, 1924.

TRIDON (docteur Paul). *Notes cliniques sur les ostéo-arthrites du membre supérieur*, 1924.

SORREL et DELAHAYE. *Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, Paris 1926.

SORREL. Des arthrites tuberculeuses localisées du poignet chez l'enfant, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 27 janv. 1926, n° 4.

BROCA. *Tuberculoses chirurgicales*, 28e leçon.

VIGNARD. Art. ARTHRITES TUBERCULEUSES, *Traité* Le Dentu-Delbet, 3e édition, t. I.

LECÈNE et LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale*, 1926.

DELAHAYE. *Journ. d'électro-radiol.*, fév. 1927, n° 2.

SORREL. Tumeur blanche du poignet. Résection partielle, *Soc. de chir.*, 2 juillet 1927.

SORREL et LONGUET. Contribution à l'étude de la tumeur blanche du poignet chez l'enfant, *Revue d'orthop. et de chir.*, appareil locomoteur, janv. 1928.

LHEUREUX. Arthrites tuberculeuses localisées du poignet et du coude datant de l'enfance. Conservation des mouvements, *Revue d'orthop.*, sept. 1927.

BOUQUIER. *Leçons cliniques sur les ostéo-arthrites du membre supérieur*, Hôpital maritime, 1928.

POIRIER et CHARPY. *Traité d'anatomie humaine*, édit. 1926, f. 2, t. I.

FOREST DE FAYE. Contribution à l'étude de la tumeur blanche du poignet chez l'enfant et chez l'adulte, *Th. de Paris*, 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1929)

Magnésium et cancer du goudron. — M. MAROULAS. M. Delbet lit une note de M. Maroulas qui apporte des expériences nouvelles sur le rôle du magnésium dans la préservation du cancer. Il ajoute une expérience personnelle qui lui a montré que la saturation de l'organisme par le magnésium exerce une action anticancéreuse très nette.

Notes sur le traitement de la pneumonie par le salicylate de soude en injections intraveineuses. — MM. COUVY et POPOFF. Lecture faite par M. MARCHOUX. Le traitement au salicylate de soude par la voie intraveineuse a donné à Dakar, dans 26 cas de pneumonie indigène dont quelques-uns particulièrement graves, une mortalité de 3,7 p. 100, alors que les statistiques les plus favorables atteignent 12 p. 100.

Le traitement n'a donné lieu à aucun incident; dans 2 cas seulement, il a été observé une réaction thermique d'une durée de quelques heures.

La solution de salicylate de soude utilisée était à 1 p. 30. Les ampoules doivent être de préparation récente (moins de dix jours).

Les résultats obtenus par les auteurs sont particulièrement remarquables, étant donné la sensibilité particulière de la race noire au pneumocoque.

Les services d'immigration en Argentine. Leur législation et leurs statistiques. — M. René MARTIAL, dans une communication très documentée, étudie les services d'immigration d'Argentine, leur organisation et leur fonctionnement. Il rappelle que le service de la statistique est dirigé par un français, M. Jorge Méneclier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1929)

Les modifications leucocytaires dans la démence précoce après injections massives de nucléinate de soude. — MM. H. CLAUDE, P. SCHIFF et A. DIMOLESCO ont étudié la formule leucocytaire de déments précoces traitées par le nucléïnate de soude à forte dose. Ils ont constaté des modifications nettes de cette formule, indiquant une rénovation hématique profonde : forte augmentation des polynucléaires jeunes, des grands mononucléaires et des éosinophiles. Ces variations sont en rapport avec l'intensité de la fièvre et caractéristiques du choc hémoclasique.

En contraste avec cette perturbation organique certaine, on ne trouve pas de changements au point de vue psychique. Le mode d'action de la pyrétothérapie en médecine mentale est très complexe. Des réactions humorales intenses peuvent n'entraîner aucune modification psychique apparente. Dans la démence précoce, l'absence de parallélisme entre la réaction générale et la réaction cérébrale est particulièrement frappante.

Épizootie maligne spontanée apparue chez les lapins. — MM. S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA. Dans un clapier de lapins d'expérience, où les dernières inoculations de vaccine dataient de septembre 1928, il apparaît en avril 1929 une épizootie curieuse, parmi les lapins inoculés avec des virus différents, ainsi que parmi les animaux neufs, bien que tous ces animaux soient dans des cages séparées. Il s'agit d'une épizootie sévère, à morbidité et mortalité élevées. Manifestations extérieures : coryza d'aspect et d'évolution particulière, conjonctivite ou kérato-conjonctivite, orchite, rarement papules ou pustules cutanées. Dans un intervalle de trente à quarante jours, et sur un total d'environ 50 lapins, 36 présentent des symptômes apparents et 23 en meurent. L'épizootie, qui apparaît dans un milieu ne contenant aucun animal inoculé de vaccine, est provoquée par le virus vaccinal. L'infection spontanée se fait sans doute par les voies respiratoires.

Vaccine maligne spontanée du lapin. — MM. S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA ont isolé et identifié un virus vaccinal 12 fois sur 12, dans l'organisme des lapins morts pendant l'épizootie décrite dans la note précédente : 9 fois, le virus se trouvait dans le cerveau, une fois, il a été isolé d'une orchite et, 2 fois, d'une papule ou d'une pustule cutanée. Les auteurs étudient les propriétés de ce virus et l'anatomie pathologique des animaux ayant succombé à la maladie spontanée.

Il existe une parfaite identité entre les souches de virus isolées par Nicolau et Kopciowska de la maladie spontanée, et la vaccine : les animaux immunisés par inoculation cutanée de dermovaccine, résistent à l'inoculation sous-dure-mérienne du virus isolé. De même, ce dernier germe rend les lapins réfractaires à la dermovaccine déposée sur la peau rasée et scarifiée. Certains lapins n'ayant jamais montré de symptômes visibles d'infection spontanée, après un séjour de quelques semaines dans le local infecté, présentent une immunité cutanée totale pour le virus dermovaccinal. Il s'agit probablement de lapins apant subi une *infection occulte*, *vraie maladie inapparente*, qui leur a conféré cependant l'immunité.

Le virus vaccinal peut réaliser chez le lapin des épizooties comparables aux épidémies provoquées chez l'homme par le virus variolique. Aussi est-il possible de trancher le problème posé par les dualistes ou par les unicistes en ce qui concerne le virus vaccinal et le virus variolique, à l'aide des inoculations au lapin. Cet animal étant excessivement sensible au virus vaccinal, on peut supposer qu'à la faveur d'une inoculation de variole, il fait une « sortie » de son infection vaccinale inapparente.

Répétition, avec un liquide inerte, d'une réaction cardio-vasculaire provoquée antérieurement par un liquide hypertenseur. Rétention du principe actif dans les vaisseaux pulmonaires. — M. H. BUSQUET. Un chien, chez lequel on a provoqué plusieurs réactions hypertensives par injection intraveineuse d'adrénaline ou de principe vaso-constricteur du genêt, peut réagir à l'injection d'un liquide inerte par une hypertension artérielle considérable. Cette répétition de l'effet initial s'explique de la manière suivante : après l'injection de la substance vaso-constrictive celle-ci reste partiellement dans la circulation pulmonaire où il est, d'ailleurs, possible de la déceler par une technique appropriée. L'injection ultérieure de liquide inerte mobilise le principe vaso-constricteur en stagnation dans le poumon et une réaction hypertensive nouvelle se manifeste. La rétention partielle du liquide hypertenseur est probablement provoquée par les œdèmes localisés que le genêt et l'adrénaline font apparaître dans les poumons.

Sur les propriétés antigènes et immunisantes des voiles jeunes de cultures du B. C. G. — MM. A. BOQUET, L. NÈGRE et J. VALTIS, qui dans une note précédente, avaient montré que les bacilles tuberculeux, dans les quatre premiers jours de leur développement, se caractérisent par une acido-résistance et une virulence moindre que celles des bacilles plus âgés et par un pouvoir antigène plus élevé, étudient le pouvoir immunisant des voiles jeunes comparativement avec celui des cultures âgées.

Il ressort de leurs expériences que les cultures jeunes de bacilles tuberculeux stérilisés par chauffage ne possèdent aucun pouvoir immunisant.

Mais les voiles jeunes de B. C. G. confèrent au lapin une résistance aux injections d'épreuve beaucoup plus marquée que celle qu'on obtient habituellement par l'injection de cultures âgées de trente jours.

Perméabilité du placenta aux sérums hétérologues. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD. Le placenta du cobaye se laisse traverser par les sérums hétérologues inoculés à la femelle pendant le second mois de la gestation. Cette pénétration se fait lentement et difficilement, mais elle peut toujours être constatée après un délai de vingt-quatre heures. La quantité de sérum hétérologue que parvient à contenir le sang fœtal est très faible; mais elle semble plus forte lorsqu'on laisse vivre plus longtemps les femelles et que l'examen du sang fœtal est fait plus tardivement. La perméabilité du placenta aux sérums hétérologues, et son imperméabilité aux sérums homologues doivent être rapprochées de sa perméabilité aux anticorps artificiels et son imperméabilité aux anticorps naturels.

Sur l'herpès expérimental du cobaye. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY. L'inoculation du cobaye par diverses voies amène à reconnaître dans le neurotropisme des souches herpétiques des différences que l'extrême sensibilité du névraxe du lapin à leur égard ne permet pas aisément de distinguer. Consécutivement à une éruption herpétique sur la peau, le cobaye acquiert une immunité du tégument à laquelle ne participe qu'irrégulièrement la cornée. D'autre part, une kératite antérieure peut assurer l'état réfractaire du revêtement cutané. L'insertion du virus dans un organe qui ne permet pas sa végétabilité n'immunise pas l'animal. L'immunité du cobaye ne s'accompagne d'aucun pouvoir virulicide du sérum (in vitro), de la peau ou du névraxe alors même que les animaux ont reçu des inoculations intracérébrales en série. Cette absence d'anticorps neutralisants dans le système nerveux, opposée à leur présence chez le lapin immunisé, est sans doute expliquée par le faible degré de végétabilité des virus étudiés dans le névraxe du cobaye, ce que prouvent d'ailleurs la rareté d'encéphalite et le caractère habituellement inapparent de l'atteinte des centres.

Le poumon, système réticulo-endothélial local. Fonction colloïdo-pexique du poumon. — MM. S. BRATANIO et A. LLOMBART concluent que le système alvéolaire du poumon constitue un système réticulo-endothélial local à deux pôles fonctionnels : un pôle aérien et un pôle sanguin.

Ces cellules alvéolaires ont les caractères principaux spécifiques des éléments réticulo-endothéliaux : fonction de colloïdo-pexie et de colloïdo-stabilisation.

Sur l'agglutination des streptocoquus scarlatineux et scarlatineux. — MM. E. SACQUEPÉE, M. LIÉGEOIS et J. FRICKER, utilisant les techniques nouvelles relatives à l'agglutination du streptocoque, ont procédé à la séro-agglutination de 42 souches de streptocoques hémolytiques, comprenant 15 streptocoques d'origine scarlatineuee et 27 d'origine chirurgicale.

Les rares souches qui n'étaient pas parfaitement homogènes et stables, le devinrent en employant la technique du sélectionnement décrit par ces auteurs. Les épreuves d'agglutination furent faites avec des sérums de convalescents de scarlatine et des sérums expérimentaux de lapin qui furent au nombre de quatre.

Les sérums de convalescents agglutinèrent dans une proportion élevée les streptocoques d'origine scarlatineuse et dans une proportion plus faible les streptocoques chirurgicaux. Mais sur les trois sérums expérimentaux scarlatineux de lapins, un agglutina la même proportion de souches scarlatineuses et chirurgicales; les deux autres agglutinèrent avec une certaine électivité les souches scarlatineuses. Toutefois, un nombre important de streptocoques scarlatineux échappèrent à leur action; inversement ils se montrèrent agglutinants à l'égard d'une proportion appréciable de streptocoques chirurgicaux. Quant au sérum expérimental préparé au moyen d'une souche chirurgicale, il agglutina lui aussi plus électivement les souches scarlatineuses que les souches chirurgicales.

Ces résultats n'autorisent donc pas à établir une séparation bien tranchée entre le streptocoque chirurgical et le streptocoque scarlatin.

De l'influence de la radiothérapie sympathique sur certaines manifestations cutanées de la syphilis. — MM. Gouvic, Bienvenue et Daoulas (de Brest) se sont demandé comment se comportent, sous l'influence de l'irradiation du sympathique les manifestations cutanées de certaines affections à forme connue, comme la syphilis. Ils ont expérimenté un des malades atteints de roséole ou de syphilides papuleuses, ou mieux de roséole en voie de transformation papuleuse, non traités et à Bordet-Wassermann fortement positif.

En outre, la radiothérapie sympathique provoquant des réactions générales, surtout sanguines, les auteurs ont essayé de se rendre compte si des manifestations sanguines différentes comportaient des différences dans les manifestations cutanées. Ils concluent :

1° Que l'occultation de la roséole ou des syphilides papuleuses correspond à l'irradiation en axiale non filtrée, qui produit l'hyperleucocytose. Les deux phénomènes cutané et sanguin sont concomitants;

2° Que l'exacerbation de la roséole correspond à une irradiation régionale, produisant la leucopénie avec semblable concomittance des deux ordres de phénomènes.

Les rayons X semblent donc produire un choc humoral avec répercussion cutanée.

Nouvelles recherches ultramicroscopiques sur les cellules végétales. — M. A. Guilliermond constate dans toutes les cellules observées une certaine opalescence du noyau. Le cytoplasme toujours optiquement vide ne montre d'éclairées que des granulations graisseuses qui se déplacent sous l'action des courants. Il est donc comme dans les cellules animales à l'état d'hydrogel au sens de Mayer ou de gliode selon l'expression de Botazzi. Les mitochondries et les plastes ne sont que très rarement visibles et seulement par leurs contours très faiblement lumineux; ils constituent une phase séparée également à l'état de gliode. Quant aux vacuoles, elles ne se distinguent généralement pas du cytoplasme; elles sont toujours optiquement vides et paraissent constituées pour une solution de colloïdes divers facilement précipitables sous forme de granulations animées de mouvements browniens.

1° Sur les constituants morphologiques du cytoplasma des spirogyres. — 2° Action de la caféine et des colorants « vitaux » usuels sur la cellule des spirogyres. — M. G. Mangenot. Le cytoplasma des spirogyres est extrêmement fluide et animé de nombreux courants parallèles, de faible largeur, comparable à des courants de connection. Il n'est séparé de la vacuole par aucune membrane différenciée. C'est à tort que Leblond a prétendu transformer, par la caféine, le gel cytoplasmique en un sol. Les grains dont l'apparition est provoquée, dans les cellules des spirogyres, par l'action de la caféine, ne se forment pas aux dépens du cytoplasma, mais à partir des tanins dissous dans la vacuole. *In vitro*, les solutions de caféine précipitent énergiquement, d'ailleurs, les solutions taniques.

Election. — M. Mutermilch est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1929)

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — M. Petit de la Villéon communique deux observations où l'application de radiothérapie profonde fut au moins inopportune. Dans le premier cas, il s'agissait de deux volumineux kystes de l'ovaire, dans le second d'une fibromatose interne avec hémorragies profuses qui persistèrent. Les deux malades opérées guérirent néanmoins.

Réfection par greffe osseuse du toit d'un néo-cotyle dans un cas de luxation congénitale douloureuse chez un adulte. — M. Judet présente une malade âgée de quarante ans, qu'il a opérée pour une luxation sus-cotyloïdienne appuyée avec néo-cotyle peu profond, boîterie peu marquée mais vives douleurs à la moindre fatigue et impossibilité de marcher. La tête fut abordée par voie antérieure; on détacha par dédoublement de l'aile iliaque un greffon de 5 centimètres de long sur 2 cent. 1/2 de large et de 6 à 8 centimètres d'épaisseur. L'épine iliaque antérieure avec le tendon du fascia lata faisaient partie du greffon qui fut appliqué sur la tête. Des radiographies successives ont permis de constater que le greffon s'était soudé à l'aile iliaque et avait formé un toit solide. Actuellement, dix-huit mois après l'opération, la malade peut faire sans fatigue et sans douleurs 8 à 10 kilomètres et les mouvements de la hanche ont une amplitude presque normale.

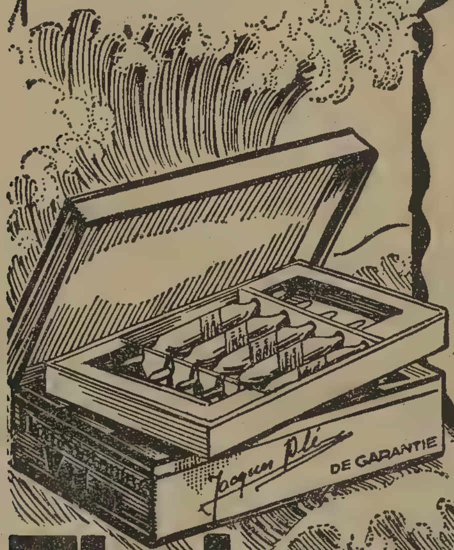
Deux cas d'ostéite tuberculeuse « en grelot » de l'extrémité inférieure du radius tardivement ouverte dans l'articulation. — M. Rœderer communique ces observations. Un homme de trente ans et une femme de vingt ans souffraient depuis un an ou deux de douleurs dites rhumatoïdes. Brusquement s'est ouvert dans l'articulation radio-carpienne un foyer radial d'ostéite tuberculeuse; d'où l'apparition de symptômes d'arthrite aiguë succédant à la longue période d'indolence qui avait jusqu'alors marqué la lésion bacillaire juxta-articulaire.

Abcès de l'utérus. — M. Haller communique l'observation d'un abcès de la paroi utérine survenu quarante jours après un accouchement. Une hystérectomie abdominale subtotale fut nécessaire et guérit la malade. L'abcès, du volume d'une petite orange, occupait la paroi antérieure de l'utérus et s'était ouvert dans la cavité péritonéale par une perforation du fond de l'organe, près de la corne droite. L'auteur fait une étude succincte des abcès de la paroi de l'utérus.

A propos des fractures de la rotule. — M. Trèves présente l'observation suivante avec les radiographies. Une femme obèse de trente ans se fracture la rotule droite, puis, huit mois après, la rotule gauche. Cette seconde fracture avait trois fragments. Dans les deux cas, le fragment inférieur était beaucoup plus volumineux que le supérieur et présentait sur la radiographie de profil, une zone de raréfaction osseuse. La malade avait ressenti des douleurs dans le genou quelques semaines avant chaque fracture. Les interventions ont été pratiquées trois jours après les accidents pour attendre la fin de l'hémorragie osseuse. Cerclage au tendon de renne suivi d'un retour normal de la fonction.

De la mastopexie costale transpectorale par voie périaréolaire. — M. Dartigues propose une technique de fixation de la mamelle à la côte sous-jacente (la IVe généralement) à travers le grand pectoral, en utilisant une petite incision curviligne au niveau de la partie supérieure de l'aréole qui donne accès au pôle supérieur de la glande. Ce procédé qui

FORMULE :
Nucléino-phosphoglycérate de Soude 0.100
Cacodylate de Soude . 0 050
Sulfate de Strychnine. 0.001
Eau de mer isotonique. 5.000



Déficiences générales cellulaires

Une injection indolore sous-cutanée profonde tous les 2 jours ou plus souvent suivant l'état du malade de

Thalassotonine Vadam

Triade Leucocytogène et tonique associée à l'action catalytique de l'Eau de Mer

exalte la phagocytose, reconstitue la cellule, agit rapidement dans tous les cas de dépressions, convalescences, neurasthénie, asthénie lymphatisme, prétuberculose, paludisme, pyrexies, soins ante et post opératoires.

Littérature et échantillons franco à Messieurs les Docteurs.

Laboratoires J. PLÉ
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Licencié es-sciences.
111 bis, Rue de Turenne, Paris (3e)
Teléphone : Archives 08-27

Thalassotonine Vadam

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites t floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

s'adresse à un premier degré de prolapsus du sein serait aussi applicable par extension aux autres procédés de réfection du sein.

Epithélioma atypique de la langue chez une femme. — M. BARBET communique l'observation d'une femme de soixante ans présentant dans la moitié gauche de la langue une tumeur située en plein muscle et qui avait les caractères d'une tumeur bénigne. Ablation simple. La coque conjonctive qui l'enveloppe adhère en grande partie aux fibres musculaires. L'examen histologique a montré un épithélioma atypique de faible malignité.

Fracture de l'épine tibiale et rupture du ménisque interne. — M. BRESSOT (de Constantine) communique une observation assez rare où l'on a constaté la présence de ces lésions. Elles résultent d'un mouvement forcé de rotation interne associé à une hyper-abduction de la jambe. Opération. Section transversale basse de la rotule et des ailerons rotuliens. Extirpation du ménisque. Réfection des ailerons et suture aux crins de la rotule. Guérison avec bon résultat fonctionnel.

La voie transarticulaire, par-dessous le tendon rotulien détaché avec son tubercule d'insertion. pour découvrir et traiter ostéosyntiquement certaines fractures de l'extrémité inférieure du fémur. — M. JUVARA (de Bucarest) communique deux observations de fracture de l'extrémité inférieure du fémur qu'il a traitées par cette méthode avec un bon résultat.

Une fracture complexe du coude. — M. RŒDERER communique ce cas. Il s'agit d'un coude violemment traumatisé dans un accident d'auto; fracture sus-condylienne de la diaphyse humérale, fracture de la coronoïde, luxation du coude en avant et double fracture de l'olécrane.

Gros calcul coralliforme du bassinet et des calices enlevés d'un seul morceau par une pyélotomie postérieure élargie, précédée d'incision transversale haute de la paroi abdominale. — M. BONNEAU présente ce calcul qui mesure 8 centimètres de haut sur 3 centimètres dans sa plus grande largeur.

Appendicite avec perforation par corps étranger dans un trajet herniaire-inguinal. — M. PETIT DE LA VILLÉON présente un appendice atteint d'infection développée autour d'une arête de poisson qui avait perforé la paroi appendiculaire et déterminé un abcès. Cette appendicite s'est développée dans un trajet herniaire-inguinal très serré. Le diagnostic avant l'opération avait été tumeur du cordon.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie du foie (1) [fasc. 16 du *Nouveau Traité de médecine*], publié sous la direction de MM. G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-J. TEISSIER.

Peu d'organes ont une pathologie devenue aussi « riche » que celle du foie, et la table des matières de ce livre étonnerait vivement un médecin non averti des recherches biologiques de ces vingt dernières années.

La variété de la pathogénie du foie s'explique d'ailleurs par la multiplicité des fonctions que doit remplir cet organe :

Le foie a une action propre sur la digestion; c'est une glande dont les fonctions dans le domaine de la nutrition sont importantes; — c'est un organe qui tient en réserve des substances utiles à la vie des cellules; — c'est un filtre qui arrête les produits toxiques introduits accidentellement ou formés dans le tube digestif; — c'est encore un réservoir qui accumule dans son réseau vasculaire des quantités considérables de sang et joint à son action proprement biologique le rôle d'un barrage qui régularise l'hydrostatique de la circulation. Chacune de ces multiples fonctions, à son tour, est l'occasion d'actions variées : pour ne parler que du rôle digestif du foie, la bile neutralise les acides, accroît l'action de certains ferments, favorise l'absorption des graisses, entrave les putréfactions intestinales, etc.

Il est donc naturel que dans un *Traité de médecine* le volume consacré à la pathologie du foie soit l'un des plus étendus, l'un des plus richement illustrés et l'un des plus variés de la série : il doit conduire le médecin à travers le dédale des formes nosologiques les plus compliquées, et également les plus fréquentes qui se puissent rencontrer au carrefour de la médecine et de la chirurgie. L. G.

Plan de l'ouvrage. — M. VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. — Sémiologie physique du foie.

M. GARNIER. — Sémiologie fonctionnelle du foie. — Les syndromes hépatiques : syndrome d'insuffisance de suractivité fonctionnelle du foie.

M. VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. — Le syndrome d'hypertension portale.

F. WIDAL et P. ABRAMI. — Les ictères.

F. WIDAL et Etienne MAY. — Spirochétose ictéro-hémorragique.

M. VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. — Congestions du foie. — Cirahoses du foie. — Dégénérescences du foie.

M. GARNIER et J. CATHALA. — Néoplasmes du foie.

Th. LEGRY. — Les hépatites infectieuses aiguës. — Tuberculose du foie. — Syphilis hépatique.

J. RIEUX. — Foie et paludisme.

Ch. DOPTER. — Les abcès du foie.

F. DÉVÉ. — Echinoccocose hépatique.

M. GARNIER et J. CATHALA. — Les hépatites toxiques.

M. VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. — Affections de l'artère hépatique. — Pyléphlébites.

M. GARNIER et PRIEUR. — Affections des voies biliaires. — Lithiase biliaire. — Angiocholécystites. — Cancer.

M. VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. — Affections du péritoine périhépatique.

(1) Grand in-8 de 1.048 pages avec 163 figures et 40 planches hors texte dont 11 en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

Guide du malade à Vichy (1), par le docteur Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal.

Voici un excellent petit livre facile à lire, d'une documentation à la fois pratique et très complète. Il rendra les plus grands services aux médecins en leur permettant de mieux connaître les merveilleuses ressources thermales de Vichy et en leur permettant de déterminer les catégories de malades que l'on doit y envoyer. Ce livre montre en outre, et ce n'est pas inutile, que le malade une fois à Vichy ne doit pas être abandonné à lui-même et qu'il doit se confier entièrement aux soins des médecins spécialisés.

On doit remercier M. Caillon d'avoir démontré aux médecins et aux malades l'importance de la surveillance dans la cure de Vichy. L. G.

Etude élémentaire des arythmies. Lecture des électrogrammes. Phono et cinématographie, par R. LUTEMBACHER. Un volume de 120 pages avec 78 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8. — Prix : 6 fr. — Tunis, imprimerie générale, 4, rue Annibal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

MUSCULOSINE BYLA
MUSCULOSINE BYLA
MUSCULOSINE BYLA
MUSCULOSINE BYLA

MUSCULOSINE BYLA

Neurasthénie
Anémies

Convalescence
Tuberculose



APPORT STIMULANT INTÉGRAL à toute diététique déficiente PAR Ses Catalases musculaires Ses Oxydases hématiques

ACTION TONINUTRITIVE PAR Son Complexus minéral SA RICHESSE EN BASES HEXONIQUES

ACTION ANTITOXIQUE PAR L'ABONDANCE DE SES
VITAMINES
CARDIOHÉPATOMUSCULAIRES

ADMINISTRATION & BUREAUX : 26, Avenue de l'Observatoire PARIS

USINES A GENTILLY (Seine

Registre du Commerce, Seine, 71.895.

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

dans les
Hypertensions
et tous les
Etats spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 174.569

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux
Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :
NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.
Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927) .
1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;
2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine
PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES
Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.
PRÉSENTATION : Boite de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C. Seine 109 239*

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE GUILLAUMIN

VANADARSINE
GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE
injectable
EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

INSTITUT DE MÉDECINE ... DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 janvier 1930 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le samedi 19 octobre 1929, à 9 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le jeudi 12 septembre jusqu'au samedi 5 octobre 1929 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

XVIe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE (Paris, Institut Pasteur, les 8, 9 et 10 octobre 1929). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès tiendra séance les mardi 8, mercredi 9 et jeudi 10 octobre 1929, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le docteur Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker, membre du Conseil supérieur d'hygiène, président de la Société pour 1929.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Rapports. — 1° *Laboratoires et hygiène. — Contrôle des laboratoires.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Lisbonne et Rochaix; M. le docteur Dejust.

2° *Intoxications accidentelles au cours de la désinfection des locaux d'habitation par le gaz cyanhydrique.* — Rapporteur : M. Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie à la Préfecture de police.

3° *Rapports des services d'hygiène avec la surveillance et la protection de l'enfance.* — Rapporteur : M. le docteur Bussière, directeur des services d'hygiène de la ville de Montluçon, secrétaire général du Syndicat des médecins hygiénistes français, et le docteur Pissot, médecin de l'Office des pupilles de la Nation, en Seine-et-Oise.

Conférence. — M. le docteur René Martial : L'immigration en France dans le passé et de nos jours. — Technique. — Législation.

M. Dujarric de la Rivière : Les services maritimes et quarantenaires d'Egypte.

Visites. — Visite du service de M. le docteur Jules Renault à l'hôpital Saint-Louis (salles d'hôpital munies d'un système de ventilation permanente avec chauffage en hiver, rafraîchissement en été et humidification constante).

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui seront adressés avant le 15 août 1929.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de 5 pages

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

(pages de 39 lignes; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes;

2° Les manuscrits devront être remis en séance;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris;

5° Faire précéder le texte d'un résumé de 4 à 5 lignes qui figurera en caractères gras en tête de la communication;

6° Remettre en séance un résumé (10 à 15 lignes), en plusieurs exemplaires destinés à la presse.

SERVICES DES MATERNITÉS HOSPITALIÈRES ET DE L'ÉCOLE DÉPARTEMENTALE D'ACCOUCHEMENT DE BORDEAUX. — COURS DE PERFECTIONNEMENT POUR LES SAGES-FEMMES (sixième série), du 21 au 26 octobre 1929), sous le haut patronage de la ville de Bordeaux, de la Fédération des œuvres girondines de protection de l'enfance, du Syndicat professionnel des médecins bordelais et du Syndicat des sages-femmes de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Par MM. les docteurs Andérodias, professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine; Pery, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien en chef de la Maternité, et P. Balard, accoucheur des hôpitaux, assistant de la Maternité; avec la collaboration de MM. Lafon-Ore et R. Boursier, accoucheurs des hôpitaux; H. Verger, professeur à la Faculté de médecine, secrétaire général du Syndicat professionnel des médecins bordelais; Rocaz, médecin des hôpitaux; docteur Ginestous, adjoint au maire de Bordeaux, délégué à l'hygiène et à la protection de l'enfance; Jeanneney, professeur à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

PROGRAMME. — *Lundi 21 octobre.* — 9 h. : Cours (docteur Balard). La surveillance prénatale; — 10 h. 30 : Leçon clinique; — 14 h. : Visite à domicile par groupes d'enfants assistés par la loi Roussel; — 17 h. : Cours (docteur Anderodias). L'avortement.

Mardi 22 octobre. — 9 h. : Cours (docteur Boursier). La gémelléité; — 10 h. : Maternité, Visite du service. Présentation de malade; — 15 h. : Visite d'une école maternelle rue Laboy (entre le boulevard George V et la rue de Ségur) sous la conduite du docteur Llaguet; — 16 h. 30 : Cours (docteur Ginestous). L'hygiène scolaire. (Ce cours aura lieu à l'école maternelle à la suite de la visite.)

Mercredi 23 octobre. — 9 h. : Cours (docteur Péry). L'éclampsie; — 10 h. : Canolle. Visite du service. Présentation de malade; — 14 h. : Visite d'une consultation de nourrissons, La Maison du Bébé, 12, rue de Bègles; — 17 h. : Cours (docteur Anderodias). Les colibacilloses.

Jeudi 24 octobre. — 9 h. : Cours (docteur Balard). Les hémorragies de la délivrance; — 10 h. : Maternité. Visite du service. Présentation de malades; — 14 h. : Visite à domicile par groupes d'enfants assistés par la Fédération girondine des œuvres de protection de l'enfance; — 17 h. : Cours (docteur Boursier). Les hémorragies du nouveau-né.

Vendredi 25 octobre. — 9 h. : Cours (docteur Balard). Les infections mammaires (docteur Jeanneney). Les tumeurs du sein (ce qu'une sage-femme doit en savoir); — 10 h. 30 : Maternité. Leçon clinique; — 14 h. : Visite de la Maison maternelle de Cholet; Cours (docteur Rocaz). Le dépistage des maladies infectieuses de l'enfance. (Ce cours aura lieu à l'issue de la visite de l'établissement).

Samedi 26 octobre. — 9 h. : Cours (docteur Verger). Les sages-femmes et les assurances sociales; — 10 h. 30 : Maternité. Visite du service. Présentation de malades.

L'application prochaine de la loi des Assurances sociales incite à orienter cette année ce cours de perfectionnement du côté des questions sociales dont le puissant intérêt ne peut échapper aux praticiennes.

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole départementale d'accouchement à Pellegrin.

Grâce au bienveillant concours de l'administration des hospices les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées gratuitement à l'Ecole d'accouchement; des repas leur seront servis au prix de 6 fr. le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la directrice de l'Ecole avant le 10 octobre, et de s'entendre avec elle pour les repas.

Des précisions sur la visite à Cholet et sur les visites à domicile par groupes seront données dès le début des cours de perfectionnement.

Une représentation au grand théâtre, offerte aux congressistes, sera organisée avec le concours de la municipalité. La date en sera fixée ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la Directrice de l'Ecole d'accouchement, hôpital Pellegrin, Bordeaux.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DU LANGUEDOC AU VELAY EN CARS P.-L.-M. PAR LES CÉVENNES ET LES CAUSSES. — On peut se rendre d'Avignon au Puy et inversement en cars P.-L.-M. Le trajet se fait en trois journées par les mêmes routes, dans le même temps et aux mêmes jours que l'on parte d'Avignon ou du Puy.

Cette excursion révèle les régions les plus tourmentées des Cévennes et des Causses. Une partie s'en fait en bateau dans les gorges du Tarn. Elle permet de visiter les profondeurs souterraines de l'Aven Armand et de découvrir, de l'observatoire de l'Aigoual, les Puys, les Alpes et les Pyrénées.

Première journée (le dimanche) : Avignon, Pont du Gard, Nîmes, Mont Aigoual.

Deuxième journée (le lundi) : Mont Aigoual, Gorge du Tarn, Grotte de l'Aven Armand, Florac.

Troisième journée (le mardi) : Florac, Pont de Montvert, Villefort, La Bastide, Langogne, Le Puy.

Les services automobiles de la route des Pyrénées en provenance ou à destination de Carcasonne et de Millau, sont en correspondance avec les autocars P.-L.-M. à la Malène.

— AGENCE P.-L.-M. MARSEILLE-CANNEBIÈRE. — Sous ce nom, une nouvelle agence P.-L.-M. est créée à Marseille, 7, boulevard Garibaldi, à proximité de la Cannebière.

Heures d'ouverture au public : en semaine, de 9 h. à 12 h. et de 14 h. à 19 h.; dimanches et jours fériés de 9 h. à 12 h.

Cette agence délivre les billets, assure la location des places de luxe de 1re et de 2e classes et effectue l'enregistrement des bagages.

Toutefois, les billets de 3e classe n'y sont délivrés et les places de 3e retenues que pour les personnes se déplaçant avec des voyageurs de classes supérieures qui demandent ces billets en même temps que les leurs.

Les voyageurs peuvent également se procurer, à l'Agence de Marseille-Cannebière, les billets des services P.-L.-M. d'autocars et y faire enregistrer leurs bagages pour des gares P.-L.-M. situées sur ces services, que leur déplacement ait lieu uniquement en car ou partie en chemin de fer et partie en autocar.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LABORATOIRES CARTERET

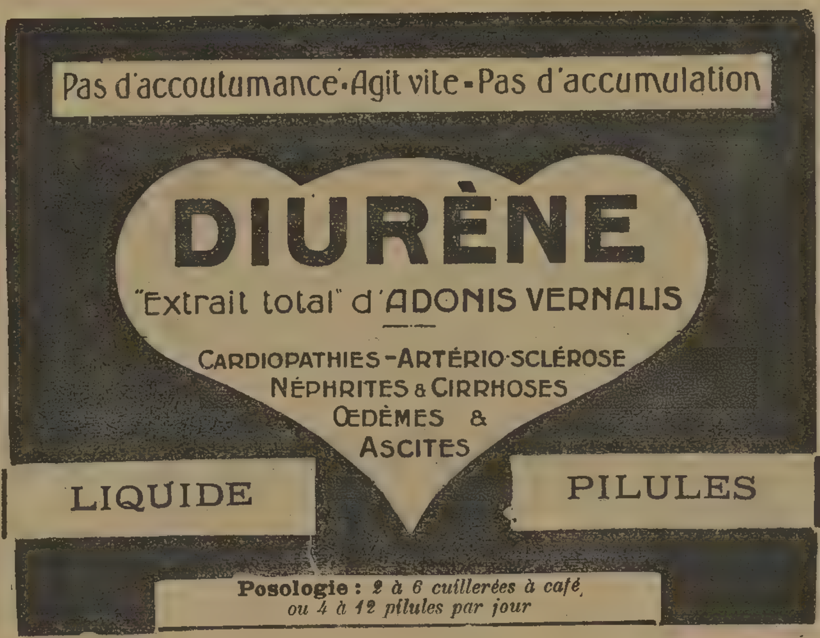
Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
(Pommade à base de PROPIDON)
(Formule du Prof. Pierre DELBET)

INDICATIONS :
FURONCULOSE, BRULURES, ESCHARES
PLAIES EN SURFACE
ENGELURES, ULCÈRES VARIQUEUX
ANTHRAX, ETC.

Les Établissements POULENC FRÈRES
86 et 92, Rue Vieille-du-Temple. PARIS
R. du C., Paris 5.386.

Les ANTIGÉNINES
ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.
BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.
Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE
Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris
vous présentent
LES ENTÉROPRAXINES
ABRY
Formuler
C = Colibacilles
CS = Colibacilles-staphylocoques
CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

SYNDROME DE PARINAUD

AU COURS D'UNE ENCÉPHALOPATHIE INFANTILE CHRONIQUE

Par MM. Léon BABONNEIX et Jean BLUM.

Les troubles oculaires qui s'observent au cours des encéphalopathies infantiles peuvent affecter les types les plus variés, et leur polymorphisme ne le cède en rien à celui des manifestations nerveuses auxquelles ils font cortège. Tel le cas récent qu'il nous a été permis d'étudier et qui concerne un syndrome de Parinaud : le fait est des plus rares, et, pour cette raison, nous a paru digne d'être signalé.

Observation. — M... (Marie), sept ans.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents bien portants, jeunes, ne sont nullement consanguins.

La mère a cependant fait deux fausses couches, en sus de trois grossesses.

La petite malade est l'aînée des trois enfants, dont le second a actuellement cinq ans et le troisième, deux ans ; ces deux derniers sont en parfaite santé.

Elle est née avant terme (huit mois) ; son poids, à la naissance, ne dépassait pas 3 livres et demie.

Dès les premiers jours, elle a été atteinte de convulsions qui se sont reproduites pendant deux semaines, avec dyspnée et cyanose.

Son développement s'est montré très irrégulier et très lent : au début, elle ne savait pas téter ; elle n'a pu qu'à peine marcher et parler vers trois ans et demi ; encore actuellement elle se lève avec difficulté.

Dans son passé pathologique, on note, outre une coqueluche et une rougeole, un ictère prolongé.

Etat actuel. — M... (Marie) est une enfant de caractère enjoué, mais nettement arriérée ; l'intelligence est rudimentaire, la parole difficile et ânonnée, l'attention à peine soutenue.

Elle présente un état d'agitation presque constant avec mouvements involontaires saccadés et irréguliers.

A l'examen neurologique, il existe des signes manifestes, quoique discrets, d'hémiplégie droite, le Babinski étant d'ailleurs impossible à déceler.

Beaucoup plus intéressants sont les troubles oculo-moteurs : les mouvements de verticalité des globes sont abolis, aussi bien en haut qu'en bas, les mouvements volontaires (effectués sur un commandement ou une sollicitation du regard) comme les mouvements automatico-réflexes (recherchés en imprimant à la tête des mouvements passifs). La fonction de latéralité n'est nullement modifiée. L'état mental de la petite malade rend cet examen particulièrement difficile : un artifice seul permet l'exploration de la motilité volontaire. L'enfant ayant la tête maintenue immobile, on lui montre un jouet qu'on déplace dans les différentes positions du regard ; alors que, latéralement, les mouvements s'effectuent comme à l'état normal, dans le sens vertical le globe reste fixe et les pupilles n'arrivent pas à dépasser le plan horizontal.

Spontanément d'ailleurs, elle s'efforce de suppléer à ce déficit fonctionnel par des mouvements de la tête, qu'elle rejette, ballante, soit en avant, soit en arrière suivant les cas. Il nous a été impossible de préciser l'état de la convergence.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière : le fond d'œil est normal, de même que le champ visuel.

L'acuité est bonne après correction d'une légère hypermétropie.

Parmi les centaines d'observations d'encéphalopathies infantiles que l'un de nous a pu recueillir, nous n'avons pas relevé d'autre exemple de syndrome de Parinaud, et, en dehors d'un cas signalé par Oppenheim, nous n'avons pas connaissance qu'un fait clinique du même ordre ait été rapporté par quelque auteur.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de publier cette observation, en nous gardant d'ailleurs de toute interprétation.

LES SERVICES D'IMMIGRATION EN ARGENTINE

LEUR LÉGISLATION ET LEURS STATISTIQUES

Par le docteur René MARTIAL.

Les services d'immigration de la République Argentine ont été créés par la Loi n° 817, en date du 19 octobre 1876 et le décret du 17 juin 1881 qui ont permis d'établir, le 31 décembre 1923, un règlement *définitif* d'administration publique. Comme aux Etats-Unis, il s'agit de lois et non pas de décrets ; toutefois, l'immigration, en République Argentine, est plus ancienne que la loi et les documents officiels font remonter la statistique de l'immigration en Argentine à l'année 1857. Le *règlement particulier* à l'*entrée* des immigrants, basé également sur la Loi n° 817, date du 17 mars 1925.

Avant d'examiner quelques détails de ces textes et les statistiques, il est bon de donner une description générale des services, qui facilitera l'intelligence des textes et en abrégera la relation.

Lorsqu'un navire chargé d'immigrants est admis, après les formalités sanitaires légales, à entrer dans le port de Buenos-Aires, il accoste au quai de la douane. Sur ce quai se trouve un ensemble de bâtiments formant un vaste quadrilatère entouré de grilles. Le côté du quadrilatère parallèle au quai est occupé par les bâtiments de la douane. Il va de soi que tous les passagers passent par le bâtiment de la douane, mais ceux qui sont des immigrants ne le quittent pas pour entrer en ville, mais sont aussitôt dirigés vers un bâtiment qui occupe le deuxième côté du quadrilatère.

Avant l'arrivée même, sur le Rio de la Plata, pendant l'arraisonnement du navire, les immigrants ont été dénombrés, examinés et repérés. Ne peuvent descendre à terre que ceux qui ont été vaccinés contre la variole, que ceux qui ne présentent aucune maladie contagieuse, que ceux qui ne présentent aucune infirmité ni maladie capable de les faire retomber de suite [à la charge de la collectivité argentine, c'est-à-dire de les rendre incapables de travailler.

Les émigrants, ainsi dûment reconnus, sont admis, après avoir traversé la douane, dans le bâtiment qui borde le second côté du quadrilatère. Ce bâtiment est celui qu'on appelle l'hôtel. Les immigrants pénètrent, au rez-de-chaussée, dans un grand hall où se trouve un bureau qui délivre à chacun d'eux un numéro de lit et un numéro de table, après vérification de leur identité.

Le rez-de-chaussée de ce bâtiment comporte ensuite une énorme salle de réfectoire dont les tables

et les bancs, tous deux fixes, sont en marbre. Cette salle de réfectoire est longée par un très large couloir de l'autre côté duquel se trouvent les cuisines. Tous les appareils de cuisine, qui sont de dimensions considérables, marchent à l'électricité. La boulangerie opère la panification par le moyen de l'électricité. Tous ces locaux, comme du reste tous les locaux du quadrilatère occupé par les services de l'immigration, sont tenus dans un état de propreté absolument parfaite. Un nombreux personnel subalterne y est occupé.

Le bâtiment de l'hôtel comporte trois étages. Chacun d'eux est divisé par deux grands et larges couloirs qui se coupent en croix au milieu du bâtiment, le couloir transversal étant tellement plus large que le couloir longitudinal que l'intersection des deux couloirs forme une vaste salle où se trouvent répartis des lavabos pour les hommes et des lavabos et bains-douches pour les femmes. Dans les vastes pièces encadrées par ces couloirs sont les dortoirs qui comptent de 500 et 800 places. Ces places sont des couchettes superposées, deux par deux, alignées en longues allées. Chaque matin, les émigrants doivent faire leur lit et le faire proprement, avec les draps et les couvertures bien tirés et les matelas bien alignés. Les bagages ne sont pas admis dans les dortoirs, mais déposés dans des salles spéciales. Aucun vêtement, ni aucun linge ne doit traîner, et, une fois les lits terminés, le personnel subalterne arrive pour le nettoyage, ouvre les fenêtres et ferme les portes; de telle manière que les immigrants ne peuvent plus pénétrer dans les dortoirs que le soir, au moment de se coucher. Ils ont pu se reposer dans la journée dans les salles de lecture qui sont situées au rez-de-chaussée, ou dans un vaste jardin avec des arbres et des pelouses qui occupe l'intérieur du quadrilatère.

L'hôtel peut contenir et nourrir 7.000 immigrants.

Le second côté du quadrilatère est occupé par l'hôpital temporaire et le service d'isolement des contagieux. Tout malade se présentant à la visite le matin est, suivant le cas, simplement consulté ou hospitalisé temporairement. L'hospitalisation temporaire a lieu, soit pour de petits accidents, soit pour de petites et brèves maladies; si des complications surviennent, ou s'il s'agit d'une maladie qui doit durer un temps plus long, le malade est dirigé sur un des hôpitaux de la ville.

S'il s'agit d'un cas de maladie contagieuse et en particulier de trachome, le malade est hospitalisé dans le service des contagieux dont il ne sort plus jusqu'à sa complète guérison. S'il a une famille, la famille tout entière est hospitalisée dans le service des contagieux.

Le service médical de cet hôpital et du service des contagieux comporte neuf médecins, tant de médecine générale que de spécialités, et un pharmacien. Tout cet ensemble médico-sanitaire est tenu dans un état de propreté minutieux et les matériaux dont il est construit facilitent cette propreté, comme, par exemple, des escaliers en marbre, des carrelages parfaitement étanches, etc. Le service des contagieux est naturellement rigoureusement isolé de l'hôpital temporaire.

Le troisième côté du quadrilatère est occupé par les bureaux des inspecteurs de l'immigration, c'est-à-dire les fonctionnaires qui accompagnent les médecins de la santé au moment où ceux-ci viennent arraisonner le navire. Ce sont eux qui opèrent le repérage et le dénombrement des immigrants. Ils sont accompagnés par des fonctionnaires de la police spécialement chargés de ce service.

Notons en passant ce détail que le service de la santé du port, qui coopère avec l'immigration et la précède, compte 21 médecins.

A côté de ce service se trouve celui du cadastre, c'est-à-dire les bureaux où l'immigrant peut acheter des terres à l'intérieur du pays, en vue de la culture. Il trouve là tous les renseignements nécessaires à l'étude des terrains qu'il veut acheter et toutes les tractations peuvent être faites sur place avant même que l'immigrant ait quitté les services d'immigration.

Le dernier côté du quadrilatère est occupé par les services d'embauchage pour les travailleurs qui entrent dans des exploitations agricoles ou dans des usines, le service de la statistique, dont le directeur est un Français de vieille roche, les services généraux et la direction.

Aucun immigrant ne peut franchir les grilles de ce quadrilatère avant d'avoir rempli toutes les formalités légales. Il peut rester cinq jours gratuitement à l'hôtel de l'immigration, c'est-à-dire avant d'avoir trouvé du travail, s'il n'est pas embauché d'avance. Ceux qui éprouvent quelque difficulté à se placer ou à se loger, et en particulier les familles nombreuses, et cela est un cas fréquent, peuvent, s'ils le désirent, obtenir de séjourner beaucoup plus longtemps à l'hôtel de l'immigration dans des conditions tout aussi gratuites. Cette faveur est accordée de préférence aux familles, mais elle ne peut pas excéder trois semaines. Au bout de ce temps tous les immigrants doivent avoir quitté l'hôtel de l'immigration.

*
* *

Il arrive en Argentine des immigrants de beaucoup de pays divers qui viennent se fondre dans la primitive masse espagnole. Si l'on ne considère que Buenos-Aires, il semble que la fusion se fasse assez complètement et assez rapidement, mais ceci n'est peut-être pas également vrai pour les lointaines provinces du pays où des groupements ethniques peuvent se reformer plus aisément. En tout cas, les nationaux des différents pays émetteurs d'immigrants se regroupent généralement dans l'Argentine sous la bannière de leurs anciens pays. C'est pour éviter les conséquences de ce séparatisme, de ce groupement, que les Argentins ont voté une loi décrétant le service militaire obligatoire pour tous les enfants d'immigrants, quelle que soit leur nationalité. Cette loi n'étant pas très ancienne, il en résulte que, à l'heure présente, beaucoup d'Argentins sont à la fois soldats en Argentine, en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en France, etc. Tel l'administrateur délégué d'une grande usine de Buenos-Aires, qui est officier dans l'armée française

depuis la guerre et qui est maintenant obligé d'être aussi militaire argentin puisqu'il est né en Argentine.

Mais il est un fait qui touche plus particulièrement la France, c'est la protection continue accordée par les nations émettrices d'émigrants à leurs nationaux, même lorsqu'ils sont devenus Argentins. Les ambassades de chaque pays sont en relation étroite avec leurs nationaux et ne laissent pas le lien patriotique se desserrer trop rapidement. Pour cela, chaque nation s'efforce de favoriser ses nationaux sur le territoire même de la République Argentine; ces nationaux, en retour, favorisent les entreprises de leurs pays de toutes leurs forces, que ce soient des entreprises d'ordre moral ou d'ordre matériel. Il est cruel de voir que les Français, les moins nombreux d'ailleurs de tous les immigrants, puisqu'ils ne sont, pour toute la République Argentine, que 80.000 sur 10.210.587 habitants, sont abandonnés par la France, et ils ne songent pas non plus à faire quoi que ce soit pour elle. J'ai entendu ce cri d'appel poussé par le professeur *Faustine Trongé*, descendant de Français, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, qui déplore cet absence de communications intimes surtout en présence des méthodes employées par l'élément germanique.

Dans la trop brève, mais très intéressante conversation que j'ai eue avec cet éminent médecin, j'ai été mis au courant des méthodes de propagande employées par l'élément germanique jusque dans l'enseignement de la médecine, grâce auxquelles les étudiants argentins pourraient être fondés à oublier qu'il y a une science médicale française et qu'elle n'est pas la moins bonne au monde.

* * *

La Loi n° 817 a créé par son chapitre I, le département général de l'immigration, qui est une dépendance immédiate du ministère de l'Intérieur.

Ce premier chapitre définit les attributions du département de l'immigration. Le chapitre II crée les agents de l'immigration à l'extérieur (recrutement) et définit leurs attributions. Le chapitre III crée les commissions d'immigration qui sont un organe de liaison entre le département de l'immigration et les administrations provinciales et municipales. Le chapitre IV incorpore une section de l'Office du travail à l'immigration; le chapitre V définit les immigrants et les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de cette qualité en Argentine. Le chapitre VI concerne exclusivement les navires qui transportent les émigrants et stipule toutes les conditions sanitaires, de logement, de ravitaillement, etc., qu'ils doivent remplir. Il est complété par le chapitre VII, qui s'occupent du débarquement des immigrants. Toutes ces parties de la Loi n° 817 viennent d'être décrites ci-dessus à propos du fonctionnement même du service de l'immigration. Le chapitre VIII crée à Buenos-Aires et à Rosario, les hôtels d'immigrants avec les hôpitaux temporaires et prophylactique qui les complètent. Les chapitres IX et X concernent l'embauchage et le service du cadastre organisé en vue de la vente aux immigrants.

On n'arrive pas en Argentine que par la voie maritime; on y arrive aussi par la voie fluviale. Le décret du 17 juillet 1881 prévoit les dispositions nécessaires à l'application de la Loi n° 817 pour l'entrée des immigrants par la voie fluviale. Le décret de 1923, qui est très détaillé, notamment en ce qui concerne les transports d'immigrants et l'établissement des pièces d'identité constitue une mise au point plus moderne de la Loi n° 817.

Enfin le décret du 17 mars 1915 vise le personnel des navires ou embarcations de toute sorte qui atterissent sur le territoire de la République Argentine; il a pour but d'empêcher la transformation frauduleuse de membres de l'équipage en immigrants.

Le point intéressant à retenir pour des Français, c'est que toutes ces dispositions et ces services concernant l'immigration sont basés sur une législation stable. C'est une législation qui existe aussi aux Etats-Unis et dans d'autres pays, bien qu'avec des variations dues aux nécessités nationales, et c'est cette législation qui nous manque en France.

Dans la législature argentine, il n'est pas question jusqu'à présent, des contingents, et cela s'explique de soi-même si l'on réfléchit que la République Argentina est un pays huit fois grand comme la France et qui ne compte encore, malgré de longues années d'immigration, que 10 millions d'habitants. Il n'y a donc pas lieu pour les Argentins de fixer des chiffres limites à l'immigration de tels ou tels étrangers puisque le territoire est loin d'être peuplé.

Le contingentement s'opère, au contraire, très étroitement aux Etats-Unis, qui n'ont plus besoin d'un grand afflux de population, dont les besoins sont devenus restreints.

* * *

Le service de la statistique qui fonctionne dans les bâtiments du service, à Buenos-Aires, est dirigé par un Français, M. Jorge Ménéclier, qui réside en Argentine depuis maintenant plus de cinquante ans, et qui, en dépit de son âge, a gardé une activité intense et une mémoire des chiffres absolument surprenante. Ce service a publié un fascicule qui donne les chiffres complets de l'immigration depuis 1857 jusqu'à 1924, tant par voie maritime que par voie fluviale.

Nous venons de dire que la République Argentine n'avait pas établi de contingent. Elle le peut d'autant moins que tous les immigrants qui lui arrivent ne lui sont pas définitivement acquis. Au contraire, un grand nombre s'en vont soit ailleurs, soit retournent dans leur pays d'origine; si bien que, de 1857 à 1924, il est arrivé en Argentine 5.401.276 immigrants mais il en est reparti, pendant le même temps, 2.562.790. Le total des restants n'est que de 2.018.486.

La plus forte période d'immigration a été la période de 1906 à 1910, pendant laquelle il est entré 1.238.070 immigrants en Argentine, et il n'en est sorti que 428.240.

Les nations qui ont fourni le plus d'immigrants à l'Argentine, de 1857 à 1924, sont par ordre d'impor-

tance, l'Italie, l'Espagne, la France, l'Autriche-Hongrie, l'Allemagne, la Russie, etc...

Un autre tableau de ce fascicule statistique montre que la quantité des immigrants hommes a été généralement trois et même quatre fois plus forte que celle des immigrants femmes, et si l'on considère les entrées sous le rapport de l'âge; on constate que 14,71 p. 100 des immigrants étaient âgés de un jour à douze ans, 84,21 p. 100 de treize à soixante ans et 1,08 p, 100 de plus de soixante ans. Toutes les professions sont représentées.

Un autre point intéressant est de voir comment ces immigrants se sont répartis dans le pays, toujours pendant la même période, de 1857 à 1904. On constate aussitôt que l'Etat de Buenos-Aires en a absorbé 1.735.482 et la ville de Buenos-Aires 1.565.414. Si bien que le reste est réparti sur les différentes provinces et, par conséquent, ne peut représenter, pour chacune d'elles, qu'un très petit nombre. Celles des provinces qui en ont reçu le plus sont celles de Santa-Fé, de Coïdoba et de Mendoza.

La statistique ne dit pas combien de Juifs sont entrés en Argentine parmi tous ces immigrants, mais le chiffre doit en être très élevé, car chaque navire en amène une grande proportion et on en reconnaît beaucoup dans les rues de la capitale.

C'est dans la période de 1870 à 1880 seulement qu'on a commencé à compter les immigrants entrés dans les hôpitaux. Mais c'est seulement dans la période de 1891 à 1900 que les chiffres sont devenus certains. Il ressort de ces chiffres que, grâce à la règle stipulée par la Loi n° 817, le nombre des hospitalisés est relativement petit. De 1891 à 1900, il est de 1,04 p. 100; de 1903 à 1910, de 1,32 p. 100; de 1911 à 1920, de 2,63 p. 100; de 1921 à 1924, de 2,66 p. 100.

Le fascicule que nous examinons en ce moment ne donne la statistique des entrées par la voie fluviale qu'à partir de 1921. Ces entrées ne sont pas négligeables puisque, dans l'espace de quatre ans, il est entré par ce chemin, et resté définitivement en Argentine 35.367 étrangers. La statistique donne aussi la statistique des voyageurs de première classe qui ont passé par l'Argentine, étant sous-entendu que les voyageurs de deuxième classe de ces navires sont également considérés comme des immigrants.

* * *

A partir de 1925, le fascicule général est remplacé par un fascicule qui donne la statistique de l'immigration pour les années 1925 et 1926, l'année 1926 étant la dernière parue. Ce fascicule présente le plus grand intérêt, car non seulement il donne des chiffres, mais encore il est illustré de graphiques parlants, qui fournissent tous les renseignements sur le nombre, la qualité, la profession, la nationalité, le sexe, l'âge, la religion, la langue des immigrants. Il nous est impossible de le résumer ici, même succinctement, mais il nous paraît intéressant de mettre en évidence les deux chiffres suivants pour la langue et la religion :

Sont entrés en 1926 :

39.166	émigr. parlant espagnol	=	26,36 p. 100.
56.358	émigr. parlant italien	=	37,94 —
32.033	émigr. parlant d'autres langues	=	21,56 —
11.208	émigr. parlant allemand	=	7,54 —
3.001	émigr. parlant français	=	2,02 —
2.676	émigr. parlant anglais	=	1,80 —

Selon les religions, sont, entrés en 1926 :

115.240	catholiques	=	85,36 p. 100.
7.546	israélites	=	5,59 —
7.460	protestants	=	5,35 —
4.196	orthodoxes	=	3,10 —
365	divers	=	0,27 —
204	mahométans	=	0,15 —

Ajoutons ces quelques chiffres au sujet des illettrés :

En 1922, 29.889	illettrés	=	23,12 p. 100	du total des immigr.
En 1925, 29.364	—	=	23,42 —	
En 1926, 27.849	—	=	20,63 —	

Les nationalités qui donnent le plus d'illettrés sont : les Italiens, les Espagnols, 24 p. 100, les Polonais, 32 p. 100, les Portugais, 48 p. 100, les Syriens, 40 p. 100, etc., alors que les Danois ne figurent dans cette liste que pour 4,5 p. 100.

Faisons, en passant ce rapprochement : en 1925, il est entré en France 176.261 immigrants pour l'industrie, le commerce et l'agriculture. En 1926, il en est entré 162.106. En comptant les immigrants entrés par la voie maritime, fluviale, terrestre et aérienne, les Argentins totalisent, en 1925, 275.780 immigrants et, en 1926, 340.316. Mais, étant donné le nombre des immigrants qui ont quitté l'Argentine pendant ces deux années, il n'y est resté en 1925, que 76.038 personnes et, en 1926, 90.841 personnes. Il semble bien que, même si l'on tient compte de ceux qui sont sortis de France, les chiffres d'introduction en France soient plus forts que ceux d'introduction en Argentine.

Le chiffre exact de la population actuelle de l'Argentine est de 10.210.587 habitants, pour une superficie égale à environ huit fois celle de la France.

La population de la capitale est de 2 millions d'habitants. D'après la carte établie par le service de l'immigration, on divise la République Argentine en quatre régions : centrale-est, centrale-ouest, nord et sud. La région centrale-est a une superficie de 832.506 kilomètres carrés et la densité de sa population est de 6,78 au kilomètre carré. La région centrale-ouest a une superficie de 401.377 kilomètres carrés et sa population est de 1,95 habitants au kilomètre carré. La région du Nord compte 775.086 kilomètres carrés et 2,13 habitants par kilomètre carré. Enfin, la région du sud mesure 788.143 kilomètres carrés et n'a que 0,16 habitants au kilomètre carré. Ceci explique une fois de plus pourquoi les Argentins n'ont pas besoin de décréter un contingentement annuel quelconque.

Telles sont l'organisation et le fonctionnement des services d'immigration dans la République Argentine.

En terminant, je tiens à exprimer ici tous mes sincères remerciements à M. Jorge C. Tomkinson, secrétaire général du service de l'immigration, à M. Jorge Ménéclier, chef du service de la statistique, à M. le docteur Edouard D. Bérenguer, médecin chef de l'hôpital d'immigration, à M. Miguel J. Grimolizzi, chef de l'office du travail, à M. Carlos Ruffa, ainsi qu'à tous leurs collègues et à Mme l'interprète, qui m'ont si aimablement accueilli et accompagné pendant ma longue visite de leurs services.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1929)

Quelques statistiques sur les associés étrangers et les membres correspondants de l'Académie des sciences. — M. Charles RICHET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 JUIN 1929)

Adénome médullaire surrénal et hypertension paroxystique. — MM. LABBÉ, AZERAD et VIOLLE rapportent un nouveau cas de tumeur surrénale avec hypertension paroxystique. Dans l'intervalle des crises, on constatait des signes de néphrite chronique. Une des crises ayant entraîné la mort, l'autopsie montra la présence d'une tumeur de la surrénale droite, d'origine médullaire, et qui fut étiquetée « paragangliome » par les histologistes. Ce cas permet d'individualiser un type anatomo-clinique de tumeur médullaire surrénale dont le diagnostic, porté pendant la vie, devra faire envisager une thérapeutique active, et notamment l'exérèse chirurgicale.

Les lésions cérébrales dans la chorée de Sydenham à forme aiguë. — MM. LHERMITTE et PAGNIEZ ont entrepris, à propos d'un cas de chorée de Sydenham typique, des recherches anatomiques précises. Au point de vue histo-pathologique, les auteurs constatèrent l'existence de lésions très diffuses, les plus marquées portant, d'une part, sur les ganglions lenticulaire et caudé, les formations sous-thalamiques, et, d'autre part, sur le système cérébelleux. Sur ce dernier système, les altérations frappent au maximum les noyaux dentelés et les cellules de Purkinje. Les auteurs insistent sur ce fait qu'ils n'ont pu mettre en évidence aucune réaction exsudative des méninges ni de la charpente conjonctivo-vasculaire du cerveau ni du cervelet. Les altérations s'affirment ici purement dégénératives. De plus, à ces lésions dégénératives s'associent des modifications mécaniques des vaisseaux : œdème pariétal, vaso-dilatation extrême, rupture des parois, hémorragies dans les gaines de Virchow et Robin. La chorée de Sydenham, dans sa forme primitive et essentielle, s'oppose ainsi très nettement aux chorées aiguës qui s'accompagnent de réactions exsudatives et cellulaires ; elles ressortissent aux processus inflammatoires ; celle-ci doit être considérée comme une encéphalite, celle-là comme une encéphalose.

Sur le traitement des névraxites et des formes jeunes de la sclérose en plaques par les vaccins associés aux injections d'iodure de sodium. — MM. Clovis VINCENT et KREBS. L'observation des formes classiques de l'encéphalite épidémique a permis de distraire du cadre de la syphilis un certain nombre de maladies du système nerveux dont l'allure infectieuse est souvent incontestable. Elles peuvent atteindre tous les étages du névraxe (d'où le nom de névraxite). Certaines d'entre elles aboutissent à la sclérose en plaques. Depuis trois ans les auteurs ont traité plus de cent cas de ces affections par différents vaccins et par les injections intraveineuses d'iodure de sodium. Ils se sont arrêtés, parmi les vaccins, à la vaccineurine et au TAB. Ce traitement fait régresser environ la moitié des cas de scléroses en plaques jeunes et donne souvent l'impression d'une quasi-guérison. Dans les névraxites à évolution subaiguë, il donne les apparences de la guérison dans les deux tiers des cas.

Rapidité d'apparition de la sclérose dans les processus gangréneux aigus du poumon (étude anatomique). — MM. F. BEZANÇON, ETCHEGOIN, Jean CÉLICE et Jacques DELARUE rapportent trois observations anatomo-cliniques de gangrène pulmonaire aiguë cliniquement primitive.

Ils insistent à nouveau sur la présence de spirochètes à la périphérie des foyers jeunes. Ils attirent l'attention sur la rapidité d'apparition d'un processus de sclérose autour des foyers récents.

Sclérodermie atrophique généralisée avec syndrome ovaro-mammaire (syndrome génito-sclérodermique) d'origine tuberculeuse. — MM. F. TRÉMOLIÈRES, J. LHERMITTE, A. TARDIEU et A. CARTEAUD rapportent l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, non entachée de syphilis, atteinte d'une sclérodermie généralisée atrophique, dont l'évolution, régulièrement progressive, aboutit à la cachexie et à la mort en trois ans et demi environ. Le début de cette sclérodermie a coïncidé avec la suppression totale de la fonction menstruelle et avec l'atrophie des seins.

Les auteurs admettent que, dans ce cas, la sclérodermie et la sclérose des glandes ovariennes et mammaires, les altérations scléreuses rénales sont l'expression, dans les différents organes, d'un même processus morbide déchaîné par un même facteur étiologique : la tuberculose. A l'autopsie, ils ont découvert, en effet, une volumineuse adénopathie bacillaire juxtapancréatique histologiquement vérifiée et demeurée latente.

Les modifications électrocardiographiques dans l'angor aigu coronarien fébrile. — MM. C. LIAN, O. VIAU et C. VIDRASCO confirment, à l'aide de treize observations personnelles avec électrocardiogrammes, les notions anglo-américaines sur les caractères et l'évolution des modifications électrocardiographiques dans la thrombose aiguë coronarienne (angor aigu coronarien fébrile de Lian). Ces modifications consistent dans la surélévation ou la dépression de la ligne qui rejoint les accidents initiaux RS et l'accident terminal T de la systole ventriculaire, ou dans le caractère négatif et pointu de l'accident T précédé ou non d'une onde curviligne ; elles disparaissent plus ou moins rapidement après la crise d'angor aigu.

Les tachycardies permanentes par flutter. — MM. C. LIANL, A. BONDEL et O. VIAU. Les tachycardies par flutter sont surtout paroxystiques, toutefois on en a signalé durant des mois et des années. Lian, Blondel et Viau, en tablant sur dix observations personnelles, montrent qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas où une accélération cardiaque ayant l'allure d'une tachycardie permanente relève cependant d'un flutter.

Dans les tachycardies permanentes par flutter, tantôt les troubles fonctionnels sont minimes ; tantôt, et plus souvent, la tachycardie coexiste avec d'importants signes d'insuffisance cardiaque, exceptionnellement même avec des douleurs angineuses.

Un traitement méthodique et énergique arrive habituelle-

ment à vaincre les tachycardies par flutter. Il consiste dans des cures digitaliques d'intensité croissante, alternant avec des cures de sulfate de quinidine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1929)

Une « œuvre » thermale. — M. Censier signale la création à Bagnoles-de-l'Orne d'un nouvel organisme d'assistance destinée à faciliter la cure thermale de cette station, dans les suites de couches, aux jeunes mères nécessiteuses.

L'infection colibacillaire par propagation; colibacilloses pelviennes. — M. Mazeran considère que l'infection du colibacille par propagation directe est extrêmement fréquente, et qu'on doit la différencier de celle qui emprunte la voie sanguine avec relai rénal. Une lésion de la dernière portion du gros intestin et une « épine d'attraction » du côté de l'organe infecté sont les conditions indispensables pour réaliser cet état pathologique. Aussi, le traitement sera-t-il à deux fins : modifier l'état primitif de l'intestin, et traiter l'organe affecté secondairement.

L'usage de bouillons vaccins en application locale, l'emploi de vaccins par la bouche et, à la rigueur, en injection, constitueront les éléments de cette thérapeutique.

Cyanoses locales et nodules inflammatoires de Bazin. — M. Delater donne les raisons qui le portent à penser qu'il convient de séparer les cyanoses (stase veinulaire, trouble passif) et les érythroses (congestion artériolaire active souvent de nature inflammatoire). Il sépare les cyanoses susmalléolaires hypostatiques des érythroses de l'érythème induré de Bazin, ne pouvant accepter la confusion du mot : « érythro cyanose ».

Migrations microbiennes entéro-réno-génito-veineuses. — M. Delater attire l'attention sur des fixations sournoises des germes intestinaux au niveau de l'utérus, fixations susceptibles d'amorcer des phlébites postpartum ou postopératoires.

A propos du drainage en thorax ouvert dans les pleurésies purulentes. — M. Petit de la Villeon présente des calques radiographiques montrant bien l'insufflation du poumon côté malade par le poumon côté sain dans la manœuvre spirométrique à robinet demi-fermé de Pescher. C'est la clef de la guérison dans le drainage en « thorax ouvert ».

Le danger d'infection et la gravité des thoracoplasties expérimentales. — M. Georges Rosenthal signale ces risques. Il est indispensable que la technique soit strictement aseptique et que l'opération pulmonaire ne soit pratiqué qu'après disparition de l'amaigrissement souvent considérable résultant de la première intervention, c'est-à-dire de l'ouverture large de la plèvre après résection de plusieurs côtes.

La sérofloculation de Vernes à la résorcine et la sédimentation des hématies dans les tuberculoses. — M. Tilmant montre que la sédimentation des hématies par la méthode de Westergreen modifiée par lui se présente comme une réaction très aisée à effectuer et apportant des renseignements non sur la nature de l'affection, mais sur la gravité. Elle se présente dans les tuberculoses comme évoluant dans le même sens que la sérofloculation de Vernes à la résorcine, mais dans certains cas, il existe une discordance entre les deux. Dans ces cas, c'est le signe de la coexistence d'un autre trouble ou d'un retard dans la restitution *ad integrum* de l'état général.

Tumeur bénigne de l'estomac. — MM. Becart et Gaehlinger rapportent l'histoire d'un homme âgé de trente-cinq ans, présentant des troubles gastriques récents caractérisés simplement par une sensation de gêne épigastrique avec affaiblissement de l'état général, et Weber positif, chez lequel la pneumogastrographie permit d'emblée de faire le diagnostic de tumeur intragastrique. Il s'agit d'une tumeur sessile de la taille d'une mandarine. L'examen histologique a montré les caractères d'un schwannome.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 22 MARS 1928)

Cancer primitif de la colonne vertébrale avec troubles cystalgiques. — MM. Bertrand et Suc. Les auteurs présentent l'observation d'une malade hospitalisée dans le service du professeur Mériel pour troubles cystalgiques accusés. Peu après apparaît une sciatique droite. L'examen clinique ne révèle qu'un petit polype urétral.

Les urines sont tout à fait normales au point de vue clinique et bactériologique. Un cliché radiographique montre par contre une néoformation siégeant sur la Ve vertèbre lombaire et débordant vers L_4 et S_1. Wassermann fortement positif dans le liquide céphalo-rachidien et dissociation albumino-cystologique nette. Echec complet du traitement d'épreuve.

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic et proposent sans pouvoir l'affirmer catégoriquement, celui du néo primitif du rachis.

Ils discutent, en outre, la pathogénie des troubles cystalgiques qu'ils croient pouvoir attribuer à la cause de la dissociation albumino-cystologique et de la sciatique concomittante à une irritation par la tumeur du plexus sacré.

Enfin, ayant eu l'occasion d'observer une cystalgie d'origine pottique, les auteurs élargissent le débat, proposent le terme de cystalgie vertébrale et montrent l'intérêt de l'examen radiographie systématique de la colonne vertébrale dans tous les cas de cystalgie.

Kyste hydatique du triangle de Scarpa. — MM. Baudet, Pommepuy et Brun. Les auteurs présentent l'observation d'un double kyste hydatique de la région du triangle de Scarpa. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui, en 1924, constata la présence d'une petite tumeur indolore. Celle-ci s'accroît par poussées sans présenter de phénomènes généraux. La malade entre à l'hôpital où un examen complet reste négatif. L'opération permet d'extirper deux tumeurs liquides : la première, située immédiatement sous l'aponévrose du moyen adducteur, renfermait un liquide eau de roche très riche en vésicules filles; la seconde, profondément adhérente aux plans voisins, était pleine d'un liquide puriforme reconnu aseptique au laboratoire. Il s'agissait de deux kystes hydatiques. La cuti et l'intradermo réaction furent négatives.

Mastoïdite et diplopie. — M. Dieulafe. Garçon de quinze ans qui a eu une otite moyenne suppurée au cours de la grippe. Il a présenté des signes légers de mastoïdite, puis ont apparu des névralgies faciales se manifestant au niveau des dents et de l'œil gauche. Température oscillante de 37°5 à 38°5. Il présentait, à son entrée à la clinique, avec des signes peu manifestes de mastoïdite, de la diplopie. Celle-ci serait apparue depuis deux jours. Opération sous anesthésie générale, large évidement mastoïdien, mise a nu du sinus latéral, effondrement de la paroi pétreuse supérieure, évacuation d'un abcès sous-duremérien, curettage très soigné dans la profondeur à cause d'un processus d'ostéite qui envahissait tout le rocher.

Bonnes suites opératoires, disparition des névralgies ; lecture possible sans troubles visuels, diminution rapide de la diplopie qui persiste seulement pour les objets éloignés. Disparition à peu près totale, au quinzième jour, de tous les symptômes portant sur le domaine des Ve et VIe nerfs craniens.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

CHIRURGIE

Nous avons fait connaître dans les numéros 46 (p. 854) et 50 (p. 923) de la *Gazette des hôpitaux* le jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine le 25 février 1929. Il n'est pas sans intérêt de faire connaître un arrêt de la Cour d'appel de Riom, en date du 5 février 1929, qui a infirmé un jugement du Tribunal civil de Moulins, en date du 24 novembre 1926, lequel, statuant sur rapport d'expert, avait condamné un chirurgien à payer à un opéré une somme de 6.000 francs à titre de dommages-intérêts, *pour faute professionnelle légère*, dans une opération chirurgicale.

M. R... avait été, à la date du 12 janvier 1924, victime d'un accident qui avait entraîné la fracture simple du fémur; il ne fut transporté, après avoir reçu les soins de deux docteurs, à la Clinique du docteur M..., que six jours après, le 17. Sur avis unanime des trois docteurs, et consentement de la famille et du blessé, une intervention chirurgicale sanglante fut jugée nécessaire et pratiquée pour dégager les muscles des deux fragments osseux qu'ils séparaient. Les deux fragments rapprochés dans la mesure du possible furent entourés de lames métalliques, et le blessé placé dans un appareil plâtré. A la date du 1er avril, R..., revenu pour l'enlèvement des lames et l'extraction d'une séquelle osseuse, fit un nouveau séjour de trois semaines. Après enlèvement du plâtre, il fut constaté que le col était solide, la fracture guérie, mais avec un raccourcissement de 2 centimètres et demi de la jambe.

L'expert commis avait déclaré que le docteur M... avait certainement procédé suivant les règles de l'art, que l'intervention sanglante destinée à assurer la réduction de la fracture par une suture osseuse, avait été entourée de toutes les précautions d'asepsie, qu'aucune complication n'était survenue; que toutefois malheureusement la contention n'avait pas été aussi bonne qu'on pouvait l'espérer, ce qu'il était impossible de garantir. Mais ce qui était indiscutable, c'est qu'il était impossible de constater dans les soins donnés une faute chirurgicale. L'expert concluait qu'il lui semblait difficile de voir dans ce qui avait été fait une faute professionnelle lourde, puisqu'il ne restait qu'une boiterie à laquelle toute fracture de cuisse pouvait exposer celui qui en était atteint, malgré les soins les plus éclairés.

Le Tribunal avait retenu une faute professionnelle légère. « Mais, dit la Cour, attendu que les juges de première instance n'ont ni défini, ni précisé en quoi cette faute professionnelle légère aurait consisté; qu'ils se bornent à déclarer qu'elle apparaît en l'espèce du fait que « tout le nécessaire n'aurait pas été fait pour assurer une contention suffisante », sans dire en quoi ce nécessaire eût consisté, et en quoi le chirurgien aurait péché, ne fût-ce que par négligence ou omission; qu'ils déduisent ainsi la faute du résultat, toujours aléatoire, imprévisible, et, en l'espèce, presque inévitable quand il s'agit de fracture du fémur, — de l'opération elle-même, — *post hoc, ergo propter hoc*; qu'ils le disent d'ailleurs expressément : « Attendu, porte la décision entreprise, que la persistance du chevauchement, le raccourcissement de la cuisse et la diminution d'amplitude d'extension du genou conduisirent à admettre (*sic*) que R... n'a pas reçu tous les soins auxquels il pouvait prétendre. »

La Cour, à juste titre, critique une pareille décision, dans des termes qui sont à retenir et à attirer l'attention : « Attendu, dit-elle, que retenir en vertu de ces déductions hypothétiques une faute professionnelle, même légère, ou même la simple faute du droit commun, c'est supposer ce qui est à démontrer; que si l'homme de l'art peut être considéré comme responsable de l'emploi des moyens, des procédés, des appareils insuffisants ou vicieux de contention, il ne saurait l'être du résultat, dans lequel entrent tant d'éléments complexes, l'hérédité, les habitudes, la nature même et la gravité du traumatisme, etc. »

La Cour déclare que la faute n'est pas prouvée : « L'admettre sur les bases de la décision de première instance serait laisser le champ ouvert aux actions en responsabilité les plus abusives, à la suite d'opérations chirurgicales, paralyser les initiatives souvent audacieuses et couronnées de succès, et ainsi exposer les malades eux-mêmes à un danger pire que les aléas de l'opération, c'est-à-dire la carence des opérateurs dans des cas où leur vie elle-même peut dépendre de l'opportunité et de la maîtrise de l'opération; qu'il faudrait sur le terrain même du droit commun « la négligence grave, l'impéritie grossière, la méconnaissance des règles de prudence courante » (jurisprudence constante, Cass., 29 nov. 1920; *Gaz. du Palais*, 1921, 1, 68; S., 1921, 1, 119; 16 avril 1921, *D.*, 1921, 1, 84; Trib. civ. de la Seine, 14 déc. 1920; *D.*, 1921, 2, 27), jugé qu'un médecin n'est pas responsable de la perte d'un membre fracturé s'il est constaté qu'il a employé, pour la réduction du membre, l'appareil usité, a consciencieusement veillé à la fabrication et à l'application, l'a levé après un délai non contraire aux règles d'une saine pratique, alors même qu'avec une plus grande expérience il aurait pu, peut-être, apercevoir et prévenir les accidents qui ont nécessité ensuite l'amputation. »

La Cour a écarté la responsabilité du chirurgien.

Ce qui doit, en outre, retenir l'attention dans cette affaire c'est que le Syndicat des chirurgiens français était intervenu. La Cour a examiné la recevabilité de son intervention; elle l'a subordonnée à une double condition. Il faut, dit-elle, que cette intervention tende à la défense de l'intérêt collectif de la profession et qu'il y ait corrélation entre le préjudice éprouvé par le Syndicat qui représente cet intérêt, et le fait générateur du préjudice, règle fondamentale du droit commun. La Cour n'a pas admis la recevabilité, parce que ce n'était pas l'action exercée par R... contre le médecin qui pouvait justifier son intervention.

Le Syndicat invoquait à l'appui de son intervention les raisons suivantes :

a. Les juges ne sauraient se substituer au médecin ou au chirurgien dans l'appréciation des maladies ou blessures et dans le choix du moyen scientifique qu'il convient d'employer pour y porter remède, alors que le praticien n'a rien fait de contraire au bon sens et à la probité professionnelle;

b. Même si le chirurgien avait commis une faute légère; il ne devrait être condamné à aucuns dommages-intérêts, le médecin ou le chirurgien n'étant engagé que par la faute lourde.

Il ajoutait que l'ensemble de la profession est intéressé au plus haut point à ce qu'une jurisprudence aussi défavorable aux chirurgiens, à ces deux points de vue, ne soit pas maintenue. Le Syndicat créé pour la défense des intérêts de la profession représente cet intérêt et a qualité pour faire tomber ce préjugé.

La Cour a sans doute estimé que ce que critiquait le Syndicat des chirurgiens était le jugement lui-même : pour elle, aucune conséquence préjudiciable, même éventuelle, pour le Syndicat ou pour ses membres, ne pourrait résulter de la décision des premiers juges. C'est un principe de notre droit que les cours et tribunaux ne procèdent pas par voie de dispositions générales et réglementaires; ils ont à trancher des cas d'espèce; un précédent de jurisprudence n'a pas l'autorité de la chose jugée, vis-à-vis d'un tiers qui n'est pas partie à l'instance.

Cependant, à considérer la jurisprudence, certaines décisions interprètent très largement les articles 466 et 467 du Code de procédure civile; elles ont pu juger qu'un simple préjugé défavorable est de nature à donner ouverture à la

tierce opposition et à l'intervention en cause d'appel (Cass., 3 janv. 1883, S., 83, 1, 349; 8 juillet 1889, S., 90, 1, 316; Paris, 11 déc. 1895; Nancy, 4 janv. 1928; *Gaz. du Palais*, 1928, 1, 517; Cass., 13 janv. 1929, *Gaz. du Palais*, 1929, 1, 322). Sans doute il ne faut pas trop étendre le droit d'intervention qui a été reconnu dans ces espèces; la question d'intervention est délicate en droit; mais dès qu'une question d'ordre scientifique est en jeu, il ne semble pas discutable que l'intérêt corporatif se manifeste. Comme nous l'avons dit précédemment, il ne s'agit pas ici d'une science mathématique, d'une science exacte; en médecine et en chirurgie, la science évolue : ce qui est apprécié aujourd'hui peut ne plus l'être ou l'être moindre demain, en raison d'une découverte qui devient le point de départ de nouvelles données. Les connaissances spéciales à avoir sont telles que le technicien a le droit et même l'obligation de faire entendre sa voix; un syndicat médical, en défendant un intérêt corporatif, est qualifié pour donner un avis éclairé et pour montrer la nécessité de soumettre à des experts l'examen d'une question d'un ordre spécial qui échappe nécessairement aux connaissances, si étendues soient-elles, des magistrats qui ont à l'examiner. Permettre à un syndicat d'exercer son contrôle dans chaque cas est bien l'un des buts qu'il recherche; sans doute, le ministère public est le représentant, à l'audience, de l'intérêt général, mais, dans une question d'ordre médical ou chirurgical, il n'a pas plus de compétence que les magistrats qui jugent. Le Syndicat a intérêt à ne pas laisser condamner un de ses membres sur des données scientifiques inexactes.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES EMPLOIS DE L'ADONIS (1)

Par M. le docteur QUENÉE.

L'auteur montre, par deux belles observations quels services peut rendre l'adoverne. Ce médicament est préconisé, dans le traitement de l'asystolie, par le professeur Merklen, qui conseille en effet l'adonis vernalis à la dose de 1g50 d'extrait fluide par jour et ajoute « ..... ou bien XX à LX gouttes d'adoverne, représentant les deux glucosides adonidoside et adonivernoside récemment extraits par les frères Mercier et étudiés par Lutembacher ». (Difficultés d'examen et d'interprétation dans un cas d'asystolie par M. Merklen. *Presse méd.*, 27 oct. 1928).

Les indications de l'adoverne sont donc faciles à poser. Nous ne voulons pas dire que dans tous les cas, il remplacera la digitale pas plus que celle-ci ne le remplacera, elle aussi. Mais l'adonis vernalis comporte ses indications propres. Bien qu'on ne puisse séparer les propriétés toni-cardiaques des propriétés diurétiques, cliniquement c'est souvent l'une ou l'autre de ces indications qui prédomine.

Donc, comme tonicardiaque, on emploiera l'adoverne tout d'abord chez les malades qui ne réagissent pas à la digitale et tout particulièrement chez ceux qui ont besoin d'un usage prolongé du cardiotonique, aux grands infectés avec défaillance du myocarde, par exemple. De plus, la rapidité d'action de l'adoverne est souvent encore recherchée.

Comme diurétique, il s'emploiera encore tout particulièrement chez les cardiorénaux et même, quelles que soient les conditions étiologiques, dans tous les cas où il y a diminution de la diurèse.

(1) *Concours médical*, Paris, 1928, n° 50.

LIVRES NOUVEAUX

Le métabolisme basal (1), par MM. Marcel LABBÉ, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris et H. STÉVENIN, médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'aide qu'apportent à la clinique les nouvelles méthodes fournies par les sciences physiques et chimiques est considérable. Sans prétendre se substituer à l'examen du malade, qui est la base de la médecine, elles permettent dans bien des cas une précision du diagnostic que l'on n'obtiendrait pas sans leur appui. L'étude des affections de tous les viscères et appareils : cœur, circulation, sang, foie, rein, système nerveux, etc., a grandement bénéficié des méthodes de laboratoire.

Si la mesure des échanges respiratoires parallèlement à la calorimétrie a permis d'éclaircir bien des problèmes ayant trait à la nutrition, en ce qui concerne l'étude ce ce qu'on appelle les maladies de la nutrition, ses applications sont, à l'heure actuelle, assez restreintes.

Par contre, il est un groupe d'affections, pour lesquelles il ne semblait pas, de prime abord, que cette recherche dût offrir un grand intérêt, où l'étude des échanges respiratoires s'est montrée constituer le meilleur adjuvant de l'examen clinique : ce sont les affections des glandes endocrines et tout particulièrement les troubles de la thyroïde. L'acquisition est importante, car on sait combien est complexe et encore obscure cette pathologie des glandes à sécrétion interne, voisine, à certains égards, de la pathologie du grand sympathique, elle aussi encore peu déterminée.

Le pilier le plus solide auquel on puisse s'accrocher est fourni par le métabolisme basal, c'est-à-dire par l'étude du fonctionnement de la nutrition à l'état élémentaire, au moyen de l'examen des échanges respiratoires.

A l'heure actuelle, la mesure du métabolisme basal est une méthode suffisamment précise et étudiée pour qu'elle puisse entrer dans la pratique des examens de laboratoire, mais elle doit répondre à certaines nécessités de précision, à certaines facilités d'application, qui lui ont longtemps manqué, mais qui ne lui font plus défaut actuellement, bien qu'elle soit encore une opération délicate dont l'application doit être surveillée.

On trouvera dans cet ouvrage un exposé complet des applications possibles de la mesure du métabolisme en pathologie et des techniques à employer. L. G.

Orthopédie et tuberculose chirurgicale (2), par C. ROEDERER.

Excellent petit volume qui, contrairement à beaucoup de livres de vulgarisation, contient une quantité de renseignements condensés mais précis.

Le praticien pourra, grâce à lui, savoir ce qui lui est indispensable sur les tuberculoses chirurgicales, sur les affections orthopédiques des membres et du dos, congénitales ou acquises, dont certaines, comme les apophysites, la scaphoïdite tarsienne, l'ostéochondrite de la hanche, les arthrites hémophiliques, le pied creux, la talalgie, la métatarsalgie, l'insuffisance vertébrale et tant d'autres lui sont à peu près totalement inconnues.

Le volume se termine par quelques données sur la prothèse, les moignons, la chaussure et les appareils orthopédiques.

D'une lecture très facile, ce petit Traité mérite d'être entre toutes les mains. M. LANCE.

(1) Un volume de 344 pages avec 31 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie, éditeurs.

(2) In-8 de 460 pages et 92 figures, Coll. des Consultations journalières. — Paris, O. Doin.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL
HISTOGÉNOL
NALINE
Médication Arsénio-Phosphorée Organique
Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité
FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.
Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE
R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME
HECTINE
PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES
HECTARGYRE
(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin e 10 Juillet 1928)
DELBIASE
STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU
DÉPÔT: LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS
— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LEUCOCYTOTHÉRAPIE DES PYREXIES INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION HÉROÏQUE DE TOUTES LES SEPTICÉMIES
Une ou deux ampoules par jour Voie intramusculaire
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES GOBEY
21, RUE D'AUMALE - PARIS IXe

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

VARIOLE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

DÉFINITION

Maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par une éruption vésiculo-pustuleuse.

Elle est rare depuis la vaccination jennérienne.

SYMPTOMATOLOGIE

I. Variole régulière et discrète. — Type de description.

Incubation : dix à quatorze jours.

Invasion brusque et brutale : *grand frisson, ascension thermique à 40 degrés.*

Rapidement s'installent :

1. *Des phénomènes douloureux* : céphalée, mais surtout *rachialgie* qui prédomine à la région lombaire et qui a une grosse valeur diagnostisque.

2. *Des troubles digestifs*, au premier plan desquels il faut placer les *vomissements* qui apparaissent le premier jour.

3. *Des troubles nerveux* : angoisse, agitation, insomnie, parfois délire.

4. *Dyspnée sine materia.*

Le facies est vultueux, les conjonctives injectées. Le malade couvert de sueurs présente de la photophobie, du coryza, des épistaxis fréquentes.

Le foie et la rate sont un peu tuméfiés, les urines rares.

Vers le deuxième ou troisième jour apparaissent des *rashs* hyperhémiques ou hémorragiques.

1. **Rashs hyperhémiques.** — *Le rash scarlatiniforme* est le plus fréquent. Il débute à l'aine, s'étend à l'hypogastre, à la face interne des cuisses pour former le « triangle crural ».

Plus rarement, il envahit les flancs, l'aisselle, la région pectorale, la face interne des bras, formant le « triangle brachial ».

Il peut se généraliser, être d'un rouge très intense : *rash tacoïde.*

Le rash morbiliforme est précoce. Il se montre surtout au tronc, aux membres supérieurs.

Ces rashs disparaissent avant l'éruption.

Plus rarement on observe un rash pseudo-érysipélateux ou ortié.

2. **Rashs purpuriques,** de mauvais augure. Nous les étudierons avec les formes hémorragiques.

Pendant toute l'invasion, la fièvre reste en plateau.

Elle descend brusquement, parfois jusqu'à la normale, quand apparaît l'éruption.

Période d'exception. — Au soir du troisième jour ou au matin du quatrième, non seulement la fièvre s'amende, mais la diurèse devient plus abondante, la dyspnée et la rachialgie s'atténuent *à l'exanthème.*

1. *Marche de l'éruption* :

Premier jour : face.
Deuxième jour : tronc.
Troisième jour : membre.

2. *Marche de l'élément éruptif* :

Premier jour : macule rouge.
Deuxième jour : papule à auréole rouge.
Troisième jour : vésicule avec sérosité claire.

Fait important, elle est dure et *enchâssée dans le derme.* Certaines vésicules s'ombiliquent.

Quatrième au cinquième jour le liquide des vésicules devient louche.

3. *Distribution.* — Prédomine à la face. A la paume des mains, à la plante des pieds, se développe mal, reste souvent à l'état de papules cornées.

L'éruption est parfois intense, parfois absente là où siégeait le rash.

4. *Enanthème* modéré dans les formes discrètes de variole. D'abord rougeur diffuse des muqueuses, puis apparition de vésicules brillantes qui se déchirent vite.

Entraîne divers symptômes : coryza, larmoiement, photophobie, raucité de la voix.

Période de suppuration. — Au cinquième jour de l'éruption, huitième jour de la maladie.

Eruption. — Les vésicules deviennent opaques. Des *pustules* se forment qui s'ombiliquent secondairement.

L'aréole rouge qui entoure la pustule se tuméfie.

Lorsque les éléments sont très rapprochés, il en résulte un gonflement diffus de la région.

Signes généraux qui s'étaient amendés, subissant une *recrudescence* quand apparaît la suppuration. Mais la température, de nouveau à 40 degrés, ne reste pas en plateau comme pendant la période d'invasion. Elle présente de grandes rémissions matinales.

L'examen du sang montre ordinairement de la leucocytose, toujours de la *mononucléose avec myélocytes.*

Dessiccation. — Commence vers le neuvième ou dixième jour.

Débute à la face. Les pustules se déchirent. Leur contenu s'écoule et se dessèche, donne des croûtes dites mylicériques qui brunissent. Sur le reste du corps les pustules se dessèchent sans se rompre.

Avec la dessiccation, les signes généraux s'amendent et la température revient progressivement à la normale.

Les croûtes finissent par tomber au bout de dix jours à un mois. Elles sont très contagieuses. Elles laissent une *cicatrice indélébile* très caractéristique de la variole.

II. Formes cliniques. — 1. **Formes avortées** ont reçu le nom de *varioloïde.*

Après une période d'invasion qui peut ressembler tout à fait à celle d'une variole normale, mais le plus souvent moins bruyante et plus longue, l'éruption apparaît brusquement et la fièvre tombe d'une façon définitive. Certains éléments papuleux rétrocèdent en quarante-huit heures. D'autres, vésiculeux, se dessèchent aussitôt. La suppuration est rare, sans rupture de vésicules. Celles-ci se flétrissent et ne donnent pas de cicatrices.

2. **Selon l'étendue de l'éruption :**

Variole atténuée,
Variole confluente.

Les signes de l'invasion sont *particulièrement intenses* et ne *s'amendent pas* quand apparaît l'éruption. Celle-ci est *précoce et confluente.*

La face présente une *rougeur diffuse* sur laquelle les papules donnent à la palpation une sensation de « peau de chagrin ».

Les vésicules *se réunissent en grosses ampoules* aplaties et grises qui commencent à suppurer vers le sixième ou huitième jour. A leur pourtour, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont tuméfiés. Le visage est méconnaissable avec les lèvres saignantes, éversées, les paupières fermées, les joues énormes.

La tuméfaction des muqueuses considérable entraîne de la dyspnée, de la dysphagie avec sialorrhée fétide, de la diarrhée.

Les signes généraux sont extrêmement graves, les phénomènes nerveux intenses, le délire continuel. La mort survient le plus souvent.

Lorsque l'évolution se fait vers la guérison, la fièvre met longtemps à revenir à la normale. La cicatrisation est lente. Les cicatrices sont parfois profondes et bridées.

Variole cohérente. — Les éléments sont isolés. Ils peuvent confluer mais secondairement. La guérison est habituelle.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES — Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS — 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ — 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122 FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134-569

ANDROCRINOL
contient l'hormone orchitique

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames PARIS XVII

ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULÉS



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

N° 60. — SAMEDI 27 JUILLET 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1929. — N° 60.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Prix de l'internat de 1929* :

Médaille d'or de médecine : M. Broustet, interne.

Médaille d'or de chirurgie : M. Mahon, interne.

Tous les deux sont autorisés à faire une cinquième année d'internat.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — LILLE. — Un emploi d'agrégé de médecine est déclaré vacant à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

— NANCY. — Un emploi d'agrégé d'obstétrique de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — M. le docteur Maurice Favreau, ancien chef de clinique à la Faculté, vient d'être nommé, après un brillant concours, professeur de clinique obstétricale à la Faculté libre de Lille.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Le Comité de l'Association de la Presse médicale française a décidé de joindre ses efforts à ceux de la Confédération des syndicats médicaux en vue d'obtenir, dans l'application de la loi des Assurances sociales, une modification qui respecte à la fois la dignité et l'indépendance des assurés et du Corps médical.

Il versera dans ce but à la caisse de propagande de la Confédération une somme de 1.000 fr.

Ce versement est indépendant de la contribution que chaque journal adhérent à l'Association croirait devoir souscrire personnellement. (*Communiqué.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE. MÉDECINE, RADIOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE, BACTÉRIOLOGIE, SÉROLOGIE, HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE SOCIALE, sous la direction de M. le professeur Paul COURMONT, avec le concours du Comité national. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 21 octobre au 23 novembre 1929, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Bertoye, Boissel, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Favre, Gardère, Gate, Collet, Mouisset, Mouriquand, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'*anatomie pathologique*, la *bactériologie*, le *diagnostic bactériologique* et *sérologique*, la *clinique* (diagnostic et pronostic), la *radiologie* et enfin l'*hygiène de la tuberculose* avec étude spéciale de l'*organisation de la lutte antituberculeuse*, des Dispensaires, Préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le droit d'inscription est de 150 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, jusqu'au 10 octobre 1929.

Le Comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de Dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le docteur Paul Courmont, 61, rue Pasteur, Lyon.

Programme. — L'enseignement sera donné tous les jours (sauf samedi après-midi) ; il comprendra :

1° Des leçons théoriques (matin et après-midi ;

OUABAINE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boulᵈ de Port-Royal, PARIS

2° Des exercices pratiques de clinique (le matin), et de laboratoire, de radiologie, de dispensaires (l'après-midi);

3° Des visites aux organisations antituberculeuses : dispensaire Jules Courmont, sanatorium (Hauteville), préventorium, etc.

Anatomie pathologique. — Démonstrations à l'amphithéâtre.

Bactériologie. — Le bacille de Kock. — Recherche. — Inoculation. — Comparaison avec les autres acido-résistants.

Les réactions humorales; sérologie. — Séro-diagnostic par l'agglutination. — Réaction de fixation. — Réactions de floculation.

Clinique et thérapeutique. Radiologie. — Diagnostic de début; — Diagnostic et pronostic des formes; — Tuberculose de l'enfance; — Pleurésie tuberculeuse; — Pneumothorax spontané. – Tuberculose du larynx; — Tuberculose oculaire; Tuberculose osseuse; — Tuberculose abdominale. — Radiologie; — Conférences et exercices pratiques. — Méthode de Forlanini (conférences et exercices pratiques à l'hôpital); — Thoracoplastie; — Thérapeutique générale et médicamenteuse.

Hygiène. — Etiologie générale : Voies d'infection de la tuberculose; — Hérédité et contagion; — Tuberculose d'origine bovine; — Le lait; — Facteurs sociaux.

Prophylaxie : Désinfection des crachats, du linge; — Protection de l'enfance; — Isolement du tuberculeux; — Hôpital; — Sanatorium; — Dispensaire antituberculeux; — Armement antituberculeux.

ASSOCIATION AMICALE DES CHEFS DE CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — CONFÉRENCES SUR DES QUESTIONS D'ACTUALITÉ du 20 septembre au 3 octobre 1929. — *Vendredi 20 septembre.* — 10 h., M. Louis Artaud : Les acquisitions récentes sur la chirurgie du sympathique. — 18 h., M. Edouard Giraud : La circulation périphérique des membres; les nouveaux procédés d'exploration.

Samedi 21 septembre. — 10 h., M. Jules Giraud : Les idées récentes sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — 11 h., M. Félix Trabuc : Les formes méconnues de l'hérédo-syphilis. — 18 h., M. Alban Rathelot : Techniques modernes de la Césarienne.

Lundi 23 septembre. — 10 h., M. Louis Montagnier : Du scepticisme médical, ses raisons; son action. — 18 h., M. G. Salen : Des indications opératoires dans l'évolution des grossesses ectopiques.

Mardi 24 septembre. — 10 h., M. Albert-Crémieux : Position actuelle du problème des névroses. — 18 h., Mlle Julie Cousin : Traitement des broncho-pneumonies chez l'enfant.

Mercredi 25 septembre. — 10 h., M. L. Isémein : Les tuberculoses pulmonaires localisées. — 11 h., M. Charle Toinon : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les antigènes et l'aurothérapie. — 18 h., M. Adrien Artaud : Des procédés de dilatation du col.

Jeudi 26 septembre. — 10 h., M. Jean Turriès : Le syndrome douloureux syphilitique de l'épigastre. — 18 h., M. Charles Lahayville : Les acquisitions récentes sur le diagnostic et le traitement des hydronéphroses.

Vendredi 27 septembre. — 10 h., M. Robert Poinso : Etude chimique et schéma directeur thérapeutique des suppurations pulmonaires chroniques non tuberculeuses. — 18 h., M. Jean Paoli : Le cancer expérimental.

Samedi 28 septembre. — 10 h., MM. P. Bonnet et J. Pourtal : Acquisitions récentes sur les céphalées. — 18 h.. M. Georges Darcourt : Les coxarthries. Etat actuel de la question.

Lundi 30 septembre. — 10 h., M. André Chabert : A propos de l'allaitement artificiel; ses modalités; ses inconvénients. — 18 h., M. Jean Chosson : Le problème de la stérilité chez la femme.

Mardi 1er octobre. — 10 h., M. Marcel Bourret : Comment envisager, à l'heure actuelle, le traitement des syphilis évolutives, d'après les données récentes et les résultats acquis. — 18 h., M. Georges Sesquès : L'action du sérum antipneumococcique sur la température chez les nourrissons.

Mercredi 2 octobre. — 10 h., M. André Tristant : Les syndromes mictionnels. — 11 h., M. Pierre Silvan : Traitement de la maladie du sommeil. — 18 h., M. Georges Perrimond : Réflexions sur la symphyse cardiaque.

Jeudi 3 octobre. — 10 h., M. Pierre Mastier : Valeur séméiologique de la tension artérielle rétinienne. — 11 h., M. Marcel Arnaud : Notions récentes sur le diagnostic et le traitement des traumatismes craniens.

Ces conférences auront lieu à la Salle des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement des abcès du sein par ponction et injection de bouillon-vaccin (1), par Jean MARY.

L'auteur rappelle le principe et les modes d'application de la méthode de Besredka (immunité et immunisation locale). Il fait un tableau des différents traitements des abcès du sein : l'incision simple, souvent disgracieusement cicatrisée; les mèches imbibées de bouillon-vaccin appliquées après incision (Besredka); la ponction au thermocautère et l'évacuation de l'abcès suivie de pansement au bouillon-vaccin (Le Lorier).

La méthode du professeur Riche, qu'il décrit, et qu'il illustre par l'exposé de trois succès, diffère des précédentes en ce qu'elle utilise la vaccinothérapie locale à l'état isolé, sans intervention sanglante, sans drainage. Voici en quoi elle consiste :

1° Dès l'apparition des phénomènes inflammatoires, de quelque ordre qu'ils soient, application sur le mamelon de compresses imprégnées de bouillon-vaccin.

2° Dès collection, évacuation par ponction et aspiration, injection d'une certaine quantité de bouillon-vaccin (environ la moitié de la quantité de pus retirée).

En cas d'insuccès, quand une fistule spontanée s'est produite, on poursuit les injections par le trajet fistuleux. Si le pus continue à s'accumuler et que le drainage se fait mal par la fistule, on en élargit l'orifice au bistouri, et on continue les injections.

Il y a certainement là une méthode intéressante, qui peut éviter les incisions mutilantes et les cicatrices atrophiantes, et qui, au minimum, en réduira considérablement l'étendue.

ANDRÉ GUIBAL.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRÈS GRANDE VILLA AVEC BEAU PARC A PROXIMITÉ D'ANTIBES, tous conf., très belle vue sr mer et sr les Alpes, pouv. conv. pour maison de convalesc. ou maison de régime. — S'adresser à M. Teysseire, route du Phare, à Antibes.

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

(1) *Th. de Montpellier*, 1928, nº 49. — Montane, édit.

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — — }

Contre les HÉMORROÏDES :

PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :

BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc. Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phᶜⁱᵉˢ

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.

1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, Boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

Le DIAL CIBA

MÉDICAMENT SOUVENT NÉCESSAIRE

Pendant le sommeil, les cellules nerveuses sont le siège d'une édification réparatrice spécifique, par restauration des granulations chromatophiles. Sur le sommeil repose donc, en fait, l'équilibre du système nerveux et même la normalité de sa substance. D'où la nécessité de l'assurer chez les malades insomniques. Le DIAL, qui, à dose modérée, n'est jamais nocif, peut jouer là un rôle primordial.

COMPRIMÉS — GOUTTES — AMPOULES

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

Le DIDIAL

Hypnotique = Analgésique

Procure repos et sommeil à tous les algiques

Tous les malades qui ne dorment pas parce qu'ils souffrent, trouvent dans le DIDIAL le médicament analgésiant et soporifique qui leur permet de passer calmement les heures nocturnes.

COMPRIMÉS : un ou deux, le soir, avant le coucher.

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

Le tibia dit « hérédo-syphilitique » peut être une manifestation de la tuberculose.

Par M. A. CANGE,
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger (1).

On m'a appris, et j'ai moi-même enseigné, que l'hyperostose diaphysaire diffuse des tibias constituait un signe infaillible, un témoignage irrévocable de syphilis héréditaire. Aux caractères intrinsèques très particuliers tirés du siège, de l'étendue, de la forme, de la consistance des altérations osseuses, il convient d'ajouter les notions résultant de leur bilatéralité (2), de leur simultanéité, de leur symétrie et, parfois aussi, de la coexistence de lésions similaires intéressant d'autres éléments du squelette. Tout récemment, dans un travail inséré dans la *Presse médicale* de septembre 1928, Péhu et Policard insistaient, à nouveau, sur les caractères anatomo-cliniques des lésions osseuses de l'hérédo-syphilis dont ils proclamaient la « personnalité » et qui ne sauraient être confondues avec celles qu'engendre la tuberculose. Nous sommes loin, on le voit, de l'époque où le professeur Fournier qui, dans son enseignement, nous a donné une magistrale description du *tibia révélateur*, formulait cependant quelques réserves sur sa valeur diagnostique : « une conclusion formelle devant être encore différée ». Des contestations élevées à son sujet, résultent pourtant ces deux notions : que ces altérations constituent plutôt des manifestations d'hérédo-syphilis tardive, et qu'elles peuvent être causées également, bien qu'exceptionnellement, par la syphilis acquise. En tout cas, ces lésions, avec leur déformation caractéristique, conservaient jusqu'ici leur « marque de fabrique » permettant, répètent les auteurs, un diagnostic facile et certain. Or, il m'est apparu, à la lumière d'un fait récent et particulièrement éloquent, que la tuberculose était susceptible de reproduire les déformations tibiales considérées jusqu'ici comme appartenant en propre à la syphilis. Même, l'analogie existant dans le tableau clinique s'est poursuivie dans les épreuves radiographiques impuissantes à fournir un critérium diagnostique. C'est sur ces points que je voudrais maintenant apporter les précisions nécessaires.

Le 30 avril 1925, un enfant âgé d'un an et demi était apporté dans mon Service de l'hôpital de Mustapha, parce que, depuis deux mois environ, la pupille de son œil droit a pris cet étrange aspect jaunâtre, ce « reflet sinistre » qui possède le triste privilège de remplir d'effroi le cœur des mères et d'incertitude l'esprit des chirurgiens. C'est qu'il évoque, instantanément et immanquablement, l'éventualité d'un gliome de la rétine avec les difficultés de son diagnostic, la cruelle mutilation qu'il impose et le redoutable pronostic qu'il comporte, quand même, le plus souvent, je pourrais même dire presque toujours si je m'en tenais aux seuls résultats de ma pratique personnelle.

De toutes les tumeurs malignes, je n'en connais pas de plus horrible et de plus monstrueuse. Aux caractères communs à tous les cancers, il ajoute en effet cet attribut particulier, qui impressionnera toujours profondément l'imagination, de se développer primitivement dans l'intérieur de l'œil, d'envahir rapidement l'orbite dont le globe est expulsé, et de déborder sur la face en une masse tumorale possédant un pouvoir extraordinaire de prolifération et suintant le pus, la sanie et le sang. Parvenue à ce stade d'*exophtalmie fongueuse*, la tumeur est évidemment inopérable, et la mort, fatale à brève échéance, sera le fait — ou le bienfait — de la métastase viscérale et de la généralisation, de la propagation directe à l'intérieur du crâne et à l'encéphale, ou bien encore des hémorragies répétées, de la cachexie, de l'épuisement progressif dans le marasme et dans l'hecticité.

Pour que l'intervention soit légitime, pour qu'elle soit pratiquée avec quelques chances de succès, deux conditions sont indispensables : une exérèse aussi large que possible fondée sur un diagnostic précocement et solidement établi.

Une large exérèse! Ici, je me souviens, pour l'avoir écoutée avec un vif intérêt, d'une communication du professeur Lagrange, au *Congrès de chirurgie* de 1906, sur le traitement des tumeurs malignes intra-oculaires, communication dans laquelle ce maître éminent, après avoir proclamé l'insuffisance de l'énucléation simple, plaidait, avec sa conviction et sa chaleur coutumières, la cause de l'exentération sous-conjonctivale de l'orbite pratiquée d'une façon systématique et hâtive.

Un diagnostic précoce! Telle est, en effet, l'autre condition du succès; et par précoce, il faut entendre un diagnostic posé à une période le plus rapprochée possible du début du mal. Car, l'intégrité apparente de la coque scléro-cornéenne ne constitue pas une preuve absolue que le néoplasme soit encore, tout entier, renfermé dans l'intérieur de l'œil. Verneuil a jadis insisté sur ce fait, qu'autour des néoplasmes en apparence les mieux limités, existe ce qu'il avait appelé une « zone de malignité latente » où se trouvent discrètement essaimées quelques cellules néoplasiques préparant la récidive que Thiersch qualifiait de « régionnaire ». Or, les examens du professeur Lagrange lui avaient précisément montré les éléments morbides émigrant de bonne heure, à la faveur des courants lymphatiques, hors de la cavité oculaire et infiltrant l'espace vaginal du nerf optique, les traînées celluleuses périvasculaires des espaces perforés et la voie antérieure circulaire du canal de Schlemm.

Etablir un diagnostic précoce, c'est en cela que réside toute la difficulté, car les causes d'erreur abondent. Ce sont : 1° certaines malformations congénitales (persistance du canal de Cloquet, colobome de la choroïde); 2° quelques modalités d'irido-choroïdites infectieuses, torpides ou à marche sub-

(1) Le présent article est, en partie, le développement d'une leçon faite à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Félix Terrien.

(2) Les lésions peuvent cependant rester unilatérales et constituer à la période tardive un « monostéosyphilome déformant pandiaphysaire hypertrophiant » [Vincent (de Lyon)].

aiguë, qualifiées, en raison de leur aspect, de pseudo-gliomateuses: 3° les pseudo-néoplasmes de la syphilis et de la tuberculose; 4° enfin, certains décollements rétiniens dont l'interprétation est d'autant plus délicate qu'ils cachent parfois une néoplasie originelle sous-jacente.

Il ne faut pas se dissimuler combien sont ardus, parfois, de semblables problèmes dont la solution sera demandée à une minutieuse investigation locale nécessitant une instrumentation et une compétence particulières, — et ceci est essentiellement l'œuvre du spécialiste, — et aussi un examen approfondi de l'état constitutionnel du sujet, ce qui exige, chez ce spécialiste, de solides connaissances de pathologie générale.

Telles étaient les pensées qui précisément traversaient mon esprit au moment où je pratiquais, pour la première fois, l'examen de mon petit malade. De fait, mon attention devait être immédiatement attirée sur la déficience de son état général, sur la défectuosité de sa dentition, sur l'existence de ganglions sous-maxillaires, d'une tumeur du dos de la main gauche, d'un gonflement d'un genou, d'altérations symétriques des deux tibias et des deux cubitus. Déjà, ces constatations générales m'avaient suffi pour formuler les plus expresses réserves sur l'exactitude du diagnostic de « gliome rétinien » inscrit sur le billet d'hospitalisation signé de l'oculiste qui m'adressait le malade. Localement, certains signes éloignaient mon esprit de l'hypothèse d'une tumeur maligne, à savoir : l'absence d'hypertonie et surtout l'existence de quelques synéchies postérieures. Bien entendu, l'indocilité du malade ne me permit pas de recourir à l'épreuve de la transillumination.

Evidemment, rien ne s'oppose à ce qu'un enfant tuberculeux ou syphilitique, ou tous les deux à la fois, présentant même des manifestations actives de ces deux diathèses, ne soit simultanément atteint d'un gliome de la rétine. Mais, en saine clinique, il importe d'éloigner son esprit du mirage des exceptions; et il me parut plus rationnel et plus sage de rattacher à une commune origine et les accidents oculaires et les lésions ganglionnaires articulaire et osseuses.

Il restait à en préciser la nature.

Des deux géniteurs, le père était de constitution plutôt robuste, mais la mère était frêle et délicate. Je reviendrai bientôt sur cette importante question des antécédents héréditaires. L'enfant, le deuxième conçu mais le premier né de cette union, était venu à terme, bien conformé et en apparence indemme de toute tare morbide. Pourtant, depuis plusieurs mois, sa santé aurait franchement périclitée, et rapidement les accidents seraient apparus dans l'ordre suivant qui répond peut-être moins à leur chronologie exacte qu'à la date à laquelle ils ont frappé l'attention de parents plutôt primitifs. Ce fut, en premier lieu, il y a trois ou quatre mois, le développement de ganglions sous-maxillaires; un abcès froid se collecta ensuite, un mois plus tard, sur le dos de la main gauche; presqu'en même temps, apparut le reflet jaunâtre de l'œil droit. Quant aux autres manifestations, elles furent découvertes au cours de mes investigations personnelles.

L'enfant pâle, blafard, était considérablement amaigri, Renfrogné et grognon, il traduisait ses souffrances par des plaintes et par des gémissements. L'ouverture de la cavité buccale, à l'occasion de ses cris, permit de constater l'existence d'altérations dentaires. Plus prononcées à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, elles consistaient dans la présence de productions minuscules, informes, déchiquetées, de teinte jaune ou brune, véritables chicots qui faisaient dire à la mère que les dents étaient « sorties toutes gâtées » (fig. 1).



Fig. 1. — *Tuberculose choroïdienne à forme pseudo-gliomateuse. Adénopathie sous-maxillaire tuberculeuse (fistulisée du côté gauche). Altérations dentaires.*

Je fais remarquer tout de suite que ces altérations intéressant la première dentition témoignaient seulement d'une perturbation profonde de la nutrition, qu'elles ne comportaient aucune signification sur l'origine de ce trouble nutritif et qu'en tout cas, suivant les enseignements du professeur Fournier, elles ne constituaient en rien des signes pathognomiques de syphilis héréditaire.

L'examen thermométrique devait démontrer l'existence d'une fièvre quotidienne du type intermittent avec apyrexie matinale et élévation vespérale atteignant 38 degrés et montant parfois jusqu'à 39°.

Sous le rebord de la mâchoire inférieure se dessinait un volumineux bourrelet, inégal et bosselé, embrassant à la manière d'un demi-collier les régions sus-hyoïdiennes et sous-maxillaires des deux côtés. La palpation le montrait constitué par des ganglions hypertrophiés : les uns encore durs et mobiles, les autres déjà enfouis dans une atmosphère épaisse de périadénite, d'autres enfin franchement ramollis et presque fluctuants; même, du côté gauche, la peau amincie et adhérente présentait une ulcération des dimensions d'une pièce de vingt centimes à bords déchiquetés, décollés et violacés, ulcération consécutive à l'ouverture spontanée, peu de temps aupara-

vant, d'un volumineux abcès froid d'origine ganglionnaire. Cette *adénopathie cervicale tuberculeuse*, évidente et massive, n'était cependant pas la seule; étaient également intéressés les sous-occipitaux des deux côtés, les inguinaux, ceux du côté gauche surtout, parmi lesquels un plus dur et plus volumineux que les autres atteignait les dimensions d'une grosse noisette. Enfin, l'examen radiographique devait révéler l'hypertrophie des ganglions médiastinaux, foyer profond et sans doute initial, selon les conceptions modernes, de toutes ces manifestations tuberculeuses successives.

Sur le dos de la main droite, au niveau du deuxième métacarpien, existait une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, soulevant en un relief régulièrement hémisphérique, les téguments indemnes et mobiles, sauf au niveau de sa partie culminante où la peau se montrait amincie et déjà adhérente. Le creux de la paume se trouvait soulevé en un relief plus diffus et plus étalé. La tumeur dorsale était franchement fluctuante. Bref, elle présentait tous les caractères d'un abcès froid évoluant vers l'ulcération et la fistulisation consécutive. Son siège ne laissait aucun doute sur sa provenance. D'ailleurs, la palpation profonde permettait de constater que le métacarpien de l'index était gonflé, boursouflé; et l'épaississement « en rave » de sa diaphyse fut rendu plus appréciable après qu'une ponction eut vidé la poche de son contenu : un pus séreux, grisâtre et semé d'abondants grumeaux. Ici encore, le diagnostic de *spina-ventosa tuberculeux* s'imposait. La radiographie confirma tout de suite l'existence et le siège de la lésion osseuse, et l'inoculation positive au cobaye du pus retiré par ponction vint établir indubitablement sa nature tuberculeuse. L'Institut Pasteur d'Alger nous fit savoir, en effet, que le cobaye avait succombé « en présentant les signes de l'infection tuberculeuse avec présence de bacilles de Koch » (fig. 2).



Fig. 2. — *Spina ventosa tuberculeux du deuxième métacarpien et abcès froid ossifluent. Hyperostose de la diaphyse cubitale.*

Le genou gauche était légèrement augmenté de volume et rendu régulièrement globuleux du fait d'un empâtement profond, limité aux frontières anatomiques de l'article mais surtout accusé au niveau du cul-de-sac sous-tricipital et sur les parties latérales du ligament rotulien. Les extrémités osseuses paraissaient intactes. Bref, il s'agissait, dans notre esprit, d'une *forme synoviale de tumeur blanche*; et, ici encore, l'examen radiographique confirma, dans la suite, le diagnostic porté (fig. 3).



Fig. 3. — *Hyperostose diaphysaire diffuse des deux tibias. Arthrite bacillaire du genou gauche.*

Jusqu'ici, toutes les lésions constatées étaient indiscutablement de nature tuberculeuse. Il n'en était pas de même des altérations diaphysaires des deux cubitus et des deux tibias dont les caractères cliniques — et même radiographiques comme je l'établirai tout à l'heure — correspondaient en tous points à ceux que les classiques indiquent comme appartenant en propre à la vérole héréditaire. J'y retrouvais, en effet : la prédilection marquée pour

les tibias, la coexistence de lésions similaires intéressant les deux cubitus qui, dans la liste des atteintes, se classent précisément en seconde ligne, la symétrie parfaite des altérations bilatérales et frappant, de façon parallèle, des segments homologues des membres (jambes et avant-bras) et enfin, par-dessus tout, la qualité fondamentale de ces altérations osseuses se traduisant par une hypérostose condensante, massive et diffuse, étendue à une importante longueur du corps de la diaphyse.

L'association de la tuberculose et de la syphilis est loin d'être exceptionnelle ; et le milieu indigène auquel appartenait mon jeune malade m'autorisait pleinement à suspecter chez le père une vérole méconnue ou même volontairement niée. Et, en attendant que les résultats thérapeutiques et les recher ches sérologiques viennent me fournir leurs utiles renseignements, je portai le diagnostic suivant : tuberculose à foyers multiples du tout premier âge évoluant sur un terrain hérédo-syphilitique. Quant à la lésion oculaire, je n'osai pas me montrer aussi affirmatif et, après avoir résolument écarté l'éventualité d'un gliome de la rétine, je laissai au traitement institué le soin de dire le dernier mot et de préciser la participation et l'importance dans son évolution d'une infection luétique concomittante.

Donc, le traitement spécifique fut institué dans toute sa rigueur ; il consista d'abord en frictions quotidiennes avec l'onguent napolitain et, à la suite de celles-ci, en injections d'acétylarsan infantile. Quel en fut le résultat? L'abcès froid métacarpien sembla s'améliorer momentanément, mais plutôt sous l'influence de quelques ponctions suivies d'injections modificatrices de glycérine iodoformée. Les lésions ganglionnaires et osseuses n'en furent nullement influencées. L'affection articulaire alla en s'aggravant, s'affirmant de plus en plus comme étant de nature bacillaire. La maladie oculaire en parut plutôt stimulée. Une exophtalmie rapidement progressive se dessina, que nous attribuâmes d'abord à une augmentation de volume du bulbe, ce qui était exact et ensuite à une tumeur rétro-oculaire, ce qui fut controuvé ; un volumineux chémosis gris-jaunâtre cerna circonférentiellement la cornée, refoulant les voiles palpébraux ; puis la cornée, infiltrée en totalité et non protégée, s'ulcéra et même se perfora dans son segment inférieur.

A ce moment encore, l'hypothèse d'un néoplasme endoculaire propagé à l'orbite à la faveur d'une perforation sclérale profonde ou par la voie conductrice du nerf optique, pouvait se soutenir. Mais véritablement, la marche du processus avait été par trop précipitée et bien que ces « accélérations de vitesse » aient été notées au cours des néoplasmes, elles se rencontrent bien plus souvent dans certaines formes de tuberculose qualifiées de « galopantes », et précisément, le tubercule massif de la choroïde affecte fréquemment cette allure : c'est une particularité de son histoire clinique bien mise en relief par Dupuy-Dutemps.

Pour remédier aux souffrances de ce malheureux enfant, pour supprimer le spectacle lamentable d'une pénible difformité, l'énucléation fut proposée aux parents qui, brutalement, la repoussèrent ; et le seul traitement qu'il fut permis d'appliquer consista le 24 juin, dans une ponction palliatrice et exploratrice dirigée de haut en bas et de dehors en dedans et qui, partant de l'angle supéro-externe de l'orbite se dirigea obliquement vers le fond de l'entonnoir osseux. L'aiguille pénétra aisément dans une cavité dont le contenu fut aspiré en assez grande abondance puisque nous pûmes recueillir 5 centimètres cubes d'un pus verdâtre, visqueux, filant, contenant quelques grumeaux blanchâtres. Je crus tout d'abord à l'existence d'une collection rétro-oculaire ; mais la suite devait me montrer que le liquide obtenu avait été puisé dans l'intérieur de la cavité oculaire. Quoi qu'il en soit, et bien que les examens directs, sur lame, soient demeurés négatifs, ce pus inoculé sous la peau et dans le péritoine de plusieurs cobayes détermina chez ces animaux les lésions typiques de la tuberculose expérimentale.

La ponction pratiquée n'eut qu'un résultat éphémère : presque aussitôt, les lésions se reconstituèrent dans leur état primitif. L'œil partiellement réduit, sortit de nouveau de sa loge, et les accidents reprirent leur marche extensive, de sorte que, quelques jours plus tard, les parents consentaient enfin à l'énucléation. Elle fut pratiquée le 1er juillet 1925 sans incident, bien que rendue un peu plus laborieuse par le volume considérable du bulbe, l'induration des tissus circonvoisins et l'existence, en haut et en dehors, d'une zone adhérente. L'exploration de la cavité orbitaire ne révéla ni collection suppurée, ni dénudation osseuse, ni vestige d'un foyer antérieurement évacué. La cicatrisation de la plaie opératoire s'effectua normalement et le résultat local fut des plus satisfaisants.

Malheureusement, les autres manifestations tuberculeuses continuaient leur évolution progressive. En outre, des signes pulmonaires étaient apparus ; l'auscultation révélait l'existence de sous-crépitants occupant toute la hauteur des deux poumons et d'un souffle tubaire au niveau du hile pulmonaire droit. Une fièvre continue et des sueurs profuses minaient de plus en plus le petit malade dont la situation était désespérée quand les parents décidèrent de le soustraire à notre observation ; nous avons appris qu'il avait succombé dans le courant du mois de janvier suivant.

Je passe maintenant à la question des antécédents héréditaires.

Le père, jeune et vigoureux, aurait présenté, il y a cinq mois environ, c'est-à-dire dans le courant du mois de décembre 1924, une ulcération génitale pour laquelle il a reçu une série d'injections intraveineuses d'un médicament indéterminé ; mais, cet accident est postérieur à la naissance de notre sujet, il n'a pas été suivi d'accidents constitutionnels ; puis son Bordet-Wassermann est franchement négatif. Je ne puis admettre dans ces conditions une infection luétique d'origine paternelle.

La mère, blonde, pâle, délicate, dont la face blême est ponctuée de taches de rousseur, affirme cependant n'avoir jamais été malade. Elle accuse trois grossesses : la première s'est terminée par une fausse couche de trois mois ; la seconde a abouti

normalement à la naissance de l'enfant qui fait l'objet de cette observation; la troisième est en cours; examinée le 22 juin, elle présentait alors un utérus remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur en position droite; l'enfant est vivant; les battements de cœur sont perçus à droite et la mère ressent nettement les mouvements du fœtus. J'ajoute qu'elle a accouché, au mois d'août, d'un superbe enfant qui, examiné par nous, ne présentait aucune tare pathologique. Donc, la mère ne semble pas avoir été contaminée postérieurement à la conception de cet enfant, par l'accident douteux de son époux. D'ailleurs, chez elle aussi, le Bordet-Wassermann est négatif. Mais, si elle n'est pas syphilitique, elle est par contre tuberculeuse et l'auscultation nous a révélé, au sommet droit et en arrière, de la submatité, une augmentation des vibrations thoraciques et une inspiration rude. Son premier enfant est lui-même tuberculeux, ainsi que nous l'avons démontré et le deuxième, le dernier né, vient de succomber, à l'âge de quatre mois et demi, en l'espace d'une semaine, à des accidents aigus et subits caractérisés par de la fièvre, des vomissements, des troubles convulsifs et, dans la journée qui a précédé la mort, de l'anurie et une raideur généralisée.

Négatif chez le père et chez la mère, le Bordet-Wassermann l'est aussi chez l'enfant. D'ailleurs, les diverses manifestations pathologiques qu'il a présentées ont été réfractaires à la médication spécifique et leur nature tuberculeuse a été prouvée, soit par l'évolution clinique, soit par les inoculations expérimentales positives, soit encore par les constatations histo-pathologiques. Je reviendrai, dans un travail ultérieur, sur les désordres oculaires dont je me borne à indiquer ici les éléments principaux : bulbe notablement augmenté de volume, mesurant 4cm5 dans son diamètre antéro-postérieur et 3cm5 dans son plus grand diamètre transversal; sclérotique distendue; rétine décollée en totalité; choroïde, grisâtre, énormément épaissie au niveau de l'hémisphere postérieur du bulbe et séparée des membranes voisines par deux collections développées dans les espaces suprachoroïdien et sous-rétinien. Les coupes histologiques pratiquées par mon collègue, le professeur agrégé Courrier, ont établi la structure tuberculeuse de cette épaisse nappe choroïdienne et ont confirmé les résultats déjà obtenus par l'inoculation positive aux animaux du pus oculaire recueilli par ponction.

J'arrive aux épreuves radiographiques dont l'interprétation va me permettre enfin de donner à la question posée une conclusion affirmative.

1° Au niveau de la main, aucune contestation n'est possible : la lésion métacarpienne est une reproduction fidèle de l'image classique du spina ventosa tuberculeux. Envisagée en elle-même, elle est caractérisée par l'aspect nécrotique de la diaphyse frappée de mort et déjà entourée d'une gaine ostéopériostique de nouvelle formation. Comparé aux os voisins, l'os malade se signale aussitôt par une coloration différente. Plus opaque aux rayons X, il a fourni une ombre d'un noir intense qui contraste avec la pâleur relative des autres éléments du squelette. C'est là le tableau radiographique des néoformations osseuses élaborées en foyer d'infection chronique. Cette opacité — je le rappelle à cette occasion — ne doit pas être attribuée à une densité accrue de l'os nouveau dont les constatations opératoires et les investigations histo-pathologiques ont au contraire démontré la moindre consistance, mais à une qualité particulière — à un mode de cristallisation pour ainsi dire — du dépôt calcaire rendu plus impénétrable aux rayons. D'autre part, l'os nouveau développé dans de telles conditions est plus riche en carbonate de calcium que l'os normal et surtout que l'os jeune où prédomine le phosphate de chaux. Enfin, dans le contraste des teintes, il y a lieu de tenir compte de la décalcification des éléments squelettiques voisins s'effectuant en vertu des lois du *métabolisme calcique local* bien mises en évidence par Leriche et Policard.

Au niveau du genou gauche l'épreuve radiographique est celle d'une arthrite chronique bacillaire : décalcification des extrémités osseuses, écartement des surfaces articulaires par distension synoviale, tendance à la subluxation en arrière du squelette de la jambe, présence d'une traînée d'hyperostose sus-condylienne postérieure fémorale.

3° Par contre, au niveau des tibias, l'image radiographique est celle de la syphilis héréditaire en raison : *a.* de la bilatéralité des lésions; *b.* de la forme hyperostosante sous-périostée étendue, sans image nette de destruction osseuse centrale, image de maladie « édifiante », suivant l'expression de Broca.

De cette longue et minutieuse étude, je me crois fondé à tirer les enseignements suivants :

Les altérations cubitales et tibiales, les tibiales surtout de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, que Fournier affirmait autrefois n'avoir rencontrées que dans l'hérédo-syphilis, sont loin de présenter ce caractère d'infaillibilité qui leur est concédé, sur la foi des traités, par l'immense majorité des praticiens.

Sur le même sujet, manifestement tuberculeux mais indemne de syphilis, on peut, en effet, observer sur tel os les altérations classiques du spina ventosa tuberculeux, et sur tel autre l'hyperostose diaphysaire diffuse pathognomonique de la syphilis héréditaire; et ceci est en contradiction évidente avec l'affirmation exprimée tout récemment par Péhu et Policard, « qu'en comparant, dans la première enfance, la syphilis et la tuberculose, on ne peut établir entre elles aucune identité. Quant à son comportement sur le squelette, la syphilis congénitale conserve sa personnalité. »

Pour apprécier équitablement la valeur diagnostique de ces altérations, il importe désormais de ne plus les envisager isolément et surtout de ne pas les disjoindre, quand l'occasion s'en présente, des autres manifestations concomitantes, ganglionnaires, viscérales et surtout osseuses. C'est dans leur rapprochement que radiologues et cliniciens trouveront les éléments de leur conviction.

Un peu déçu dans mon amour-propre de clinicien, je me suis livré à une petite enquête auprès de

collègues pouvant avoir sur ce sujet une opinion autorisée. Je leur ai donc soumis les clichés des tibias : les uns ont déclaré que la tuberculose pouvait donner de semblables images; les autres ont conclu formellement à des altérations de syphilis congénitale; d'autres encore, après avoir affirmé l'analogie de ces lésions avec les lésions spécifiques, se sont ensuite rétractés quand ils ont été mis en présence des radiographies du métacarpien et de l'articulation du genou (1). Mais c'est encore dans les travaux de l'admirable chirurgien d'enfants que fut le professeur A. Broca que j'ai trouvé les enseignements les plus précieux. Par l'image, il montre la profonde ressemblance des lésions tibiales tuberleuses avec celles qu'engendre la syphilis. Dans le texte, il s'efforce de redresser cette erreur « classique » que l'ostéite tuberculeuse est rongeante et non hyperostosante, destructive et non édifiante. Or, ajoute-t-il, « cette forme hyperostosante est possible à tous les âges, mais passé la première enfance elle est exceptionnelle; chez le nourrisson, elle est habituelle et on a souvent le tort d'ignorer cette différence ». Voilà déjà pour le processus envisagé en lui-même. Sur la localisation, Broca n'est pas moins affirmatif : « A mesure que le sujet avance en âge la fréquence des lésions diaphysaires diminue..., chez le nourrisson, c'est juste l'inverse : la tuberculose épiphysaire est exceptionnelle; la tuberculose diaphysaire est à peu près seule observée. » Et, après avoir signalé l'impuissance de la radiographie à fournir un critérium diagnostique, Broca insistait sur la nécessité de recourir aux multiples renseignements tirés des antécédents héréditaires, de l'état général du sujet, de la coexistence d'autres lésions et de la réaction de Wassermann.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1929)

Abcès du cerveau à symptomatologie complexe; difficultés du diagnostic de l'abcès temporo-sphénoïdal droit idiopathique. — MM. A. LEMIERRE et R. THUREL insistent sur les difficultés du diagnostic de l'abcès cérébral idiopathique. En l'absence de traumatisme cranien important et d'affections suppurées de l'oreille, du nez, des poumons ou d'endocardite maligne, on n'était guère tenté de porter le diagnostic d'abcès du cerveau, surtout lorsque la symptomatologie s'éloigne des descriptions classiques. Il en a été ainsi dans l'observation rapportée par les auteurs : le tableau clinique était dominé par des manifestations méningées et des signes d'hypertension intracranienne. A l'autopsie, on constata un abcès enkysté dans la profondeur du lobe temporo-sphénoïdal droit, contenant du pus à staphylocoques. Le point de départ de cette suppuration a échappé aux investigations anatomiques.

(1) Telle fut l'opinion du docteur Tillier, ex-chef de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté, radiologiste distingué, qui a bien voulu nous apporter le concours de ses précieuses connaissances dans l'interprétation des épreuves radiographiques.

Deux malades atteintes de tuberculose pulmonaire traitées par le séro-médicament du docteur Dufour. — M. H. DUFOUR. Le séro-médicament dont il est question est employé depuis plusieurs années par son auteur qui, dans des publications antérieures, en a donné la composition, basée sur un mélange de sérum de lapin tuberculisé avec l'iodo-benzo-méthylformine. Le premier cas concerne une fillette de deux ans vivant avec une mère tuberculeuse. Du 18 mai au 3 juillet, l'enfant reçoit douze piqûres intramusculaires de séro-médicament; à partir du 20 juin, la température vespérale ne dépasse pas 37°5. En un mois et demi et malgré la période fébrile, le poids est passé de 11 kilogrammes à 12kg700. Transformation de l'état général et local. Les clichés radiographiques n'ont pas sensiblement changé.

Le deuxième cas a trait à une jeune fille de vingt ans présentant une lobite du sommet droit très étendue avec expectoration bacillifère et fièvre à 38°5. En quatorze mois la malade a reçu 85 piqûres de séro-médicament. La lobite supérieure droite englobait tout le lobe sous forme d'opacité avec image lacunaire à contours irréguliers, a fait place sur le cliché de 1929 (juin) à une zone sombre occupant seulement l'extrême pointe du sommet et la région paravertébrale.

La vaccination régionale par la porte d'entrée. — M. P. POINCLOUX expose les principes et la technique générale de sa méthode de vaccination qui consiste à injecter le vaccin correspondant à une infection donnée dans le tissu que le microbe pathogène a utilisé pour pénétrer. Il affirme que les vaccins injectés selon cette méthode engendrent des réactions et des résultats dont la constance, la netteté et la qualité doivent retenir l'attention. Chez tous les sujets, chaque fois qu'on était certain d'avoir injecté le vaccin spécifique par la porte d'entrée spécifique et que le traitement était appliqué avec une suffisante persévérance (cinq injections) les effets salutaires furent bons ou excellents.

Vaccination régionale par la porte d'entrée. Traitement des complications articulaires de la blennorragie. — MM. C. LIAN, P. POINCLOUX et M. COPELOVICI-COPE relatent brièvement les résultats obtenus en appliquant la vaccination régionale par la porte d'entrée à dix huit malades atteints d'infections articulaires ou para-articulaires à gonocoques. Ces résultats permettent de considérer que la vaccination régionale par la porte d'entrée améliore beaucoup le pronostic de ces complicationspres que toujours tenaces, souvent redoutables au point de vue fonctionnel.

Abcès tuberculeux du cervelet. Sur la coloration des bacilles de Koch dans le névraxe. — MM. Georges GUILLAIN, J. CHRISTOPHE et I. BERTRAND rapportent l'observation d'une malade chez laquelle, en raison d'une céphalée aiguë, d'un léger syndrome méningé clinique, d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, on porta le diagnostic probable d'abcès de l'encéphale. L'autopsie montra des lésions tuberculeuses de l'hémisphère cérébelleux gauche avec un abcès de la grosseur d'une olive.

Les auteurs recommandent spécialement pour la coloration des bacilles de Koch dans le névraxe la technique préconisée par I. Bertrand et Medakovitch à la fuchsine anilinée d'Ehrlich après fixation au formol.

Spirochétose ictéro-hémorragique sans azotémie pendant la rémission thermique. — MM. BRULÉ et STÉHELIN. Un garçon de café, ayant à manipuler des légumes dans une cave infestée de rats, contracte une spirochétose ictéro-hémorragique, d'ailleurs bénigne, dont le diagnostic fut confirmé par l'évolution clinique et par le séro-diagnostic de Martin et Pettit.

L'ictère fébrile et la légère azotémie du début rétrocédèrent en huit jours, et pendant la période de rémission thermique le taux de l'urée sanguine était absolument normal

L'azotémie reparut au cours de la rechute mais sans dépasser 1 gramme, et disparut rapidement.

Cirrhose pigmentaire et lambliase intestinale. — MM. Marcel Labbé, Fl. Nepveux et P. Justin-Besançon rapportent l'histoire anatomo-clinique d'une entérite grave, évoluant depuis dix ans avec des accès thermiques à 40 degrés et constitution progressive d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire. L'examen des fèces et du liquide duodénal a révélé des quantités considérables de lamblias. A l'autopsie, on a trouvé une cirrhose avec surcharge pigmentaire et nodules inflammatoires.

Remarques sur un cas d'agranulocytose. — MM. Ed. Benhamou, A. Nouchy et A.-M. Sudaka-Planty rapportent l'observation d'une femme de trente-sept ans qui fut prise brusquement de fièvre avec frissons et d'asthénie profonde. Cet état infectieux sévère, la présence de bulles grisâtres sur la peau et au pourtour de l'anus, la coexistence d'une petite bulle analogue sur le pilier antérieur droit de la gorge firent penser à une agranulocytose. Cette observation tire son intérêt : de l'importance des phénomènes cutanés et de la précession nette des accidents ulcéro-nécrotiques de la gorge; de l'épreuve de l'adrénaline ; des recherches bactériologiques et de l'expérimentation qui montrèrent que les microbes trouvés dans l'exsudat pleural étaient vraisemblablement des microbes d'infection secondaire; de la mesure de la tension superficielle du sérum dont le chiffre était particulièrement élevé (62,5 dynes) chez cette malade.

Septicémie puerpérale grave guérie par les immuno-transfusions. Polynévrite de la convalescence vraisemblablement postsérothérapique simulant la paralysie alcoolique avec syndrome psychique. — MM. A. Tzanck et R. Weismann-Netter. Chez une femme atteinte depuis deux mois d'une septicémie puerpérale du plus sévère pronostic, les immuno-transfusions par vaccination du donneur ont amené une guérison rapide alors que tous les traitements antérieurs et les transfusions simples avaient été inefficaces.

Essais de traitement des staphylococcies cutanées par les lysats vaccins. — MM. Flandin et Duchon.

Utilité des ponctions étagées et en particulier de la ponction sous-occipitale dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — MM. Chavany, Vannier et Bonan.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques A traitée par la trypaflavine intrarachidienne. Guérison. — MM. Chavany, Arnaudet et Gaillard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1929)

A propos des luxations du semi-lunaire. — M. Lapointe est également partisan de la réduction du semi-lunaire, sans extirpation, mais contrairement à M. Cadenat, il préfère la voie d'abord antérieure.

Tumeur paranéphrétique. — M. Michon rapporte cette observation de M. Duval (du Havre). Il s'agissait à l'examen histologique d'un fibro-myxo-sarcome. Le diagnostic clinique a été posé grâce au cathétérisme des uretères qui n'avait montré aucune modification du fonctionnement rénal. Guérison malgré blessure légère de la veine cave inférieure sur laquelle on a placé des pinces à demeure.

M. Okinczyc demande si l'on n'observe pas, en certains cas un hyperfonctionnement dans le néoplasme rénal.

M. Michon n'a pas connaissance de tels faits, mais la pyélographie peut rendre des services.

M. Heitz-Boyer a pu poser un diagnostic ferme grâce à la radiographie.

Pancréatite subaiguë. — M. Auvray a observé un cas typique de pancréatite subaiguë, dont le début brutal avait tourné court. Cette malade a guéri sans qu'à l'intervention on ait agi sur la voie biliaire principale.

M. Gosset pense que la meilleure incision pour intervenir sur les voies biliaires est l'incision médiane.

M. Okinczyc pense qu'une petite incision complémentaire à travers le grand droit permet de faire passer, s'il est nécessaire, mèche ou drain et d'éviter l'éventration.

M. Duval approuve M. Gosset.

A une question de M. Basset, M. Gosset précise qu'il se place à droite de l'opéré.

M. Cunéo se place à gauche, mais fait fortement incliner le sujet sur le côté gauche.

Tumeur parotidienne. — M. Lenormant rapporte cette observation de M. Ménégaux. Après extirpation d'une petite tumeur maligne, celle-ci a rapidement récidivé sur place. Un traitement radiothérapique énergique a donné une amélioration intéressante. Il s'agissait d'un épithélioma mucipare ou cylindrome.

M. Lecène, dans les cancers primitifs vrais de la parotide (épithélioma glandulaire atypique en général), a toujours observé des récidives. Le cylindrome est beaucoup moins malin.

Ulcère peptique. — M. Costantini rapporte l'observation d'un malade opéré pour ulcère par gastro-entérostomie au bouton; la récidive des douleurs nécessita une intervention : gastro-pylorectomie après ablation du bouton et traitement d'un ulcère peptique.

Pseudarthrose du col du fémur. — M. Basset a pu revoir une malade opérée il y a dix ans pour pseudarthrose du col du fémur par enchevillement (cheville d'os de bœuf). Bon résultat actuel. A la radiographie il semble qu'il existe une ankylose entre tête et cotyle.

M. Cunéo pense que lorsqu'une cheville enfoncée dans la tête ne se modifie pas, cela prouve que la vitalité osseuse de la tête n'existe plus.

M. Leveuf pense que la cheville ne joue pas de rôle particulier.

Péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx. — M. Duval rapporte en son nom et en celui de M. Ameline la statistique de son service de 1923 à 1929. Cette statistique est excellente : une seule mort sur quatorze cas. Tous ces cas ont été drainés. Il faut se contenter de l'opération minima, ablation des annexes rompues, ou hystérectomie subtotale qui ne paraît pas plus indiqué que la totale. Il semble que le drainage par un simple drain de caoutchouc sus-pubien suffise. Huit résultats éloignés excellents ont été vérifiés.

M. Lenormant ne propose l'hystérectomie totale que dans les cas où il est nécessaire d'enlever aussi les annexes du côté opposé. Elle résout la question du drainage.

Bistouri à haute-fréquence. — M. Heitz-Boyer insiste sur son action hémostatique secondaire. L'hémostase primitive est assurée par tous les agents thermiques, mais détermine une escarrification. Mais l'hémostase secondaire précoce semble propre au bistouri à haute fréquence; c'est une hémostase progressive qui résulte d'un double mécanisme endovasculaire et périvasculaire agissant en deux temps, comme les coupes histologiques le montrent.

Présentation de photographies. — M. Rouhier. Adénome monstrueux du sein.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1929)

Identification d'un virus prétendu herpétique, en réalité rabique, par des expériences d'immunité croisée avec la rage. Immunisation antirabique cutanée, à l'aide d'injections intradermiques répétées de virus formolé. — M. S. NICOLAU et Mme L. KOPCIOWSKA étudient une souche de virus prétendue herpétique (virus *DK*), mais qui se comporte, au point de vue d'action pathogène sur les animaux d'expérience, comme un virus rabique fixe. L'examen histologique des cerveaux provenant d'animaux morts à la suite d'inoculation sous dure-mérienne plaide aussi en faveur d'un virus rabique, malgré l'absence des corps de Negri. Les auteurs réussirent à conférer aux lapins une immunité cutanée antirabique très solide, par des injections intradermiques de virus rabique formolé. Les lapins ainsi immunisés résistent à l'inoculation cutanée du virus rabique des rues, virus frais tandis que les témoins succombent constamment à la rage. Un virus herpétique authentique, formolé et administré aux lapins en plusieurs reprises par injections intradermiques, ne vaccine pas les animaux contre l'inoculation cutanée d'épreuve de virus rabique des rues. La souche *DK* est donc un virus rabique.

Les modifications histo-pathologiques du système nerveux dans la coqueluche. — M. S. NICOLAU et Mlle E. MATEIESCO. On a décrit dans la coqueluche des méningites, des encéphalites coquelucheuses, des abcès cérébraux, des hémorragies cérébrales, des complications nerveuses et mentales, de l'ataxie cérébelleuse, des parésies, des paralysies, des crampes, des convulsions parfois jacksonniennes, de l'éclampsie pseudo-tétanique, de l'amaurose transitoire, des névrites optiques, etc... Partis de l'hypothèse que le germe de la maladie ou sa toxine doit avoir une réelle affinité neurotrope, et que la preuve de cette affinité doit exister dans le système nerveux de tout coquelucheux, les auteurs ont étudié minutieusement les modifications histologiques du système nerveux central, viscéral et périphérique, chez trois enfants morts de coqueluche sans manifestations nerveuses. Des lésions intéressantes ont été mises en évidence, notamment au bulbe et aux ganglions spinaux, dans le ganglion plexiforme, dans le pneumogastrique, dans les microganglions nerveux péribronchiques et dans ceux du hile pulmonaire. Des filets nerveux se trouvant à ce dernier niveau, montrent des processus intenses de névrite interstitielle. Les auteurs sont tentés d'expliquer le tableau clinique de la coqueluche (de la maladie non compliquée par des manifestations pulmonaires secondaires), par la présence de ces lésions nerveuses. Ils ont étudié comparativement les modifications histologiques du système nerveux dans la bronchopneumonie franche sans coqueluche; rien, dans les lésions minimes rencontrées, ne rappelait les altérations observées dans les 3 cas de coqueluche.

Sur la dissémination des bacilles de Koch inoculés au cobaye par la voie sous-cutanée. — MM. BOQUET, L. NÈGRE et J. VALTIS démontrent que, chez le cobaye, les bacilles tuberculeux inoculés à la dose de 3 milligrammes dans le tissu sous-cutané de la patte postérieure atteignent les ganglions poplités et inguinaux en quinze minutes au maximum et pénètrent dans la circulation sanguine en quantités croissantes à partir de la trentième minute après l'infection.

Sur l'hérédité de la séro-anaphylaxie. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD. Les sérums hétérologues injectés à la femelle pleine ne sont pas arrêtés par le placenta, mais ils pénètrent en trop petite quantité dans la circulation du fœtus pour parvenir, en général, à le sensibiliser. Dans des cas exceptionnels, le sérum hétérologue traverse, cependant, le placenta en quantité suffisante pour permettre au fœtus d'acquérir une sensibilisation active qui commence pendant la vie intra-utérine et peut n'être complète que deux à trois semaines après la naissance. L'anaphylaxie, qu'acquiert ainsi le petit, ne peut être considérée comme une anaphylaxie héréditaire.

Variations de l'excitabilité du centre respiratoire et des fibres centripètes du nerf vago-sympathique consécutives à l'irritation des voies respiratoires profondes. — M. et Mme A. CHAUCHART, MM. J. FEGLER et B. BARTENBACH ont étudié l'excitabilité du pneumogastrique et du centre respiratoire sur des chiens soumis à des inhalations irritantes d'ammoniaque par une canule trachéale. L'irritation des voies respiratoires profondes provoque des variations d'excitabilité qui portent à la fois sur le centre respiratoire, comme l'indiquent les modifications des lois de sommation et sur le nerf vago-sympathique, ainsi que le montre l'augmentation de la chronaxie. Après vagotomie double, on observe une modification identique des courbes de sommation tandis que la chronaxie ne change pas.

Action du chlorhydrate de cocaïne sur les troncs nerveux. Modifications des paramètres de l'excitabilité du nerf lingual du chien (voie sensitive du réflexe linguo-maxillaire). — MM. J. RÉGNIER et G. VALETTE ont effectué des essais sur le chien. Ils présentent l'avantage de s'adresser à un nerf sensitif, non itératif, c'est-à-dire capable de répondre à une seule excitation.

Les auteurs ont mesuré le pourcentage de baisse maximum de chronaxie qui se produit sous l'influence de la cocaïne.

Cette baisse est en relation étroite avec la dose d'anesthésique utilisée. Ces données fournissent une base satisfaisante pour des essais de titrage des solutions d'anesthésiques locaux.

Relations entre les modifications de la cortico-surrénale et l'évolution du cancer expérimental de la souris. — MM. F. ARLOING, A. JOSSERAND et CHARACHON rappellent, à propos d'une note récente de M. B. Sokolof, qu'ils ont, antérieurement à cet auteur, décrit des modifications de la cortico-surrénale chez des lapins préparés par des injections sous-cutanées d'une tumeur de la souris blanche.

Ils ont constaté l'énorme développement de la cortico-surrénale et la disparition presque complète de la médullaire, en même temps que grossissaient et se vacuolisaient les spongiocytes, à mesure que s'avançait la préparation des lapins. Or, c'est à la phase de suractivité du cortex que la greffe des surrénales des lapins préparés est capable de freiner, ou même d'arrêter chez la souris le développement du cancer expérimental.

A la deuxième phase des modifications des surrénales (phase de dégénérescence de M. Sokolof), les capsules semblent perdre tout pouvoir inhibiteur sur l'évolution du cancer que parfois même elles favorisent.

Cette question intéresse les relations qui existent entre les glandes endocrines et le développement du cancer.

Imprégnation du système nerveux par les matières colorantes sous l'influence de l'anesthésie générale. — M. R. LE CLERC a injecté du violet hexaméthyle en solution aqueuse à 1 p. 20 à des lapins chloroformés qui ont été saignés et autopsiés après la dernière injection.

Dans ces conditions, le violet de méthyle a coloré nettement la substance grise du cerveau alors que la substance grise des lapins témoins reste normale, l'oxydation n'accroît pas, ou ne fait pas apparaître la coloration violette là ou elle n'est pas.

On ne peut donc pas, semble-t-il, invoquer une influence de l'anesthésie générale sur la réduction du violet en leuco-dérivé. Il s'agit bien d'un accroissement de la perméabilité des cellules nerveuses.

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine. ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE : G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

BRETUM · BOLDO · EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

GYNOCRINOL
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours. R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Libération de la toxine tétanique fixée sur le cerveau « in vitro ». — M. R. LE CLERC montre que les anesthésiques : éther, chloroforme, chlorure d'éthyle ont le pouvoir de libérer *in vitro* une certaine dose de toxine tétanique fixée sur la substance cérébrale et neutralisée par elle. C'est cette action qu'on peut invoquer pour expliquer les cas heureux dans la thérapeutique du tétanos, où l'anesthésie générale a été associée intimement à la sérothérapie spécifique.

Sur une nouvelle micro-électrode à quinhydrone. — MM. Maurice DELAVILLE et Paul TCHERNIAKOFSKY présentent un modèle d'électrode à quinhydrone qui offre entre autres avantages celui de permettre la mesure dans la seringue même qui a servi au prélèvement. La perte de Co^2 est ainsi évitée. Les mesures effectuées sur une quantité de liquide ne dépassant pas $0^{cc}2$ sont rapides et faciles. Des seringues interchangeables permettent d'effectuer des mesures en série.

Recherches sur la culture d'entamaeba dysenteriae. — Sur milieu de Dorset ou sur sérum de cheval coagulé comme milieu solide et sur Ringer albuminé additionné d'amidon de riz figuré stérilisé comme milieu liquide, M. DESCHIENS note que le départ de la culture peut être obtenu avec un milieu liquide dont le pH est situé entre 6 et 8.8, pH situé entre 7.2 et 7.6 étant le plus favorable. La longévité de la culture est de quatre à sept jours.

Dans l'ensemble, la culture passe par une phase de fermentation butyrique favorable au développement des amibes puis par une phase de putréfaction et de désintégration des albumines, défavorables aux amibes et entraînant leur disparition.

Le liquide de Ringer albuminé peut être remplacé par du liquide de Ringer non albuminé ou par de l'eau physiologique non albuminée à condition d'ajouter au milieu liquide 1 p. 100 d'amidon de riz stérilisé.

Mise au point d'une méthode clinique de mesure du quotient respiratoire. — M. WOLFF.

Sur le rôle de certaines substances non spécifiques et de l'antigène spécifique dans la production des antitoxines. — MM. G. RAMON, P. DESCOMBEY, P. VALOT et Mlle M. RUSSEL. Si, chez un animal immunisé, l'injection sous-cutanée du mélange d'antigène spécifique et d'une substance non spécifique (le tapioca par exemple) augmente nettement la production d'antitoxine, l'injection de tapioca seule, n'a aucune influence sur cette production. De même, l'injection de sels de manganèse, en l'absence d'antigène spécifique, demeure sans effet. La pilocarpine n'a pas d'action physiologique sur la « sécrétion » de l'antitoxine, l'augmentation toute provisoire de l'antitoxine que l'on constate après l'injection de pilocarpine à un animal immunisé vis-à-vis de l'intoxication diphtérique est due à une action indirecte : accroissement des sécrétions salivaires, intestinales, sudorales, d'où déshydratation du sang et concentration momentanée de l'antitoxine. Pour qu'il y ait réellement production, augmentation de production de l'antitoxine, l'antigène spécifique doit toujours être présent.

Eloge nécrologique de M. Branca. — M. PÉREZ, président.

NOTES DE PRATIQUE

ÉPITHÉLIOMA PERLÉ PROFOND DE LA PAROI ABDOMINALE PAR GREFFE OMBILICALE (1)

Par G. DURANTE et ROULLAND.

Ce néoplasme siégeait dans la profondeur de la paroi abdominale au-dessous et en dehors de l'ombilic.

Dès sa jeunesse, la malade avait remarqué à ce niveau une nodosité dure qui, vers cinquante ans se mit à croître rapidement pour atteindre le volume d'un gros œuf et nécessiter une intervention.

Au point de vue histologique, il s'agit d'une tumeur épidermique perlée.

Tandis que dans les *épithéliomas* cutanés, c'est la couche de malpighi qui prolifère dans la profondeur en envoyant des bourgeons dans le derme, dans ces tumeurs, véritables *verrues internes*, la prolifération se fait dans le sens normal, accumulant vers le centre les lamelles épidermiques de sa surface desquamante.

Elles peuvent sous ce rapport se rapprocher des kystes, mais ce sont des kystes à contour solide.

Cette formule histologique est aujourd'hui bien connue. Elle ne relève pas d'enclavement fœtaux comme les kystes dermoïdes, mais de greffes cutanées profondes souvent consécutives à des traumatismes.

Au cours de recherches sur la chute du cordon, G. Durante a constaté que lors de la cicatrisation de l'ombilic, l'épithélium cutané pénétrait parfois dans la lumière des vaisseaux demeurés béants et s'y propageait dans quelques cas bien au delà des limites de la région ombilicale.

C'est à ces greffes épidermiques profondes, intravasculaires remontant à la naissance et généralement ignorées que l'on peut attribuer le point de départ de cette tumeur.

Il a paru utile d'attirer l'attention sur l'*origine ombilicale* probable de ces néoplasmes abdominaux qu'il ne faut pas confondre avec les kystes dermoïdes.

(1) *La Gynécologie*, fév. 1929.

LIVRES NOUVEAUX

Cauterets : documents, études cliniques (1), par A. CORONE.

Les enseignements contenus dans 2.582 observations de malades sont condensés dans ce travail.

La première partie, remplie de faits et de chiffres, étudie les actions générales de la cure de Cauterets : actions sur la circulation, la diurèse, la digestion, la menstruation, le poids, le réflexe oculo-cardiaque. Deux chapitres sont consacrés aux crises thermales et aux métastases.

Dans la deuxième partie, groupant ses observations d'après le diagnostic et d'après l'âge, l'auteur individualise six types de malades respiratoires parmi ceux qu'il a rencontrés le plus souvent. Pour chacun de ces malades-types, après une esquisse clinique assez fouillée, la technique du traitement thermal, avec ses accidents et ses résultats, est détaillée. Un dernier chapitre, servant de conclusion, est consacré aux résultats à distance d'où sont déduites les indications de la station.

L'ouvrage ainsi présenté est avant tout un recueil de faits. Mais on a plaisir à y trouver éparses des idées générales, quelques-unes personnelles, sur la maladie chronique, sur l'arthritisme, sur la polyvalence d'une cure thermale, et surtout sur le mécanisme d'action des eaux minérales. On lira avec intérêt les arguments nouveaux et ingénieux que l'auteur invoque à l'appui de sa conception d'une cure agissant à la manière d'une vaccination grâce à des chocs coloïdoclasiques, eux-mêmes déclenchés par une action directe et primitive sur le système vago-sympathique. L. BABONNEIX.

(1) Un vol. in-8 de 160 pages. — Prix : 15 fr. — Montpellier, librairie Coulet, 5 Grande-Rue.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

R. C., 225.781 B

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
o.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRÉSYL-JEYES

EXIGER BIEN LE "JEYES"
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISES de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16.. Seine.

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %) attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur bénique.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

N° 61. — MERCREDI 31 JUILLET 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 31 JUILLET 1929. — N° 61.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50 — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : [illegible]

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — M. le médecin colonel Petges.

MM. les médecins lieutenants-colonels Marie, Auvray, Lallement.

MM. les médecins commandants Demard, de Gorsse, Debève, Pettit, Graziani, Giry, Doumenjou, Dupretz, Fossier, Jeandelize, Lambert, Roulland, Mabin, Rudler, Beaudet, Mercier, Serr, Margarot, Arne.

MM. les médecins capitaines Wallet, Galtier, Martial-Lagrange, Roustain, Delattre, Deslandes, Philippe, Rongier, Fournier, Thiéry, Bondet, Eck, Grojean, Deronnelle, Lalague, Voisselle, Cloitre, Aurenche, Fohano, Dhotel, Dudon, Gand, Lambert, Durand, Musy, Duchazeaubeneix, Astraud, Baumel, Nicaud, Levant, Rouzaud, Ballivet, Villechaize, Chalard, Gisclard, Froustey, Philippe, Jobelin, Joly, Nilus, Altembach, Busson, Dumas, Soderlindh, Mosnier, Moulinas.

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1929 commencera le 3 octobre et sera terminée le 17 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Roger.

Ophtalmologie. — Professeur : M. de Lapersonne.

Hygiène et épidémiologie exotique. — Professeurs : MM. Camus, Marchoux, Pozerski, Teissier, Tanon.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lecène.

Règlements sanitaires. — Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la Clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention « médecine »; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris; 4° les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr.; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 25 septembre, tous les jours, de midi à 3 h.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exeroices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE ET D'HYGIÈNE DU PREMIER AGE. (Professeur Georges MOURIQUAND). — Le 4 novembre 1929, s'ouvrira à la clinique médicale infantile de l'Université de Lyon, à 9 1/2, un cours de perfectionnement où seront traités des questions de pratique et d'actualité concernant les maladies des enfants.

Ces questions seront exposées par les professeurs et médecins des hôpitaux qui ont poursuivi sur elles des recherches originales.

PROGRAMME. — Professeur Georges Mouriquand : *4 novembre* : 1° Les enfants mal alimentés et les dystrophies du premier âge.

5 novembre : 2° Les vitamines. — Les états de carence et de précarence. — Le problème de la fixation calcique chez l'enfant : ses aspects biologiques et cliniques.

Docteur Pehu, médecin des hôpitaux : *6 novembre* : 1° Les multiples étapes et les divers aspects de la syphilis infantile.

7 novembre : 2° Les images anatomiques et radiographiques du système osseux dans la syphilis de la première enfance (projections).

Docteur Gardère, médecin des hôpitaux : *8 novembre* : 1° Formes cliniques et traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

9 novembre : 2° Etat actuel de l'hygiène sociale de l'enfance. — Les œuvres lyonnaises de protection de l'enfance.

Docteur Dufourt, agrégé, médecin des hôpitaux : *12 novembre* : 1° Conditions de transmission de l'infection tuberculeuse à l'enfant.

13 novembre : 2° Broncho-pneumonies infantiles. Formes cliniques. — Vaccinothérapie.

Docteur Bertoye, médecin des hôpitaux : *14 novembre* : 1° Les anémies alimentaires.

15 novembre : 2° La spasmophile : ses manifestations et son traitement.

Docteur Bernheim, agrégé, médecin des hôpitaux : *16 novembre*, à 9 h. 1/2 : les réactions lymphatiques chez l'enfant.

Docteur Sedallian, chef de clinique, chef du service des sérums à l'Institut bactériologique : *16 novembre*, à 2 h. 1/2 : L'immunité et les vaccinations préventives chez l'enfant.

Les exposés théoriques seront doublés d'exercices pratiques portant sur l'examen des malades, le laboratoire appliqué à la pédiatrie, la radiologie dans la maladie des enfants, etc.

D'autre part, le fonctionnement des œuvres sociales s'adressant à l'enfance, dont on sait la grande importance dans la région lyonnaise, sera étudié sur place sous la conduite des médecins directeurs de ces œuvres.

Le droit d'inscription pour la série des conférences et travaux pratiques est de 200 fr.

S'inscrire au secrétariat da la Faculté de médecine, 18, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre, dernier délai.

Sur demande, le secrétariat fournira tous renseignements complémentaires.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS DENTAIRES

Le législateur de 1892 avait agi fort sagement et prudemment en établissant que la loi, en ce qui concerne l'art dentaire, n'aurait qu'un caractère provisoire : c'est bien ce qui ressort avec la plus grande évidence de la discussion et des conclusions des rapporteurs. Il était, en effet, aisé de prévoir que cet art dentaire, jusque-là empirique, allait évoluer de plus en plus vers la médecine et qu'il deviendrait bientôt indispensable, par le fait même de cette évolution, que cette spécialité fut, comme les autres, exercée par des docteurs en médecine.

Mais le provisoire est par essence éminemment durable; d'autant que des gens s'étant installés dans ce provisoire, qui leur fournissait des facilités et des situations, ne cessèrent et ne cessent toujours pas de lutter pour la conservation d'un régime présentant pour eux tant d'intérêt.

Et nous en sommes toujours au même point!

Ce n'est pas cependant, qu'entre temps, nous n'ayons vu des empiètements successifs sur le domaine purement médical : après l'anesthésie locale, l'anesthésie régionale, la radiographie, l'utilisation des courants électriques, la vaccination, les rayons ultra-violets. Réellement, le Corps médical a montré une condescendance bien extraordinaire en laissant faire ainsi sans protester. D'autant que certains de ces actes, du fait du manque d'instruction suffisante, ne pouvaient être qu'irraisonnés et dangereux pour lee malrdes.

Cela n'empêche pas l'évolution de continuer et, à mesure qu'elle se poursuit, la thérapeutique, dans cette branche, devient de plus en plus médicale. C'est ainsi que, tout dernièrement, Rousseau-Decelle a publié les résultats d'une longue expérimentation sur le traitement de certaines infections buccales par le collargol en injections intramusculaires.

Il paraît difficile, cette fois, qu'on autorise des non-médecins à pratiquer de telles injections : autant vaudrait dire que l'exercice de la médecine est devenu libre en France, ce que ne saurait admettre le Corps médical.

Les chirurgiens-dentistes vont donc se trouver dans une situation singulière : pour des affections courantes, qui sont du domaine propre de leur spécialité, ils sauront que certaine thérapeutique est efficace, mais ne pourront l'utiliser. Alors de deux choses l'une, ou bien ils devront, pour une chose banale, avoir recours à un docteur en médecine, ce qui ne contribuera pas à relever leur prestige; ou bien, pour éviter cet écueil, il devront tout simplement ignorer une thérapeutique susceptible de soulager leurs malades.

Aujourd'hui, il s'agit d'injections intramusculaires de collargol, demain il s'agira d'autres méthodes au sujet desquelles se posera, pour les mêmes praticiens, le même problème.

Est-ce que ceux qui affectent de s'intéresser à la destinée des chirurgiens-dentistes, qui se targuent d'être leurs dirigeants, qui proclament leur dévouement pour eux, ont songé à ces questions, et à la situation pénible où, par leur entêtement à essayer de maintenir un état de choses archaïques et qui ne peut se défendre, ils les placent et les placeront de plus en plus au point de vue de l'intérêt bien compris des malades, comme de celui de leur conscience professionnelle?

S'ils ne l'ont point fait, ce sont des dirigeants à bien courte vue; s'ils l'ont fait et n'en ont pas tiré toutes les conséquences pour ceux qui se confiaient à eux, ce sont de mauvais bergers.

Quoi qu'il en soit, il importe que le Corps médical défende ses prérogatives qui ont été établies dans l'intérêt même des malades et ne permette pas de nouveaux abus. *Caveant consules.*

A. HERPIN.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71. Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

NATIBAÏNE

Association { 1/3 de **DIGITALINE NATIVELLE**
2/3 d'**OUABAÏNE ARNAUD**

du

LABORATOIRE NATIVELLE

49, Boul. de Port-Royal, PARIS (13e).

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5 386 Seine

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
harmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Par le docteur J. LHERMITTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOSPICE PAUL BROUSSE

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Démonstration de fibres nerveuses spéciales parasympathiques dans les racines postérieures de la région lombaire de la moelle épinière. (Kuré, Ken, Yosio Nitta, Morimassa Tuzi, Kensaku Siraisi and Binzi Suyenaga. *Quart. Journ. of exp physiol.*, 1928, Bd XVIII, nr. 4, s. 333.) — On sait combien le problème de l'existence ou non, dans les racines postérieures, de fibres sympathiques ou parasympathiques est discuté et l'intérêt de ce problème au point de vue de la trophicité des tissus. Aussi les recherches des auteurs suscitent-elles un grand intérêt. Selon ceux-ci, il faut admettre que les constatations des anciens physiologistes qui ont montré que l'excitation des racines postérieures déterminait une vasodilatation, est en rapport, non pas avec la production d'un courant antidromique mais avec l'existence de fibres efférentes parasympathiques.

Kuré et ses collaborateurs avaient déjà montré que l'extirpation du sympathique déterminait une atrophie musculaire correspondante et que cette atrophie avait une évolution plus rapide lorsqu'à la sympathectomie on associait la section des racines postérieures. Il faut noter aussi que la section de la corde du tympan a pour effet de provoquer une dystrophie des muscles de la langue, et que l'extirpation du ganglion ciliaire s'accompagne d'une dystrophie très nette des muscles des yeux.

A ces faits on peut associer cette donnée nouvelle, apportée par les auteurs japonais, que les dystrophies musculaires progressives s'accompagnent d'une diminution remarquable des fines fibres myéliniques des racines postérieures. Il semble donc légitime de rapporter à ces dernières le rôle trophique sur les muscles des membres inférieurs.

L'existence de fibres myéliniques fines dépendant du système parasympathique et cheminant dans les racines postérieures est attestée encore par cette expérience : on sectionne les racines postérieures entre le ganglion et la moelle; tout le système radiculaire dégénère, mais on constate que le segment proximal des racines postérieures qui devrait être complètement dégénéré si toutes ses fibres composantes tiraient leur origine du ganglion, contiennent encore des fibres myéliniques fines lesquelles, de toute évidence, doivent posséder leurs neurones originels dans la moelle épinière.

Le problème des rapports de l'hypophyse avec le diencéphale. (Mogilnitzky. *Virch. Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, vol. CCLXVII, f. 1, p. 263.) — La question des rapports fonctionnels et anatomiques qui réunissent l'hypophyse et l'infundibulum est encore aujourd'hui très discutée. Il s'agit là d'un problème tout d'actualité puisque, de plus en plus, les neurologistes sont aux prises avec les syndromes complexes auxquels participent le système nerveux central d'une part, et spécialement la région infundibulaire et le système endocrinien et plus particulièrement l'hypophyse, d'autre part.

L'auteur a irradié des chiennes âgées de huit semaines et des chiens de même âge à peu près. Or, on a pu constater que l'atrophie très manifeste de la partie glandulaire de l'hypophyse s'accompagne d'une prolifération importante des cellules névrogliques et de lésions dégénératives et atrophiques portant sur la région postérieure de la partie nerveuse de cet organe. De plus, l'auteur observa, et ceci est très intéressant, des altérations atrophiques dans les noyaux du *tuber cinereum*, et plus particulièrement dans le noyau supra-optique.

On peut donc concevoir, à la lumière de ces résultats expérimentaux, qu'une lésion de l'hypophyse peut déterminer, à elle seule, des altérations dégénératives rétrogrades dans les divers noyaux qui se trouvent à la face ventrale du ventricule moyen.

Recherches expérimentales sur le problème du mécanisme du sommeil. (G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler. *Zeit. f. d. g. Neurol. und Psych.*, 1929, vol. CXIX, f. 2-3, p. 277.) — Depuis les travaux expérimentaux de Demole que nous avons exposés ici même, plusieurs recherches ont été poursuivies dans le but de confirmer ou d'infirmer les conclusions du neurologiste suisse : à savoir que l'injection faible de calcium dans la région ventrale du ventricule moyen suffit à provoquer un sommeil prolongé. Avec ses collaborateurs, Marinesco a reproduit très exactement les expériences de Demole chez le chat, et ces auteurs ont pu constater que l'injection d'une très faible quantité de chlorure de calcium dans la paroi latérale du IIIe ventricule suffit à provoquer un état hypnique d'une durée d'une demi-heure à une heure. Lorsqu'on augmente la teneur calcique, et qu'on injecte au lieu de 1 milligramme 2 milligrammes ou 2 milligrammes et demi, le sommeil se poursuit pendant une durée qui atteint au maximum huit heures. Fait intéressant, et qui démontre bien la relation étroite de l'état hypnique avec l'injection, le sommeil commence trois minutes aussitôt après l'injection. Il semble donc bien que les expériences de Demole soient absolument démonstratives.

Lorsque, au lieu d'injecter une solution calcique, on injecte une solution de potassium, on observe également la production d'un sommeil prolongé; ce fait semble en contradiction avec les expériences de Demole, car cet auteur a mis en valeur précisément l'opposition complète des effets du potassium avec ceux du calcium. Tandis que le premier détermine la somnolence, le sommeil, le second provoque, au contraire, un état d'excitation. A la vérité, cette contradiction est plus apparente que réelle. En effet, Marinesco et ses collaborateurs ont, eux aussi, constaté l'apparition d'un état d'excitation chez l'animal injecté au potassium, mais à cet état fait suite un sommeil qui ne dure pas moins de quatre à cinq heures.

Il est probable que les observations de Demole n'ont pas été assez longuement poursuivies, sans quoi le neurologiste suisse aurait abouti aux mêmes conclusions que Marinesco.

Traitement de
l'OBÉSITÉ
considérée comme Maladie
par carence diastasique
par les dragées
de

COLLOÏDINE LALEUF

LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49 Avenue de la Motte-Picquet _ Paris

Nouvelle adresse : **20 rue du Laos, PARIS-XVe**

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. — Pancrépatine Laleuf
Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf
Mycolactine Sauvin. — Iodatoxine Laleuf
Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

Les auteurs des présentes recherches se sont posé la question de savoir si la simple piqûre de la région basale du IIIe ventricule suffisait à elle seule, sans l'injection calcique ou potassique, à déterminer le sommeil. Leurs recherches ont porté sur treize animaux. Dans dix cas, l'expérience a répondu à leur attente et l'animal traumatisé s'est endormi, mais, contrairement au sommeil qui survient à la suite de l'injection calcique par exemple, l'état hypnique ne se manifeste que relativement tard, après la piqûre, c'est-à-dire deux à trois heures après le traumatisme.

De ces recherches on peut donc conclure que les ions calcium favorisent certainement l'apparition du sommeil, tandis que les ions potassium exercent tout d'abord une influence inhibitrice. Dans les deux cas, le sommeil tardif serait dû beaucoup moins à la substance chimique injectée qu'au traumatisme direct de la paroi ventriculaire. Partant de ce principe que les ions calcium et potassium possèdent, chacun, une influence spéciale sur les nerfs, Marinesco et ses collaborateurs ont recherché quelle pouvait être l'influence de la polarisation anodique et cathodique sur la paroi du IIIe ventricule, et ils ont constaté que la polarisation anodique de la paroi latérale du IIIe ventricule au point d'élection détermine un véritable sommeil, lequel commence immédiatement et se montre très profond, analogue en cela au sommeil calcique.

La polarisation cathodique, au contraire, ne détermine aucune véritable action inhibitrice. Enfin, dans un dernier chapitre, les expérimentateurs exposent les résultats de leurs recherches sur l'injection de substance étrangère dans les ventricules latéraux. De celles-ci il résulte que l'injection d'ergotamine ou de chlorure de calcium détermine un sommeil typique qui commence cinquante minutes après l'injection et dure de deux à cinq heures. L'injection de choline et de chlorure de calcium dans le ventricule latéral détermine également un sommeil prolongé. Pour ce qui est de la région exacte où doit porter le traumatisme et l'injection calcique pour provoquer le sommeil le plus rapide et le plus profond, Marinesco et ses collaborateurs pensent que cette région comprend, avant tout, la paroi latérale du IIIe ventricule et se limite en avant par un plan vertico-frontal qui coupe par le chiasma, et, en arrière, par un plan vertical qui passe par les corps mamillaires. En haut, la région sensible est limitée par un plan qui affleure à la région sous-thalamique. Dans la zone sensible se trouvent ainsi compris les noyaux juxtaforniciens, les noyaux propres du tuber et les noyaux paraventriculaires. On peut faire remarquer, au point de vue de la localisation des lésions qui provoquent l'état hypnique que les altérations de la couche optique, souvent invoquées comme cause de sommeil pathologique, n'ont jamais déterminé expérimentalement le sommeil. Il en est de même des lésions traumatiques du corps strié.

Recherches expérimentales sur le problème du sommeil. (Sture Berggren et Möberg. *Acta psych. et neurol.*, 1929, vol. IV, f. 1.) — Cet intéressant mémoire est consacré, comme le précédent, à l'exposition des résultats des recherches expérimentales pratiquées en vue de déterminer la région la plus sensible du dispositif qui préside à la fonction hypnique. Les expériences ont porté sur le chat. De celles-ci il résulte qu'une injection d'une faible quantité de chlorure de calcium détermine rapidement chez l'animal, soit la somnolence, soit le sommeil, quand l'injection atteint les noyaux infundibulaires ou leur entourage, ou encore les noyaux hypothalamiques du tuber cinereum.

Lorsqu'on injecte dans la même région du cerveau une solution isotonique de chlorure de potassium, la conséquence est la même et le sommeil survient lorsque la substance chimique a atteint la région du tuber cinereum.

Si l'on injecte une plus grande quantité de la solution isotonique calcique ou potassique, on peut observer des effets opposés. La simple piqûre du *tuber cinereum*, de même que la lésion traumatique du mésocéphale, un peu en avant du point d'émergence des nerfs moteurs oculaires communs, peut être suivie d'un état hypnique caractérisé. Ce dernier fait est à souligner et tout à fait conforme aux résultats de l'expérience anatomo-clinique qui a montré, dans un grand nombre de cas, que les lésions destructives de la partie postérieure du IIIe ventricule, dans les régions qui avoisinent les noyaux oculo-moteurs, provoquent un sommeil prolongé.

Au point de vue de la localisation exacte de la région la plus sensible, les auteurs concluent que la zone d'élection comprend les noyaux infundibulaires et les noyaux hypothalamiques.

On le voit, les recherches que nous venons d'exposer se superposent très exactement à celles de Marinesco et de ses collaborateurs et, aussi bien les secondes que les premières, confirment la notion, à la base du diencéphale, d'un centre régulateur de la fonction hypnique.

La chronaxie du faisceau pyramidal de l'homme. (G. Bourguignon. *Revue neurol.*, avril 1929, p. 590.) — L'auteur a pu assez aisément exciter, par voie transcérébrale, le faisceau pyramidal chez l'homme. Pour se faire, on fixe à la nuque une électrode impolarisable et on se sert comme électrode différenciée de l'électrode en argent chloruré dont on fait usage, en général, pour l'examen chronaxique des muscles de la face. Cette électrode est posée sur l'œil fermé du côté opposé au membre que l'on étudie.

L'étude de la chronaxie ainsi obtenue montre qu'il existe un véritable isochronisme des systèmes moteurs central et périphérique chez le sujet normal. Au contraire, dans les circonstances pathologiques, l'isochronisme est détruit et fait place à un hétérochronisme entre le système pyramidal et le système neuro-musculaire périphérique. Lorsque le faisceau pyramidal est lésé, la chronaxie périphérique se modifie, comme se modifie celle du muscle quand le neurone moteur périphérique est altéré ; mais il faut retenir qu'entre le système pyramidal et le système spinal moteur il existe un lien beaucoup plus lâche qu'entre le nerf et le muscle.

Le fonctionnement de tous les systèmes moteurs admet ainsi un hétérochronisme entre le système pyramidal et le système périphérique beaucoup plus grand que n'en admet le fonctionnement neuro-musculaire entre le nerf et le muscle.

SÉMIOLOGIE NERVEUSE

Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. (Claude et Baruk. *Encéphale*, juin 1928.) — On a trop oublié, semble-t-il, l'existence de certaines crises qui rappellent le sommeil pathologique mais s'en différencient par l'impossibilité d'interrompre par des excitations assez fortes l'état pathologique du sujet. Il s'agit de ces crises de catalepsie que ceux qui, autrefois, à la Salpêtrière, étudiaient l'hystérie, ont eu l'occasion d'observer assez fréquemment.

Ces crises cataleptiques sont-elles le privilège exclusif de l'hystérie et ne peuvent-elles accompagner d'autres processus psycho-pathologiques? Tel est le problème que posent les auteurs en s'appuyant sur 20 observations, quelques-unes tout à fait caractéristiques.

Henri Claude et Baruk montrent que les crises cataleptiques peuvent s'associer à des perturbations psychiques importantes, consistant dans une désagrégation et une dissociation psychiques de nature catatonique. Le pronostic ainsi que l'évolution sont essentiellement différents selon qu'il s'agit de catalepsie hystérique ou catatonique. En effet, les crises de catatonie sont souvent le prélude de l'évolution de la démence précoce; d'autres fois elles constituent des manifestations périodiques, généralement de longue durée, et qui résistent aux méthodes thérapeutiques habituelles. Dans le

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrine hémisynthétique

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris et Oxyures et tous helminthes et protozoaires = cent Gouttes ou deux Perles

Trichocéphales et Tænias = deux à trois cents Gouttes ou six à huit Perles

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par L gouttes.

Prescrire :

CHRYSÉMINE (gouttes). — La dose quotidienne à prendre en *une seule fois* le matin à jeûn dans un peu de lait ou d'eau sucrée pendant 3 à 5 jours consécutifs. — Renouveler la cure après un repos de 8 jours, en augmentant progressivement les doses ci-dessus au cas où les premiers résultats paraîtraient insuffisants.

CHRYSÉMINE (perles glutinées). — La dose quotidienne en *une seule fois* également, pendant deux ou 3 jours consécutifs.

Échantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

principe, la catalepsie catatonique est évidemment d'un pronostic moins sévère que celui de la démence précoce vrai, mais il faut reconnaître qu'il n'est pas rare que des crises catatoniques aboutissent par leur répétition à déterminer un état de désagrégation psychique chronique qui s'insère légitimement dans le cadre de la démence précoce.

Aussi bien dans la crise de catalepsie hystérique que dans la catalepsie catatonique, la perte de conscience du sujet n'est qu'apparente. Les malades observés par les auteurs disent, en effet, qu'ils entendent ce qui se passe autour d'eux et qu'ils sont simplement incapables d'agir. D'autres signalent pendant la crise un défilé incoercible d'idées et d'images qui inhibent toute activité volontaire et les maintient dans l'immobilité. Dans tous ces cas, le processus psychologique essentiel demeure le même, constitué qu'il est par l'atteinte du psychisme volontaire et la libération d'une activité inférieure et automatique.

Dans l'hystérie comme dans la catatonie, le processus morbide désagrège la même fonction et aboutit à la dissociation psycho-motrice.

Contribution à la psycho-pathologie et à la clinique de la soi-disant difficulté de la lecture d'origine congénitale. (GÜNTHER, MAX. *Zeit f. Kind.*, 1928, vol. XXXIV, p. 582.) — Il est établi depuis longtemps que certains enfants présentent une difficulté tout à fait anormale et pathologique de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. S'agit-il ici d'une séquelle ou d'un syndrome ébauché d'aphasie, ou bien est-on en face d'une agnosie?

En se basant sur l'étude d'un cas clinique ayant trait à un sujet qui dans la première enfance avait présenté une hémiplégie droite, accompagnée plus tard de crises d'épilepsie jacksonienne limitée à la bouche et aux lèvres, l'auteur pense contrairement à Potzl, que la difficulté de la lecture n'a rien de commun avec une agnosie, au sens propre du terme. Ce qui fait défaut à ces sujets, c'est la faculté de pouvoir mettre en séries les différentes lettres et syllabes et de les accorder au rythme et à la mélodie du langage. On ne s'étonnera pas d'observer chez ces sujets, non seulement une difficulté extrême de la lecture et de l'écriture, mais encore une lenteur dans la représentation des deux côtés du corps.

Par un côté ces sujets sont asomatognosiques et ont beaucoup de peine à distinguer le côté droit d'avec le côté gauche. Nous retrouvons ici, un élément capital au point de vue psychopathologique, lequel, ainsi que Schilder, Lhermitte, Gabrielle Levy et J. de Massary l'ont montré, joue un rôle essentiel dans l'aphasie et dans l'apraxie.

Rigidité parkinsonienne. Étude clinique et expérimentale. Des effets de la stramoine, de l'hyoscine et des autres alcaloïdes. (CARMICHAEL, E. ARNOLD et F. H. GREEN. *Quart. Journ. méd.*, 1928, vol. XXII.) — Dans ce travail qui est basé sur 20 observations cliniques, les auteurs confirment la valeur thérapeutique de la stramoine donnée à grosses doses dans les syndromes parkinsoniens. Cette substance diminue la rigidité et augmente la facilité et la rapidité des mouvements volontaires. Il semble que, parallèlement, l'activité motrice est également améliorée. L'influence sur le tremblement semble nulle. L'hyoscine se montre plus active en injection sous-cutanée que par voie buccale. Les malades atteints depuis longtemps de maladie de Parkinson, sont plus sensibles à l'intoxication par l'hyoscine ou le datura que les post-encéphalitiques.

CERVEAU

Parkinsonisme dans l'artério-sclérose. (MACDONALD CRITCHLEY. *Brain.*, 1929, vol. LII, fasc. 1, p. 23.) — Ce très important travail est consacré à l'étude des manifestations parkinsoniennes consécutives à l'artério-sclérose cérébrale. Après avoir rappelé les travaux de ses devanciers, l'auteur propose la division suivante. Dans un premier groupe, il faut ranger les cas qui sont caractérisés par la rigidité musculaire, l'immuabilité des traits, la marche à petits pas. Dans le second groupe se rangent les syndromes acinéto-hypertoniques associés aux manifestations pseudo-bulbaires, c'est-à-dire avec dysarthrie, dysphagie, pleurer et rire spontanés. On peut à la rigueur subdiviser ce second groupe en deux classes, suivant qu'est intéressée ou non la voie pyramidale. La troisième catégorie doit inclure les cas où, au syndrome parkinsonien, s'associe la régression démentielle accompagnée généralement d'incontinence des urines et des matières. Le type 4 concerne le syndrome pyramido-pallidal, caractérisé par un mélange, en proportion variée, de rigidité extrapyramidale et d'hypertonie pyramidale. Enfin, dans la dernière classe, se groupent les variétés du syndrome palido-cérébelleux. Critchley décrit ensuite de la manière la plus complète les différents symptômes isolés du syndrome parkinsonien artério-sclérotique. C'est dire qu'il insiste tout spécialement sur l'attitude du sujet et les modifications si spéciales du tonus musculaires qui conditionnent l'attitude cataplectique et en partie l'akinésie.

L'auteur a étudié également l'influence d'une injection très faible de cocaïne au point moteur du muscle, selon la technique de Walshe, et il a pu constater, dans les cas de rigidité artério-sclérotique, qu'une injection de novocaïne dans le deltoïde, diminue considérablement l'hypertonie mais que celle-ci, malgré sa réduction, reste encore parfaitement décelable.

Très justement Critchley insiste sur ce fait, qu'à l'inverse de la maladie de Parkinson sénile, les syndromes parkinsoniens artério-sclérotiques ne s'accompagnent que de peu de manifestations hypercinétiques tels que le tremblement, la chorée, l'athétose, la stéréotypie, l'échopraxie, la palipraxie, la préhension forcée, la préhension itérative. Contrairement aussi à la paralysie agitante sénile, les syndromes akinéto-hypertoniques de l'âge avancé s'accompagnent, très généralement, d'une régression considérable des fonctions mentales qui va jusqu'à la démence la plus certaine.

Un des chapitres des plus intéressants et le plus nouveau du travail de Critchley, se rapporte à la physiologie pathologique des syndromes parkinsoniens des artério-scléreux. Malgré l'étude dont il a été l'objet, le mécanisme de l'akinésie de la raideur, de la perte des mouvements associés et automatiques, est encore entouré de beaucoup de mystère. Il est intéressant de noter tout d'abord, que la rigidité musculaire qui fait le fond du parkinsonisme des artério-scléreux est soumise plus directement à l'influence psychique que la rigidité de la paralysie agitante banale. L'hypertonie musculaire persiste dans les états d'assoupissement du cortex cérébral et on a pu en relever l'existence dans le sommeil le plus profond.

Un des phénomènes les plus frappants du syndrome parkinsonien des artério-scléreux consiste dans la difficulté de la dénervation musculaire, c'est-à-dire de l'inhibition volontaire des muscles, d'une part, et dans l'inversion consciente ou sub-consciente de la formule de contraction. On veut dire par là, qu'un des désordres les plus fréquents du syndrome parkinsonien artério-sclérotique tient dans une sorte de négativisme moteur ou d'opposition, tout à fait analogue aux modalités que l'on connaît dans les démences précoces.

Si l'on vient, par exemple, à demander au sujet de relâcher les extenseurs d'un membre, on est surpris de voir que, malgré l'intention du sujet, le groupe des extenseurs renforce son tonus de posture, et que parfois même, ce groupe musculaire, dont on commande le relâchement, se contracte vigoureusement.

L'auteur étudie également avec grand soin le phénomène de la catatonie. Sous ce terme qui est employé dans un sens tout à fait différent en France, il faut entendre, selon les auteurs britanniques, la persistance des attitudes imposées passivement au sujet; cette persistance est liée, on le sait, à l'exagération des réflexes de posture et à l'augmentation du

REMINÉRALISATION RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS, DU PHOSPHATE TRICALCIQUE NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES — Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS — 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ — 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

tonus d'adaptation et de fixation, selon les termes mêmes employés par Foerster.

Les syndromes parkinsoniens des artério-scléreux s'éloignent d'assez loin de la véritable maladie de Parkinson au point de vue clinique, mais les différences s'accusent encore davantage lorsqu'on envisage le terrain de l'anatomie pathologique. Ici, en effet, contrairement à la paralysie agitante de Parkinson, dans laquelle les lésions vasculaires sont réduites au minimum, les syndromes parkinsoniens artério-sclérotiques sont marqués par la diffusion et l'intensité des lésions du système vasculaire cérébral, et particulièrement du réseau vasculaire qui irrigue le corps strié et les formations qu'il domine. Les lésions atteignent surtout le globus pallidus, le striatum, et beaucoup plus discrètement le locus niger. Les lésions pallidales, pour marquées qu'elles soient, ne doivent pas cependant, être regardées comme le seul élément qui rende compte des apparences cliniques car, en général, les lésions ne se limitent pas au segment interne du noyau lenticulaire. D'ailleurs, la symptomatologie clinique ne peut pas être mise en rapport avec une lésion exclusive du système strié. On peut en voir une preuve décisive dans les modifications considérables de la sphère mentale que Critchley a analysées avec beaucoup de netteté. De plus, il faut tenir compte, ainsi que le note l'auteur, non pas seulement des altérations morbides dont le cerveau est le siège, mais encore des lésions de l'appareil musculaire lui-même, qui sont assez souvent rencontrées à titre de complications du parkinsonisme artério-sclérotique, et que Lhermitte a décrites sous le nom de myo-sclérose progressive des vieillards.

Sur un type anatomo-clinique spécial d'atrophie cérébrale et cérébelleuse suraiguë avec foyers nécrotiques disséminés. (G. GUILLAIN et I. BERTRAND. *Rev. neur.*, avril 1929, p. 577.) — Le présent mémoire est consacré à l'étude d'un cas unique de son espèce et qui semble témoigner d'une maladie nouvelle et inconnue dans son essence. L'observation se rapporte à un malade de quarante-quatre ans, dirigé sur la Salpêtrière avec le diagnostic de paralysie générale. En réalité, malgré le déficit de la mémoire, la difficulté du calcul, l'affaiblissement de l'attention, le diagnostic psychologique n'inclinait pas vers la paralysie générale. En effet, l'autocritique était conservée, la parole hésitante et monotone s'éloignait franchement de celle de la paralysie générale. Du côté des membres, on relevait un tremblement à grandes oscillations avec dysmétrie donnant l'impression d'un tremblement intentionnel. Les réflexes tendineux étaient vifs, les réflexes superficiels normaux. L'examen oculaire se révélait complètement négatif tout de même que les réactions sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien.

A plusieurs reprises, le malade présenta des crises d'épilepsie généralisée à la suite desquelles les troubles psychiques s'accusèrent accompagnés d'une hébétude profonde. Enfin, le sujet tomba dans un état de mal épileptique et succomba dans le coma, avec une température de 40 degrés.

A l'autopsie, on fut frappé par l'épaississement considérable de la pie-mère cérébrale qui ne contenait aucune granulation. Après l'ablation de la lepto-méninge, les circonvolutions cérébrales apparaissaient extrêmement diminuées de volume, surtout dans les régions frontale et rolandique. Les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes avaient un aspect grenu tel qu'on le voit dans la sclérose corticale.

Le cervelet également était le siège d'une atrophie importante surtout portant sur le vermis et le lobe quadrilatère. Les pédoncules cérébelleux se montraient atrophiés et l'aqueduc de Sylvius considérablement distendu. On pouvait penser qu'il s'agissait ici d'une de ces formes d'atrophie cortico-cérébelleuse telle qu'on le voit chez le vieillard ou chez l'artério-scléreux; il n'en était rien et l'examen anatomique pratiqué avec le plus grand soin et avec les méthodes les plus récentes, montra l'existence de lésions très particulières dans le cortex cérébral Ce qui frappe, en effet, sur les coupes, c'est l'existence de nodules nécrotiques dont le diamètre atteint à peine un demi-millimètre. De forme ovalaire, et de contours parfois polycycliques, ils apparaissent doués d'une faible réfringence et d'une affinité particulière pour la fuschine et la cochenille.

Au sein de ces nodules, le tissu cérébral a complètement disparu et est remplacé par l'accumulation de sphérules à contours imprécis et de faible réfringence.

A la périphérie, se montrent des formes filamenteuses, tubuleuses qui rappellent des gaines de myéline en voie de dégénérescence mais sans en présenter les réactions tinctoriales caractéristiques. Ces formations curieuses et encore énigmatiques siègent surtout dans la sixième couche corticale, mais les noyaux gris centraux n'en sont pas indemnes. Ici, les nodules se montrent calcifiés et occupent fréquemment le centre de lacunes de désintégration. On peut noter également l'infiltration des tuniques artérielles par des sels calcaires.

Les auteurs se sont demandé si ces formations nodulaires nécrotiques n'étaient pas liées à la prolifération d'un elément figuré, d'une mycose. Il semble bien qu'il n'en soit rien. Nous sommes donc ici en présence d'une lésion très spéciale dont l'étiologie reste un mystère. En tout cas, tant au point de vue clinique qu'anatomique, le cas rapporté doit être retenu car il est propre à susciter de nouvelles recherches.

La symptomatologie des tumeurs du lobe frontal basée sur une série de 22 cas. (KUBISTECK. *Arch. of neur.*, 1928, vol. XX, p. 559.) — Les tumeurs du lobe frontal, ainsi que l'a très bien montré Clovis Vincent, sont parmi les plus fréquentes des tumeurs de l'encéphale et souvent les plus difficiles à dépister au début de leur développement.

On sait que les troubles psychiques sont considérés, on peut dire par tous les neurologistes, comme les éléments les plus importants de la symptomatologie; ils ne font presque jamais défaut. On a beaucoup discuté sur la qualité de ces perturbations mentales, et la question est toujours pendante de savoir si les lésions destructives de la partie antérieure des hémisphères se traduisent par un syndrome psychologique spécial? Selon l'auteur, il n'en serait rien et, d'après son expérience, étendue, la lésion du lobe frontal ne conditionnerait pas par elle-même les perturbations mentales. Les néo-formations frontales agiraient sur l'encéphale tout entier pour créer les modifications de l'humeur, du caractère, de l'intelligence, et de la personnalité, telles qu'elles sont décrites dans tous les manuels de neurologie.

L'auteur base sa conclusion sur le fait que le drainage et l'ouverture des kystes néoplasiques suffisent souvent à déterminer la disparition des troubles psychiques, d'une part, et sur le fait que l'on peut observer un syncrome mental identique dans les tumeurs siégeant dans les régions les plus diverses du cerveau. Enfin, il faudrait tenir grand compte de la personnalité pré-morbide du sujet.

Sécrétion lactée et diencéphale. (RIESE WALTER. *Klin. Wochr.*, 1928, vol. II, p. 1955.) — L'influence des maladies du système nerveux central sur la sécrétion mammaire, n'est attestée encore que par peu d'observations. André Thomas a montré, par exemple, que, dans la syringomyélie cervico-dorsale, on pouvait observer une augmentation de la glande mammaire du côté le plus atteint, accompagnée d'une exaltation considérable de la sécrétion lactée. C'est là l'indication de la répercussion que peut avoir une lésion médullaire sur la sécrétion.

On pouvait se demander si l'encéphalite épidémique qui a fait apparaître tant de modifications d'ordre végétatif, et dont le retentissement sur les glandes sexuelles n'est plus sujette à discussion aujourd'hui, ne serait pas capable, par les lésions mésocéphaliques qu'elle provoque, de déterminer les perturbations de la sécrétion mammaire. L'observation de M. Riese montre qu'il en est bien ainsi.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr30 par Capsule

CÈDRE DU MAROC

CED-ROC

HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Cette observation a trait à une femme de vingt-cinq ans, qui fut atteinte d'encéphalite léthargique typique au cours de laquelle elle manifesta une très forte excitation sexuelle. Plus tard les règles devinrent irrégulières, puis on constata, chez cette patiente, une sécrétion d'apparence lactée des deux glandes mammaire. Par la pression du mammelon, on pouvait faire sourdre très facilement plusieurs gouttes d'un liquide ressemblant au colostrum. La glande mammaire gauche sécrétait plus que la droite. Six mois après la maladie, la malade prit un embonpoint exagéré.

Il semble bien que nous nous trouvons dans cette observation la preuve de l'influence des lésions diencéphaliques, tout ensemble, sur le tissu cellulo-adipeux et sur la sécrétion lactée.

Encéphalite chronique. (George RIDDOCH. *Journ. of ment. science*, 1928, n° 303, vol. LXXIII, p. 582.) — Dans cet exposé, le neurologiste anglais insiste surtout sur la participation des glandes endocrines et des segments inférieurs du névraxe dans l'encéphalite épidémique. Les épidémies récentes ont montré, en effet, que l'encéphalite pouvait se poursuivre pendant de longues années et frapper beaucoup moins le cerveau que la moelle épinière. Dans ces cas, à la vérité très rares, mais qu'il faut connaître car ils sont confondus souvent avec la sclérose multiple, le tableau clinique est celui d'une paraplégie spastique progressive.

L'auteur signale également qu'il a observé non seulement des malades qui après un épisode aigu prirent un embonpoint pathologique en même temps que se manifestaient des désordres de la sphère sexuelle, mais aussi des sujets chez lesquels l'encéphalite se marqua par un syndrome basedowien avec amaigrissement. Enfin, il faut savoir que l'encéphalite chronique peut sembler guérir alors qu'elle poursuit sournoisement son évolution. Celle-ci pourtant peut être dépistée par l'existence d'une asthénie très prononcée, dont les caractères cependant s'éloignent de ceux de la myasthénie.

Contribution à l'étude du syndrome du noyau rouge. (DE GIACOMO, UMBERTO. *Riv. di Path. nerv. e ment.*, 1928, vol. XXXIII, p. 568.) — Il s'agit d'un enfant de six ans qui fut frappé brusquement d'accès palustres à plasmodium vivax.

Quelques jours après le début de la maladie, survinrent des douleurs très violentes dans le cou et dans la région occipitale, puis apparut le ptosis du côté gauche accompagné d'incertitude des mouvements, de tremblement du bras et de la jambe droits. A cette période, survint également une somnolence profonde, laquelle disparut au bout de quelques jours en même temps que s'atténuaient les manifestations fébriles. A cette phase de stabilisation, l'examen objectif faisait apparaître les traits les plus significatifs du syndrome du noyau rouge décrit par Henri Claude en 1914 : paralysie de la IIIe paire du côté gauche, caractérisée par le ptosis, la mydriase, la déviation du globe en dehors, et d'autre part, l'hypotonie, le tremblement et l'ataxie des membres supérieurs et supérieurs contro-latéraux, contrastant avec la conservation de la force musculaire.

Ce syndrome semble se rapporter ici à une lésion de l'artère inférieure du noyau rouge ayant abouti à la création d'un foyer hémorragique limité.

Syndrome hépato-encéphalique. Transformation kystique des noyaux des cellules hépatiques. (P. GUIRAUD. *Encéphale*, avril 1928, p. 277.) — On sait que Lipschutz a soutenu que, dans certaines maladies, le noyau cellulaire est porteur du virus pathogène. Dans l'herpès expérimental de la cornée, on voit se développer dans les noyaux des formations spéciales, des micro-kystes qui résultent de la dégénération nucléaire. Le réseau chromatique a disparu et l'on peut mettre en évidence, par la méthode de Giemsa, des corpuscules que l'on peut interpréter comme l'apparence morphologique du virus.

Dans les syndromes hépato-encéphaliques, pareille constatation n'a pas encore été faite, aussi l'observation de l'auteur est-elle à retenir. Elle a trait à un jeune sujet épileptique atteint, en outre, de syndrome parkinsonien. Or, chez ce sujet qui succomba à l'âge de dix-sept ans à la tuberculose pulmonaire, Guiraud put mettre en évidence dans le foie, des formations kystiques constituées de la manière suivante.

A un faible grossissement les noyaux des cellules hépatiques présentent une hypertrophie irrégulière de leur membrane qui se colore intensément; celle-ci enveloppe une sphère presque entièrement vide. Sur la face interne de la membrane, on trouve presque toujours un ou deux épaississements acidophiles qui sont les restes du nucléole. Le corps cellulaire s'hypertrophie en même temps que le noyau kystique, mais dans des proportions beaucoup moins grandes.

On peut rapprocher la morphologie de ces formations de l'aspect des noyaux des cellules névrogliques géantes constatées par Alzheimer dans la pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell.

CERVELET

La sclérose lamellaire du cervelet (HANON, L. JULIO. *Semana med.*, 1928, vol. XXXV, n° 3, p. 143.) — Cette lésion qui a été décrite par André Thomas n'est pas d'une exceptionnelle rareté dans l'âge avancé et se traduit généralement par des troubles de la marche et de la coordination des membres supérieurs assez discrets.

L'auteur a eu le mérite de rechercher cette altération chez les sujets atteints de maladies mentales et il a pu retrouver deux cas de sclérose lammellaire dans la démence sénile, un cas dans la mélancolie, et un cas dans la paranoïa.

Macroscopiquement, la lésion se traduit par des foyers de sclérose au niveau desquels les lamelles cérébelleuses apparaissent extrêmement amincies, tandis que les vaisseaux et les méninges sont normaux.

L'examen histologique des zones sclérosées fait apparaître l'atrophie ou la disparition des cellules de Purkinje, l'amincissement de la couche granuleuse, la dégénération chronique des fibres de la substance blanche, enfin la multiplication des astrocytes, dans les différentes couches.

D'après l'auteur, cette lésion cérébelleuse ne peut être reconnue pendant la vie en raison de la discrétion des symptômes qu'elle provoque. La difficulté ou même l'impossibilité du diagnostic s'explique très bien ici d'autre part par la coexistence de troubles mentaux qui s'opposent à un examen neurologique complet et précis, lequel seul permet d'authentiquer les syndromes cérébelleux, surtout lorsque ceux-ci se manifestent à l'état fruste, ainsi qu'il en est toujours du syndrome que provoque l'atrophie lamelleuse d'André Thomas.

Hémangiome du cervelet et de la rétine. (CUSHING, HARVEY, and PERCIVAL BAILEY. *Arch. of ophtalm.*, 1928, vol. LVII, p. 447.) — La maladie de Lindau est caractérisée par la combinaison d'une angiomatose du cervelet et de la rétine et semble d'une exceptionnelle rareté.

Les neuro-chirurgiens américains, dont l'expérience est très étendue, n'ont pu retrouver qu'un exemple caractéristique de cette curieuse affection.

Il s'agit d'un homme de trente ans qui fut opéré d'une tumeur du cervelet, tumeur que l'on a considérée comme un gliome, puis comme un véritable angiome.

Cinq ans après l'opération, on constata chez le sujet le développement d'un angiome rétinien. Cet angiome n'existait-il pas au moment de l'opération? Cela est peu probable, mais non impossible, car l'examen ophtalmoscopique n'avait pas été pratiqué après la dilatation pupillaire complète.

MOELLE ÉPINIÈRE

Étude clinique et anatomique sur la pathogénie de la sclérose multiple. (PETTE. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 1928,

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure

Huile Grise VIGIER à 40 %
en flacons et en ampoules.
Huile au Calomel VIGIER
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.
Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.

Suppositoires d'Huile Grise VIGIER
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg
Lactermol VIGIER
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).
Sirop Iodermol VIGIER
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le
Savon Dentifrice VIGIER

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 36.823
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

SULFOÏDOL ROBIN
Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules
ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Lactolaxine FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
Littérature et Echantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

vol. CV, p. 76.) — Depuis la guerre il semble que les cas d'encéphalomyélite disséminée aiguë se soient multipliés et la question s'est posée, en France et à l'étranger, de savoir s'il est légitime d'intégrer les cas d'encéphalomyélite disséminée dans le cadre de la sclérose en plaques. En France, la plupart des auteurs admettent que la sclérose multiple peut assez fréquemment présenter un caractère aigu, soit au début de son évolution soit à sa phase ultime; dans les cas de ce genre, les malades succombent à une véritable myélite ascendante aiguë.

L'auteur reconnaît qu'il existe des points de contact importants entre l'encéphalomyélite aiguë disséminée et la sclérose en plaques mais défend cette idée qu'il s'agit là d'une même affection.

En réalité, le diagnostic entre la sclérose multiple et l'encéphalomyélite se base surtout sur l'évolution morbide, ce qui est un élément distinctif tout à fait insuffisant.

Pour ce qui est de la nature et de la pathogénie de la sclérose en plaques, Pette se rallie, après avoir étudié personnellement le problème anatomique, à l'opinion qui prévaut en général aujourd'hui, à savoir que la sclérose multiple est en réalité une encéphalomyélite liée à un virus neurotrope. Les lésions semblent débuter dans la moelle, puis s'étendre selon l'axe longitudinal de celle-ci, atteindre ensuite le cerveau en placards disséminés.

L'auteur se garde bien de ne pas interroger en même temps que la moelle et le cerveau, les ganglions, les méninges et les nerfs périphériques. Plus souvent qu'on ne le dit, ces appareils sont porteurs de lésions inflammatoires; ce qui démontre la parenté étroite de la sclérose en plaques avec les autres modalités d'encéphalomyélite aiguë, telles qu'on les observe dans la varicelle et la vaccine, par exemple.

Syndrome syringomyélique associé avec une syphilis héréditaire cérébro-spinale. (Garvey. *Arch. of Neur.*, 1928, vol. XX, p. 887.) — Il a été signalé à plusieurs reprises que la syringomyélie légitime, pouvait s'associer avec un processus syphilitique en activité sur la moelle. Personnellement, nous avons déjà eu l'occasion d'observer un fait de ce genre; mais, dans l'observation de l'auteur, il s'agit de tout autre chose. Ici le malade âgé de quarante ans, qui présentait depuis une vingtaine d'années les signes caractéristiques d'une syringomyélie dorsale, fut amélioré très rapidement par un traitement antisyphilitique. La marche qui était ataxique redevint normale, les mains cyanotiques au début reprirent leur couleur normale, mais les atrophies musculaires et les rétractions ne furent pas influencées, de même que la réaction sérologique, puisque deux ans après l'institution du traitement, le Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et le sang, se montrait encore franchement positif.

Quelques aspects anatomo-pathologique de la myélite herpétique expérimentale. (Rob. Bing et Bern. Walthard. *Arch. Suisses de neur. et de psychiat.*, 1928, vol. XXII, p. 3.) — Ainsi que Rose et Walthard l'ont montré les premiers, il est aisé d'obtenir une inoculation positive du virus herpétique à la plante du pied du cobaye. Dans ces conditions, l'infection se propage par la voie des nerfs jusque dans la moelle, de même que l'infection herpétique de la cornée se poursuit par les nerfs ciliaires jusque dans le cerveau du lapin. Or, et c'est le point sur lequel insistent particulièrement les auteurs, le virus se propage non pas en suivant les cylindraxes mais les lymphatiques des nerfs. Parvenu à la moelle, dans les cornes postérieures et les cordons postérieurs, le virus prolifère et donne naissance à des foyers inflammatoires myélitiques, lesquels peuvent, dans certains cas, aboutir à la formation d'un véritable abcès.

L'infection se poursuit par voie ascendante jusqu'au bulbe mais rarement atteint le cerveau. Ce processus inflammatoire est curable, et chez les animaux qui survivent, on peut observer une restauration presque complète des fibres et des cellules nerveuses. L'état grumeleux du protoplasma des cellules nerveuses et la prolifération modérée des cellules satellites sont les seuls témoignages du passage de l'infection.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des formations pseudokystiques des nerfs radiculaires et des ganglions spinaux. (Benassi. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1928, vol. XXXIII, p. 586.) — En 1913, Lhermitte et Pascano constataient sur les ganglions de nombreux vieillards la formation de cavités kystiques produites par la distension des gaines qui enveloppent le nerf radiculaire, probablement sous l'influence directe d'une hypertension céphalo-rachidienne prolongée. Malheureusement, ces auteurs n'ont pas pu superposer au tableau anatomique une expression clinique.

Benassi a pu observer une malade âgée de cinquante ans qui, depuis plusieurs mois se plaignait de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Plus tard, à l'élément douloureux se joignit un élément parétique. Les réflexes tendineux des quatre membres étaient abolis, mais la sensibilité objective n'était que peu troublée.

A l'autopsie, l'auteur constata l'existence d'une arachnoïdite calcaire accompagnée de formations kystiques radiculo-ganglionnaires.

Ce fait témoigne de l'intérêt qu'il y a, chez les sujets âgés, à interroger l'état des réflexes et de la sensibilité, et au lieu de porter aussi facilement qu'on le fait aujourd'hui le diagnostic de tabes devant une aréflexie généralisée, accompagnée de douleurs articulaires, de pratiquer une rachicentèse de manière à déceler une hypertension céphalo-rachidienne à symptomatologie spinale, dont les formations radiculaires kystiques sont la conséquence fréquente.

Sur quelques formations particulières pseudo-kystiques des nerfs radiculaires et des ganglions spinaux. (Verga. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1927, vol. XXXII, fasc. 5, p. 732.) — Du travail précédent il nous paraît intéressant de rapprocher les recherches de Verga, qui ont porté sur 14 ou 15 sujets ayant succombé à des maladies diverses. L'auteur a retrouvé les formations kystiques de Lhermitte et Pascano dans plusieurs cas. Malheureusement, la symptomatologie de ces formations est assez difficile à établir en raison de l'état fruste sous lequel elles se présentent. Verga, de même que Benassi, pense que les paresthésies, les troubles de la marche que l'on voit si souvent chez les sujets âgés ont pour répondant anatomique les formations pseudo-kystiques qui ont été décrites précédemment.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Etude sur les septinévrites à ultravirus neurotropes. (Nicolau, O. Dimancesco-Nicolau et A. Galloway. *Annales de l'Inst. Pasteur*, janv. 1929.) — Depuis longtemps, la question s'est posée de savoir quelle était le rôle des nerfs périphériques dans l'extension des maladies virulentes; et de nombreuses expériences ont été tentées dans le but de démontrer la réalité du cheminement des agents figurés de l'extrémité des membres vers leur racine et la moelle epinière, par la voie des nerfs périphériques.

Les auteurs du présent mémoire qui est appelé à un grand retentissement, envisagent le problème sous une tout autre face. En effet, ce que les auteurs de ce travail cherchent à démontrer, c'est l'extension des maladies virulentes du cerveau et de la moelle épinière vers la périphérie, par la voie des nerfs périphériques. Sous le terme de septinévrite, les auteurs entendent la généralisation par la voie des nerfs d'un agent pathogène invisible qui produit ainsi des lésions dans les troncs nerveux et leurs ramuscules, aussi bien que dans les neurones qui siègent dans les plexus et dans les viscères.

La notion de septinévrite à virus ultramicroscopique est ainsi l'homologue de la notion de septicémie. Nicolau et ses





HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES



MODE D'EMPLOI :

En cas d'hyperchlorhydrie :
4 Comprimés, 1 heure avant le repas.

En cas d'acidité par fermentation secondaire :
4 Comprimés, 2 heures après les repas.

collaborateurs ont pu réaliser diverses modalités de septinévrites dont les plus importantes sont : les septinévrites de la maladie de Borna, les septinévrites vaccinales, herpétiques, poliomyélitiques, et rabiques. Lorsqu'on injecte dans le cerveau d'un lapin II à III gouttes d'une émulsion virulente provenant d'un lapin ayant succombé à la maladie de Borna, on constate que l'infection diffuse non seulement très rapidement dans le cerveau, mais qu'elle s'étend également à tout le système nerveux périphérique. Il se produit ainsi des lésions ganglionnaires et radiculaires, des névrites interstitielles périphériques, lesquelles sont bien dues à la diffusion du virus puisque l'injection, après broyage d'un fragment des nerfs du bras ou de la patte, détermine, chez un autre animal, l'encéphalo-myélite enzootique.

Il est un point d'anatomie extrêmement intéressant qui est signalé avec insistance par les auteurs de ce travail; c'est l'inclusion de corps de Jœstdegen dans l'intérieur des noyaux des cellules nerveuses qui constituent les amas ganglionnaires des nerfs périphériqnes et des viscères. On constate, en effet, la présence de ces corpuscules dans les ganglions plexiformes du pneumogastrique par exemple, aussi bien que dans les éléments nerveux qui forment les masses ganglionnaires des plexus cardiaque, aortique et péribronchique. Nous tenons ainsi la preuve que la maladie de Borna est vraiment une septinévrite, c'est-à-dire une maladie conditionnée par la diffusion du virus à tout le système nerveux central, périphérique et viscéral. Il en est de même pour ce qui est du virus herpétique qui appartient au même groupe que celui qui cause la maladie de Borna. Ici encore, la dispersion du virus herpétique peut s'effectuer aussi bien de dedans en dehors que de dehors en dedans. Si l'on transporte ces résultats expérimentaux à la clinique elle-même, il est donc permis de penser que les éruptions d'herpès névraxique et d'herpès récidivant ne sont que des manifestations secondaires liées au processus de la septinévrite localisée au tronc nerveux de la région intéressée.

A l'heure où le problème de l'encéphalite vaccinale préoccupe tant d'esprit, les résultats expérimentaux de Nicolau et de ses collaborateurs retiennent l'attention. Si l'on injecte, comme l'ont fait ces auteurs, le virus vaccinal dans le cerveau on produit très facilement un ensemble de réactions caractéristiques de l'encéphalite. Mais, l'infection vaccinale ne se limite pas au cerveau, elle s'étend rapidement, gagne les nerfs périphériques où l'on constate des lésions de névrites interstitielles, dès le huitième jour. Ces lésions sont bien dus à l'infection vaccinale puisque, si l'on innocule dans le cerveau d'un lapin neuf, un nerf du bras, on observe 8 résultats positifs sur 9.

On sait depuis les expériences de Flexner et Lewis, que l'injection du virus poliomyélitique dans un nerf périphérique du singe, parvient par voie centripète nerveuse jusque dans la moelle où il engendre les lésions caractéristiques de la maladie de Heine-Medin. Dans le cerveau du singe, on peut faire apparaître d'une manière inconstante mais indiscutable, des lésions dans les nerfs périphériques. Ici encore, on constate des altérations de névrite interstitielle qui montrent que le virus poliomyélitique, non seulement peut s'étendre de la périphérie vers le centre mais du centre vers la périphérie.

Ces résultats expérimentaux sont du plus grand intérêt pour les neurologistes, car depuis vingt ans, le problème des formes névritiques de la maladie de Heine-Medin a été posé. A la lumière des expériences de Nicolau et de ses collaborateurs, on comprend beaucoup mieux qu'autrefois la possibilité d'une atteinte nerveuse périphérique, grâce au concept de la septinévrite.

La rage qui n'est pas sans affinités avec la poliomyélite se comporte de la même façon que cette maladie. Introduit dans le cerveau du lapin, le virus rabique peut être retrouvé dans les nerfs périphériques, d'une manière inconstante, il est vrai. Aussi bien le virus rabique des rues que le virus fixe se disséminent dans l'économie par voie exclusivement nerveuse.

On le voit, les expériences de M. Nicolau intéressent non seulement les biologistes mais aussi les médecins. Elles nous éclairent sur le mécanisme de nombre de complications nerveuses dont la genèse demeurait mystérieuse, et nous engagent ainsi dans une voie nouvelle qui semble pleine de promesses.

LE SYMPATHIQUE

Sur la dépigmentation, de l'iris dans les maladies du système nerveux [hétérochromie irienne d'origine neurogène]. (Bistis. *Arch. d'ophtalm.*, 1928, vol. XLV, p. 569.) — En se basant sur un grand nombre de cas pathologiques qui font depuis les maladies de la moelle, telles que la syringomyélie, la poliomyélite jusqu'aux lésions chirurgicales du sympathique en passant par les blessures cervicales, l'auteur considère que le problème de la dépigmentation de l'iris dans les maladies nerveuses possède aujourd'hui sa solution positive et que, dans les lésions qui intéressent le sympathique cervical ou ses neurones originels spinaux, on peut observer non seulement la dépigmentation de la peau innervée par le sympathique altéré, mais surtout des cheveux et de l'iris. L'hétérochromie irienne constitue donc un signe positif en faveur d'une affection à laquelle participe le sympathique cervical et doit être recherchée systématiquement dans les cas de syndrome de Claude Bernard Horner.

Cependant, la mise en évidence de l'hétérochromie pathologique n'est pas toujours aisée car, chez nombre de sujets, la coloration irienne est très différente d'un côté à l'autre. C'est dire qu'on ne peut affirmer réellement la réalité de l'hétérochromie de l'iris, si l'on n'a pas pratiqué, avant l'apparition de la lésion sympathique, un examen attentif de la coloration de la membrane irienne.

La polynévrite aiguë fébrile compliquée de la participation du sympatique cervical. (Fragnito. *Riv. di neur.*, 1928, vol. I, p. 117.) — Vers la fin de la dernière guerre, Gordon Holmes décrivit une affection, en apparence nouvelle, qui sévissait sur les troupes anglaises du front français. Cette affection était caractérisée par les troubles moteurs qui s'accusaient particulièrement sur les muscles de la face et du pharynx, et se compliquaient de complications gastro-intestinales. L'ensemble clinique évoquait l'idée d'une polynévrite dont l'étiologie n'apparaissait pas clairement. Depuis lors, un certain nombre d'observations sont venues confirmer la description primitive de Holmes.

Pour sa part, Fragnito a pu observer trois cas nouveaux de cette affection. L'auteur pense qu'il s'agit réellement d'une polynévrite périphérique et est porté à admettre que la porte d'entrée du virus est à chercher dans le tractus digestif. Les troubles moteurs sont plus marqués que les troubles sensitifs et ne se limitent pas, ainsi que les premiers observateurs l'avaient fait remarquer à la musculature de la face, du pharynx et des yeux. Les atrophies musculaires demeurent modérés et l'évolution de la maladie s'effectue généralement vers la guérison.

Sur les troubles des fonctions de l'estomac dans la sclérose multiple. Contribution à l'étude de l'hypertonie limitée et de l'hypersécrétion gastrique. (Leo Hess und Josef Faltitschek. *Med. Klin.*, 1928, p. 538.) — Dans les travaux antérieurs, Hess s'est attaché à démontrer que certaines maladies nerveuses, telles que la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson, ne limitaient pas leur action pathologique aux appareils de la vie de relation mais frappaient également, bien qu'à un moindre degré, les organes de la vie végétative et particulièrement le tractus digestif.

On a pu décrire ainsi, un type spécial de constipation liée à l'agression du virus de la sclérose en plaques sur le système sympathique abdominal. Dans ce travail, les auteurs ont

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressés
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boulᵈ Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-78.
R. C., 133, Aubenas.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)
C. R., 44.342, Seine.

HYPERTENSIONS
& TOUS LES ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE
OLÉTHYLE -BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
GELULES
AMPOULES
Echantillons et Littérature
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Fg St-Honoré - Paris
R. C., 134.569, Seine

LIPOÏDES H.I.
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES
GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.
LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

recherché dans 23 cas de sclérose en plaques, s'il existait des modifications de la sécrétion de l'estomac au moyen du repas d'épreuve ; et cette recherche a montré que, dans la majorité des faits, la sécrétion gastrique était hyper-acide et que la motricité de l'estomac était nettement augmentée.

Ces phénomènes moteurs et sécrétoires peuvent être mis sur le compte, tous deux, d'un état d'excitation du système parasympathique, d'autant que ces troubles digestifs s'allient souvent aux troubles génitaux et vésicaux.

La fréquence avec laquelle la sclérose en plaques atteint le bulbe rachidien, rend très bien compte de l'excitation anormale du système vagal.

Étude clinique et expérimentale sur le rôle du sympathique dans l'étiologie de l'hétérochromie irienne. (MANKOWSKI. *Arch. f. psychiatr.*, 1928, vol. LXXXIV, p. 552.) — Le problème d'une hétérochromie irienne conditionnée par des lésions du système nerveux est encore discuté aujourd'hui. Certains auteurs, comme Heine la met en doute. D'autres, tel que Kaufmann, admettent sa légitimité. Lorsqu'on pratique l'exérèse du ganglion cervical supérieur, on constate une dépigmentation de l'iris en même temps qu'un syndrome de Claude Bernard-Horner du côté opéré. La dépigmentation irienne peut être vérifiée facilement par l'étude histologique.

LES MUSCLES

La myasthénie. (Pierre BOURGEOIS. *Th. de Paris*, 1929, Maloine.) — L'ouvrage de M. Bourgeois constitue une mise au point très précise et très complète de cette curieuse affection qu'est la myasthénie d'Erb-Golgflam. Après avoir rapporté en détails les symptômes cliniques de la maladie, et bien montré que la myasthénie vraie diffère toujours des syndromes myasthéniques et névropathiques par la plus grande fixité des troubles moteurs, l'influence moindre de la fatigue et surtout l'existence d'autres symptômes associés que présentent ces derniers, l'auteur aborde le point de vue biologique.

L'injection du sérum de myasthénique à l'animal par voie péritonéale ou sous-cutanée est toujours négative. Quant au dosage du calcium sanguin, les résultats sont trop variables pour qu'on puisse en tirer une conclusion. Le liquide céphalo-rachidien demeure toujours normal et l'injection de ce liquide à l'animal par voie intracérébrale s'est toujours montrée négative. Enfin, la recherche de la réserve alcaline pratiquée avant l'apparition de la fatigue, aussi bien que lorsque la parésie est survenue, ne montre que d'insignifiantes variations.

On ne saurait non plus tirer d'indications précises de l'étude du système végétatif, même en employant les tests pharmacodynamiques classiques. Les variations du système neurovégétatif, qui ne sont jamais considérables, inclinent peut-être légèrement dans le sens de la vagotonie mais sans qu'il s'agisse là d'un véritable déséquilibre.

Quant aux résultats anatomiques, ils apparaissent essentiellement décevants, et malgré les colorations électives qu'il a pratiquées sur le système nerveux central, Bourgeois n'a pu mettre en évidence aucune lésion qui mérite d'être rapportée ici. Il en va de même pour ce qui est des glandes vasculaires sanguines et particulièrement du thymus. La seule lésion vraiment importante se retrouve sur les muscles : dégénération pigmentaire, infiltration lymphocytaire. L'auteur a pratiqué également l'étude électrographique des muscles striés et il a constaté l'existence du rythme de Piper au cours des mouvements volontaires. Après la fatigue, le muscle asthénique présente une diminution de l'amplitude des ondes secondaires, mais l'étude parallèle de la fatigue, chez l'individu normal et le myasthénique, a fait voir à l'auteur qu'il n'existe pas de différence de nature entre la fatigue myasthénique et la fatigue normale.

Tous ces faits démontrent que, dans une longue période de son évolution, le syndrome d'Erb-Goldflam demeure un simple trouble fonctionnel musculaire caractérisé essentiellement par une lenteur excessive du retour du muscle à l'état normal lorsqu'il a été surmené.

Au point de vue thérapeutique, la seule méthode qui ait donné quelques succès consiste dans l'injection d'extrait de surrénale totale, à la dose de 10 à 40 centigrammes en vingt-quatre heures. Cette médication agit, alors que l'adrénaline se montre absolument inopérante.

Ajoutons enfin, que l'administration de foie de veau semble un utile adjuvant à l'injection d'extrait total de surrénale lequel constitue, on ne saurait trop le répéter, une véritable médication d'urgence.

Une forme de myasthénie grave avec modifications du système nerveux central. (Mac ALPINE. *Brain*, vol. LII, f. 1, p. 6.) — Ainsi qu'on a pu le voir dans l'analyse ci-dessus, la myasthénie grave ne comprend guère de modifications graves du système nerveux central et tout se borne généralement à l'existence d'infiltrations lymphocytiques dans les muscles striés. Aussi, l'observation anatomo-clinique rapportée dans le travail de Mac Alpine est-elle d'un très grand intérêt.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans qui présenta les symptômes d'une myasthénie grave typique sans qu'on pût retrouver dans ses antécédents un agent étiologique capable d'expliquer la maladie. En particulier, on ne retrouvait dans l'anamnèse aucun symptôme permettant de suspecter une séquelle d'encéphalite épidémique. L'apparence clinique ne laissait aucun doute sur la réalité de la myasthénie : ptosis, faiblesse des muscles orbiculaires des paupières, fatigue intense et paralysie à la suite de la répétition des mouvements prédominant surtout dans les muscles du larynx, du pharynx et de la langue. La mort survint brusquement au cours de phénomènes bulbaires.

L'autopsie montra l'existence d'une hypertrophie du thymus, hypertrophie qui est assez fréquemment constatée dans la myasthénie légitime. Histologiquement les fibres musculaires n'étaient pas lésées mais étaient dissociées par des infiltrations lymphorragiques. Au contraire le cortex cérébral, la substance blanche et les ganglions basilaires se montraient envahis par une dégénération mucoïde très importante. On sait que cette dégénération consiste dans l'accumulation, soit au sein des cellules névrogliques hypertrophiées, soit dans les mailles de la névroglie, d'une certaine substance qui se colore en rouge par le mucicarmin, ainsi que l'a montré le premier Grynfelt. Cette dégénération se poursuivait, atténuée, dans le tronc cérébral même. Mais les lésions de la moelle apparaissaient encore beaucoup plus intéressantes, et Mac Alpine relevait l'existence d'altérations considérables des faisceaux spinaux. Dans la région de la moelle cervicale, les branches de l'artère spinale antérieure se montraient entourées d'une gaine lymphatique distendue à l'excès par l'accumulation prodigieuse de cellules lymphocytoïdes. Beaucoup de vaisseaux de la substance grise présentaient également le même aspect. Les cellules de l'espace périvasculaire formaient cinq ou six assises superposées.

Il existe donc, selon l'auteur, et l'on ne peut que se rallier à son opinion, une forme spéciale de myasthénie qu'on ne peut distinguer cliniquement de la myasthénie d'Erb-Golgflam, et qui est caractérisée anatomiquement par une infiltration intense des vaisseaux spinaux par des éléments lymphocytiques.

Cette infiltration, jointe à la dégénération mucoïde, évoque immédiatement l'idée de l'encéphalomyélite épidémique ; et l'on peut se demander si les cas analogues à celui qu'a étudié Mac Alpine, ne sont pas en réalité la conséquence d'une encéphalite épidémique anormale.

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.





EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

R. C., 127.006, Seine.

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Les alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	par cuillerée à café.

PRODUITS "SANDOZ", 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e

M. CARILLON, pharmacien de 1re classe

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

Recherches histopathologiques dans l'amyotrophie d'origine neurale. (Arthur SLAUCK. *Klin. Woch.*, 1928, t. II, p. 2245.) — Tous les auteurs qui ont étudié les myopathies d'origine spinale ont été frappés par ce fait que l'atrophie musculaire frappe électivement certains faisceaux laissant aux autres leur structure et leurs fonctions normales, pendant un certain temps. La conservation dans un muscle atrophié d'un grand nombre de faisceaux musculaires physiologiquement normaux rend compte de ce fait que, très souvent, la réaction de dégénérescence fait défaut dans les amyotrophies neurales.

Quelle est la cause de l'électivité du processus pour certaines régions très limitées du muscle? Tel est le problème que se pose Slauck.

Selon cet auteur, lorsqu'on examine des muscles en voie d'atrophie chez des sujets atteints de sclérose latérale amyotrophique, on constate que les champs atrophiés comprennent un certain nombre de fibres qui s'étagent de 10 à 80. C'est dans ces territoires atrophiés que se développent les contractions fibrillaires ou fasciculaires caractéristiques de la maladie. On pourrait comprendre l'électivité de l'atrophie s'il était démontré que la dégénérescence frappe électivement certains groupes très limités de neurones moteurs dans la moelle épinière; mais il n'en est rien, et le processus semble bien diffus aux cornes antérieures. De telle sorte qu'il paraît bien plus vraisemblable d'admettre que la répartition de l'atrophie dans un muscle donné est commandée par la répartition des fibres terminales de l'axone moteur.

Si cette conclusion est exacte, nous devons admettre qu'une fibre motrice, issue d'une cellule radiculaire antérieure, pourvoit à l'innervation d'un paquet de fibres musculaires assez étendu.

Cette conclusion s'harmonise parfaitement avec les données de la physiologie qui montrent que l'accroissement des effets d'une excitation électrique portée sur le nerf est dû, non pas à l'augmentation du courant qui passe dans chaque fibre nerveuse mais dans l'augmentation du nombre des éléments nerveux engagés dans le courant.

THÉRAPEUTIQUE

Les résultats de l'irradiation röntgénienne de la syringomyélie. (KEIJSER, und J. MARTINI.) — Cette étude porte sur un grand nombre de cas puisque 58 parmi ceux-ci purent être contrôlés. Sur 48 malades traités, 40 accusèrent une amélioration subjective très nette. Dans 24 cas, on put observer également une régression des symptômes objectifs. Le reste des cas ne fut pas influencé.

La rœntgenthérapie de la syringomyélie. (E. GIESE et V. OSSINSKY. *Ann. de rœntg. et radiol.*, 1929, t. II, fasc. 1, p. 127.) — Depuis les premiers faits positifs apportés par Raymond, Gramegna, Lhermitte et Beaujard, la radiothérapie a été appliquée sur un grand nombre de malades atteints de syringomyélie. D'une manière générale, les résultats se sont montrés très favorables. Cependant, quelques critiques sont venus qui ont voulu apporter de grandes restrictions à l'application de ce traitement. En effet, il faut reconnaître que dans un certain nombre de faits, la radiothérapie s'est montrée absolument impuissante, non seulement à faire rétrocéder les symptômes de la cavité médullaire mais même à en arrêter l'évolution. Ces insuccès sont dus à ce qu'on confond sous le terme de syringomyélie bien des processus différents. Par exemple, et nous en avons observé personnellement un cas avec Gilbert Robin, la radiothérapie a été mise en œuvre contre des cavités médullaires qui n'étaient pas liées à la destruction d'une masse gliomateuse mais à la distension du canal épendymaire.

Il est évident que, dans les cas de ce genre, tout traitement physique est impuissant; aussi le travail des auteurs russes doit-il être bien accueilli parce qu'il apporte des observations prises avec grand soin et qui témoignent clairement de la rétrocession des troubles moteurs trophiques et sensitifs.

Sur 7 malades traités, 6 ont observé immédiatement une amélioration très sensible de la motricité des membres inférieurs. La sensibilité tactile s'est modifiée également très vite car, dans 3 cas, un changement complet des troubles de la sensibilité fut relevé ainsi que le démontrent les schémas annexés au précédent travail. Il faut noter aussi l'amélioration de la trophicité musculaire des extrémités supérieures et la restauration des mouvements des mains.

Selon les auteurs, l'ancienneté de la maladie ne doit pas être considérée comme une contre-indication au traitement, car 3 malades qui souffraient depuis cinq, sept et treize ans, furent plus sensibles que 3 autres sujets chez lesquels le début de la maladie remontait seulement à deux, trois et quatre ans. L'application profonde des rayons X serait, d'après les auteurs, la seule méthode qui procurerait des résultats thérapeutiques satisfaisants.

Cette dernière conclusion semble bien contestable et en opposition avec les résultats observés par les premiers radiologistes qui observèrent la rétrocession des troubles moteurs sensitifs et trophiques de la syringomyélie, après l'application de rayons X de moyenne pénétration.

Le traitement de la syringomyélie par les rayons X. (B. L. CHARAPOW. *Ann. de rœntg. et radial.*, 1926, t. II, fasc. 1, p. 133.) — Ce mémoire qui paraît dans le même recuil que le précédent aboutit à la même conclusion générale : à savoir que le traitement de la syringomyélie par les rayons X possède une influence indiscutable sur le rétablissement de la sensibilité à la douleur, la restauration de la force musculaire et des fonctions motrices en général, à condition que l'on observe les règles de la technique radiologique.

Il est intéressant de remarquer que l'auteur n'a pas fait usage de hautes doses de rayons X, en raison de la facilité des lésions cutanées dans la syringomyélie. Ainsi que Beaujard et Lhermitte l'ont indiqué, les doses n'ont pas dépassé 1 ou 2 H par séance, avec un filtre de 3 millimètres d'aluminium.

Les auteurs ne pensent pas que l'ancienneté du processus soit en rapport avec une résistance plus grande du processus morbide à l'influence heureuse de la radiothérapie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 MAI 1929)

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — M. BURTY communique le cas suivant : chez une femme présentant de nombreux fibromes utérins la radiothérapie a tari les hémorragies mais n'a pas empêché l'évolution de l'infection des annexes qui a causé une péritonite généralisée dont la gravité faillit entraîner la mort. La malade, opérée en deux temps, a guéri.

A propos du cerclage métallique de la rotule. — M. MASSART communique l'observation d'un blessé auquel, il y a six ans, avait été fait un cerclage de la rotule. Depuis quelques mois ce blessé recommençait à souffrir du genou. Une radiographie permit de voir que le fil de cerclage s'était rompu en plusieurs fragments. L'ablation du fil brisé a fait disparaître les douleurs. L'auteur pense qu'il faut toujours enlever les prothèses métalliques surtout lorsqu'elles sont placées en des régions mobiles.

Trois trépanations pour syndromes épileptiformes. — M. BRODIER rapporte trois cas de trépanations faits par

M. Mario Béraud (de Blida) pour syndromes épileptiformes. Dans le premier cas, il s'agit d'un blessé de guerre qui présentait des troubles psychiques : la trépanation l'a guéri. Le deuxième cas concerne un paludéen qui avait fait une chute sur la tête et qui, treize ans après, eut des accidents d'épilepsie généralisée et d'épilepsie partielle : la trépanation l'a amélioré; il s'agit là d'un cas mixte où l'épilepsie névrose a plus de part que l'épilepsie traumatique. Le troisième cas est celui d'un dégénéré épileptique congénital : la trépanation n'a déterminé qu'une amélioration passagère.

Le signe de la carphologie sexuelle dans le pronostic chez l'homme des traumatismes graves du crâne. — M. Dupuy de Frenelle fait un rapport sur un travail de M. Mario Béraud (de Blida). Celui-ci décrit un signe qui s'observe généralement chez les blessés du crâne dans le coma. Le sujet porte les mains sur les organes génitaux, et saisissant entre ses doigts le scrotum ou plus souvent le prépuce exerce sur ces organes des tractions. D'après l'auteur, la constatation de ce signe comporte pour le blessé un inévitable verdict de mort.

Sept cas de gastropexie. — M. V. Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Max Manon (de Toulon). L'auteur a fait sept gastropexies pour relâchement de l'estomac; ses malades ont été soulagés ou guéris. C'est une opération que le chirurgien ne pratique pas assez souvent. Le rapporteur résume les indications de la gastropexie.

Un cas de sarcome de l'humérus ayant abouti à la production d'un syndrome d'anémie pernicieuse. — M. Mornard fait un rapport sur cette observation de MM. Scheikevitch et Uteau (de Biarritz). Il s'agit d'un syphilitique ayant subi en 1925 une désarticulation de l'épaule pour sarcome et qui, en 1928, fit une sévère angine de Vincent suivie d'une anémie grave ayant entraîné la mort en quelques mois. Les auteurs rattachent l'anémie au sarcome pensant que l'une et l'autre affection ont pour points communs : l'origine infectieuse probable et la nature conjonctive de la néoplasie. Le rapporteur pense au contraire qu'il s'agit là d'un cas d'agranulocytose de Schuiz consécutive à l'angine nécrotique ulcéreuse de Vincent.

Les kystes de la région hypophysaire : intrasellaires, sus-sellaires et mixtes. — M. Bourguet fait une étude de ces kystes en partant des données embryologiques. Il explique comment ces diverses variétés de kystes peuvent dériver de la poche rachidienne, de la portion nerveuse ou de la zone intermédiaire.

Sur un cas de polydactylie. — M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une enfant de six mois présentant une main droite avec sept doigts dont deux médius et un doigt surnuméraire cubital informe, inséré à l'auriculaire. L'auriculaire et l'annulaire sont fusionnés. La main gauche a deux médius. Les orteils du pied droit sont en nombre normal. Le pied gauche a six orteils dont deux orteils à la place du cinquième et qui sont insérés à un métatarrien unique. Cet enfant est mort subitement sans avoir été opéré. La théorie atavique peut expliquer la pathogénie de cette polydactylie.

Fracture transtrochantérienne du fémur vissée par trois vis. — M. Dupuy de Frenelle présente un coureur cycliste chez qui il a « vissé » une fracture transtrochantérienne par trois vis; soixante jours après l'opération le blessé a fait 40 à 50 kilomètres par jour à bicyclette. Il a retrouvé toute sa musculature. Ce cas démontre la supériorité de l'opération sur l'immobilisation plâtrée lorsqu'on veut la récupération intégrale de la musculature et de la souplesse articulaire. L'auteur insiste sur la nécessité de ne pas dénuder la face externe du trochanter. Une simple incision doit suffire. Pour orienter la vis, il se sert d'un guide-vis, plaque dont les griffes encadrent les contours du grand trochanter. Sur cette plaque est soudé un tube dont la direction prolonge l'axe du col du fémur. Les vis, munies d'une mèche perforatrice, sont vissées directement dans l'os à l'aide du plante-vis de l'auteur et sans forage préalable.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE DES SYMPTOMES OBÉSITÉ, STÉRILITÉ, MIGRAINES, DANS LES INSUFFISANCES OVARIENNES (1).

Par le docteur Alice Ulrich Lévy.

L'obésité, les migraines périodiques, la stérilité font partie du syndrome hypoovarien dont ces trois symptômes sont une manifestation fréquente. Aussi un traitement susceptible de les influencer efficacement peut-il être considéré comme énergiquement agissant sur l'ovaire lui-même, que sa méiopragie soit d'origine infectieuse, kystique, scléreuse ou toxique.

Les médications galéniques, sans action directe sur l'ovaire, ne peuvent intervenir que très accessoirement; beaucoup plus actif, parce que causal, est le traitement endocrinien, que l'auteur emploie sous forme des extraits d'ovaire dissociés (agomensine et sistomensine), dans les cas d'insuffisance ovarienne simple et sous forme d'extrait spermatogénétique (androstine) lorsque l'obésité occupe une place prépondérante. Administrée par voie buccale ou par voie hypodermique, cette opothérapie permet une médication adaptée à chaque cas dont les résultats, souvent brillants, n'excluent pas pour cela les adjuvances kinésithérapiques ou hydrothérapiques utiles.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire (2), par L. Dufourmentel. Préface de M. le professeur Sebileau.

Un rappel anatomique, un exposé physiologique clair et précis sont les prémices indispensables à l'étude de la chirurgie de toute articulation. Dufourmentel a sacrifié avec bonheur à cette règle.

Etudiant ensuite les arthrites aiguës, subaiguës ou chroniques de l'articulation temporo-maxillaire, Dufourmentel insiste sur leur étiologie multiple, mais surtout sur leurs séquelles, le trismus, les déviations mandibulaires et les ankyloses.

Le *trismus* est une constriction sans ankylose. Eliminant les trismus symptomatiques d'un tétanos ou réactionnels de phlegmons voisins périmandibulaires ou périamygdalo-pharyngiens, Dufourmentel étudie : *a*. les constrictions d'ordre musculaire qui cèdent en général à une dilatation progressive et continue; *b*. les rétractions cicatricielles qui nécessitent auparavant des résections libératrices du tissu fibreux.

Les *déviations mandibulaires d'origine articulaire* peuvent être le fait d'ostéomes, mais surtout de déformations anatomiques acquises ou congénitales.

Le *prognathisme* en particulier, dont Dufourmentel fait une intéressante étude. Le traitement en est la résection bilatérale des condyles maxillaires. Si celle-ci est immédiatement suffisante, le succès est assuré; s'il persiste une béance antérieure, l'articulé des arcades dentaires nécessite pour son rétablissement un appareil-guide.

Les *fractures avec déplacement, les luxations irréductibles* ou récidivantes sont justiciables du seul traitement chirurgical : ablation des fragments ou méniscectomie.

Quant à l'*ankylose temporo-maxillaire*, Dufourmentel expose sa technique de résection libératrice avec modelage qui lui a

(1) *Progrès méd.*, 2 mars 1929, n° 9.

(2) In-8 de 228 pages et 69 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

assuré de nombreux succès, grâce au traitement mécanothérapique complémentaire.

Dufourmentel envisage également la correction des atrésies mandibulaires consécutives à une ankylose dans l'enfance. Une ostéotomie du corps maxillaire « en marche d'escalier » lui a donné des résultats intéressants.

Ce livre, d'une lecture facile et agréable, dépasse le cadre Manuel et se rapproche du Traité. Dufourmentel a su éliminer les exposés historiques, et il a fait œuvre *utile* en mettant au service des chirurgiens les fruits d'une grande expérience.

La simplicité même de l'exposition est un témoin d'une connaissance approfondie d'une chirurgie spéciale sinon négligée, du moins en général mal connue.

P. TRUFFERT.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

VARIOLE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT [1]

3. **Varioles hémorragiques.** — Particulièrement fréquentes au cours de certaines épidémies, se voient chez les débilités. Elles sont primitives ou secondaires.

a. *Variole hémorragique primitive* :

Incubation généralement courte.

Invasion. — Deux formes :

1. *Forme foudroyante* qui tue en vingt-quatre à trente-six heures avant qu'un rash ait pu se produire.

Signes généraux intenses, délire, coma.

Autopsie : quelques suffusions sanguines dans les muqueuses et sous les séreuses.

2. *Variole hémorragique avec rash* plus fréquente succédant souvent à un rash astacoïde, au troisième jour, apparaît un purpura plus ou moins généralisé. Puis d'autres hémorragies apparaissent : hémorragies sous conjonctivales, phlyctènes sanguinolentes, hémorragies buccales, épistaxis, hématuries, etc.

Mort dans des phénomènes généraux et hémorragiques graves en deux ou trois jours, tantôt dans le coma, tantôt par syncope ou collapsus avec hypothermie.

Eruption. — Il est possible que quelques éléments éruptifs puissent apparaître.

b. VARIOLE HÉMORRAGIQUE SECONDAIRE. — Le processus hémorragique ne survient qu'au début de l'éruption ou pendant la suppuration.

Premier cas. — L'éruption sort mal, la température ne tombe pas. Les papules sont dures, petites avec à leur sommet un point ecchymotique.

Lorsque les vésicules se forment, elles se remplissent de sang.

Dès l'approche des hémorragies, l'éruption s'arrête dans son évolution.

La mort survient en deux ou trois jours dans le coma ou le collapsus.

Deuxième cas. — Dans le deuxième cas, la maladie a été normale, quand, brusquement les pustules se remplissent de sang.

La suppuration avorte. Le malade meurt au septième ou huitième jour.

La guérison, par atténuation progressive des sujets est exceptionnelle.

c. VARIOLE DE LA FEMME ENCEINTE. — Grave pour la mère. Grave pour l'enfant. L'avortement se produit à partir du troisième mois. L'enfant, s'il naît, peut être immunisé ou au contraire faire une éruption le plus souvent mortelle.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 59, p. 1074.

COMPLICATIONS

Rares dans les varioles discrètes.

Se voient surtout :

1. Dans les varioles infectées;
2. Dans les varioles graves, confluentes, hémorragique

Complications cutanées. — Ectyma, abcès.

Complications respiratoires. — Laryngites, bronchites, broncho-pneumonies.

Complications cardiaques. — Myocardite dans formes graves.

Complications digestives. — Exanthème buccopharyngé. Parotidite. Syndrome dysentériforme.

Complications rénales. — Albuminurie simple, de règle au début.

Néphrite aiguë assez fréquente au moment de la convalescence.

Complications sensorielles. — L'œil est assez souvent atteint de *kératite ulcéreuse*, l'oreille d'*otite moyenne suppurée.*

DIAGNOSTIC

Difficile surtout au début des épidémies.

Au début, se baser sur le frisson, la rachialgie, les vomissements, l'angoisse.

Eliminer la *pneumonie*, l'*érysipèle* qui ont un début analogue.

La *méningite cérébrospinale* à cause de la rachialgie.

A cause des rashs, on pourra discuter la *rougeole* et la *scarlatine*. Mais ces rashs ont une topographie et une évolution spéciales.

Dans d'autres cas c'est un diagnostic étiologique de *purpura* qu'il faudra faire.

Au stade d'éruption, le diagnostic de variole est ordinairement facile.

A la période de macule, le diagnostic de *rougeole* peut se poser, de même à la période de papule car il existe des rougeoles boutonneuses.

A la période de vésicule. — Syphilides varioliformes.

Mais surtout :

1. *La varicelle* : signes généraux légers, éléments de tous âges, vésicules plus superficielles. Moins d'ombilication.
2. *La vaccine généralisée d'emblée* : l'éruption est précoce, ces signes généraux sont très peu accusés.

Quant à l'*alastrim* pour beaucoup d'auteurs ce ne serait qu'une varioloïde.

Rappelons que dans la variole, l'examen de la formule sanguine montre de la mononucléose avec myélocytose et que le contenu des pustules inoculé à la cornée de lapin donne de la kératite alors qu'il n'en est pas de même dans la varicelle.

TRAITEMENT

Prophylactique. — Déclaration obligatoire.

Isoler le malade.

Vacciner ou revacciner les personnes de l'entourage.

Au cas d'épidémie, vaccination obligatoire et générale.

Curatif. — Hygiène générale. Soutenir le cœur dans les formes graves.

Antisepsie des téguments. — Médication *xylolée* : c gouttes de xylol par jour chez l'adulte. Le xylol diminue la suppuration. Il a une influence favorable sur la cicatrisation.

Enfin, l'on a tenté avec un certain succès l'emploi de sérum de convalescent.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique — Dialyl — Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés
o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LORIENT. — Un concours pour un emploi de médecin suppléant des hôpitaux civils de Lorient sera ouvert le lundi 21 octobre 1929, à 9 h. du matin, au siège de la Faculté de médecine de Paris.

Ce concours est réservé seulement aux médecins français, docteurs d'une des facultés de France, exerçant à Lorient depuis un an au moins et âgés d'au moins vingt-cinq ans.

Les candidats devront adresser leur demande d'inscription par lettre recommandée et déposer leurs pièces le 1er octobre 1929, au plus tard, au bureau du directeur des hôpitaux et hospices civils de Lorient.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'arrêté du 6 avril 1929 est complété ainsi qu'il suit :

« Les candidats doivent également justifier :

Pour les sections 1 à 20 inclus, du grade de docteur en médecine ;

Pour les sections 21, 22 et 23, du diplôme d'Etat de pharmacien. » (*J. O.*, 31 juillet 1929.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont s'ouvrira le lundi 4 novembre 1929, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— ROUEN. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de clinique médicale et pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira le lundi 4 février 1930 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Réserve.) — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins commandants Dupretz, Fossier, Jeandelize, Lambert, Roulland, Mabin, Rudler, Beaudet, Mercier, Serr, Margarot, Arne.

MM. les médecins capitaines Wallet, Galtier, Martial-Lagrange, Roustain, Delattre, Deslandes, Philippe, Rongier, Fournier, Thiéry, Bondet, Eck, Grojean, Deronnelle, Lalague, Voisselle, Cloitre, Aurenche, Fohano, Dhotel, Dudon, Gand, Lambert, Durand, Musy, Duchazeaubeneix, Astraud, Baumel, Nicaud, Levant, Rouzaud, Ballivet, Villechaize, Chalard, Gisclard, Froustey, Philippe, Jobelin, Joly, Nilus, Altembach, Busson, Dumas, Soderlindh, Mosnier, Moulinas.

MM. les médecins lieutenants Guillaumont, Walter, Menier, Chataing, Pelle.

M. le médecin sous-lieutenant Calvet.

LE SURMENAGE SCOLAIRE. — M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, médecin du Lycée Louis-le-Grand, est nommé membre de la Commission spéciale chargée de procéder à une enquête sur la question des horaires et du surmenage scolaire.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie a élu :

Au titre de membre titulaire : MM. les professeurs Delrez (de Liége) et d'Hollander (de Louvain).

Au titre de membre correspondant belge : MM. les docteurs Max Cheval et Rodhain (de Bruxelles).

Au titre de membre correspondant étranger : MM. les professeurs F. R. Lillie, Donati et Brumpt.

BUREAUX MUNICIPAUX D'HYGIÈNE. — NANCY. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Nancy.

Le traitement alloué est fixé de 28.000 à 37.000 fr. par an.

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE 49, Bd de Port-Royal

— SAINTES. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saintes.

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an. Le titulaire recevra, en outre, une indemnité de 6.000 fr. pour l'inspection médicale scolaire et le service de l'état civil.

Les candidats ont un délai de vingt jours pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

MÉDECINS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES PRÉSENTS A PARIS DURANT LES VACANCES. — Pour répondre aux demandes de nombreux praticiens, le Syndicat nous communique le nom de ses membres présents à Paris.

Jusqu'au 31 août : MM. Aubourg, Chemin, Charlier, Cottenot, Gibert, Le Goff, Lévy-Lebhar, Lifschitz, Nadal, Quivy, Renaux, Thoyer-Rozat.

Du 1er au 15 août : MM. Chéron, Colanéri, Gilson, Haret, Renaudeaux, Schmidt.

Du 15 au 30 août : MM. Beau, Dariau, Moutard, Pernot.

REVUE DES THÈSES

Les Obstructions néoplasiques primitives du canal hépatique (1), par Hassein MOHAVEN.

En se basant sur l'étude d'une observation inédite, due au professeur Forgue, et de 68 cas recueillis dans la littérature, Mohaven expose la question des tumeurs développées sur le carrefour cystico-hépato-cholédoque et en amont de lui jusqu'au hile du foie.

On les rencontre un peu plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, et il ne semble pas que l'on puisse donner un rôle, dans cette apparition, à une éventuelle lithiase antérieure. Elles appartiennent habituellement au groupe des épithéliomas cylindriques ; et, étranglant ou bouchant le canal, elles provoquent une dilatation considérable de son calibre en amont, avec hypertrophie du foie gorgé de bile, laissant le plus souvent la vésicule atrophiée.

Cliniquement, le grand signe qui révèle leur évolution est un ictère progressif, qu'il faudra distinguer de l'ictère catarrhal prolongé et des ictères du cancer de la vésicule et du foie, des diverses obstructions des voies biliaires. surtout du cancer de la tête du pancréas. Le plus souvent, la clinique y est impuissante, et la laparotomie exploratrice (dont le pronostic est réservé dans de semblables circonstances) sera nécessaire pour juger avec certitude.

Au point de vue du traitement, si la tumeur est inextirpable, on pourra parfois tenter une intervention palliative ayant pour but d'éviter la cholémie par une dérivation externe ou interne.

Si la tumeur est extirpable, après en avoir fait l'ablation (qui doit toujours être étendue largement sur les voies biliaires contiguës), on pensera à la restauration fonctionnelle qui pourra être effectuée par l'un des procédés suivants : reconstitution d'un canal sur tube de caoutchouc temporaire; dérivation avec anastomose et abouchement à l'estomac, au duodénum, à l'intestin grêle, avec l'aide d'un tube de caoutchouc ou de la vésicule conservée à cet effet.

La mortalité consécutive est impressionnante (80 à 85 p. 100) causée habituellement par hémorragie ; mais au moins ces interventions peuvent-elles atténuer quelquefois les souffrances physiques et morales du patient.

ANDRÉ GUIBAL.

(1) *Th. de Montpellier*, 1928, n° 15, 82 pages. — Montane, édit.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉQUIVALENCES DU BACCALAURÉAT ET LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE NATURALISÉS

La Commission sénatoriale de l'enseignement a entendu, le 24 juillet, M. le ministre de l'Instruction publique au sujet des équivalences.

M. Léon Bérard, qui, depuis le début de cette affaire, a tenu à apporter au Corps médical l'appui de sa haute autorité, a prié M. Pierre Marraud de renseigner exactement la Commission sur la portée de l'avis émis par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, touchant certaines mesures projetées en faveur des étudiants en médecine naturalisés français.

Il résulte des explications fournies par le Ministre que la mesure envisagée a uniquement pour objet de permettre à un naturalisé en cours d'études de continuer celles-ci jusqu'à ce qu'il ait obtenu son baccalauréat français, ce qu'il ne peut faire à l'heure actuelle, du fait qu'il devient français. Dans tous les cas, aucune dispense du baccalauréat français ne sera accordée aux postulants au diplôme de doctorat d'Etat qui donne seul le droit d'exercer.

Le Comité de l'Association corporative se félicite d'avoir provoqué cette déclaration ministérielle qui empêchera toutes les demandes de dispense déjà préparées dans l'ombre.

Le Comité remercie vivement la Commission sénatoriale de l'enseignement et tout particulièrement M. Léon Bérard d'avoir obtenu une déclaration aussi nette du ministre de l'Instruction publique.

LE COMITÉ DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS.

ASSURANCES SOCIALES

Nous recevons de M. le secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux suivants, la note suivante :

« CONFRÈRES, *méfiez-vous !*

La Caisse générale Mulhouse-Ville a fait paraître dans la plupart des grands journaux quotidiens une annonce par laquelle elle cherche des médecins attitrés.

Nous rappelons aux confrères que le Syndicat médical de Mulhouse, qui groupe la totalité des médecins de la région, est en grève administrative avec cette Caisse.

Il avait — pour terminer le conflit — accepté toutes les conditions financières que lui imposait la Caisse, mais ne peut admettre qu'un médecin marron, engagé pendant la grève, soit gardé par la Caisse à un poste quelconque et la lutte se poursuit sur cette unique question. A la suite de son engagement, ce médecin a d'ailleurs été exclu de la communauté confraternelle.

Les confrères, qui seraient tentés de répondre à cette annonce, sont donc priés de s'adresser, en tout cas avant de prendre n'importe quel engagement, au Syndicat médical de Mulhouse qui les éclairera sur le rôle, pour le moins douteux, que veut leur faire jouer la Caisse générale de Mulhouse-Ville.

Aucun médecin ne doit se laisser tenter par les offres de la Caisse Mulhouse-Ville.

Evitons la fonctionnarisation, encore plus la domestication !

LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS ».

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE

CIBA
Marque Déposée

PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
RÉMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine a résolu le problème de la Médication phosphorée

Trois Formes
Cachets.... à 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés à 0 gr. 25 : 4 » »
Granulé : 2 cuillères à café » »

R. C. 10.694, Lyon.

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND — LYON



Suraliment phosphoré intégral

pour Enfants en bas âge

SOUS SON INFLUENCE :

Les courbes de poids se relèvent ;
le squelette se raffermit ;
l'éruption des dents est activée ;
l'état général devient meilleur.

1/2 à 2 cuillères à café par jour.

◆ ◆ ◆

Littérature et échantillons :
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

173

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons de 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 226-781 B)

XIVe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, 24, 25 et 26 juin 1929 (1).

LA MORT SUBITE MÉDICO-LÉGALE

Rapporteurs : MM. Héger-Gilbert (de Bruxelles), Laignel-Lavastine (de Paris) et de Laet (de Bruxelles).

I. **Système nerveux.** — Jadis, on attachait une grande importance à la congestion ou à l'anémie cérébrale qui ne sont jamais que des causes indirectes de la mort; encore faut-il éliminer les phénomènes hypostatiques cadavériques.

L'*anémie cérébrale* peut être due à des lésions traumatiques (compression ou section de la carotide) ou à une commotion cérébrale provoquant un réflexe vaso-constricteur des vaisseaux de l'encéphale.

La *congestion cérébrale* peut être causée par l'immersion dans l'eau froide en période digestive; parfois cette vaso-dilatation fugace pourra disparaître sans laisser de traces. Elle peut marquer aussi le début d'une méningo-encéphalite.

Méningites. — A côté de la méningite tuberculeuse foudroyante, dans maintes autres formes, les lésions minimes ne sont pas la cause de la mort, mais seulement les témoins de l'infection; les altérations sont d'autant moins nettes que le décès survient plus rapidement; ces méningites étant secondaires, il faut préciser le foyer initial, des plus variable (scarification d'un lupus, ablation de végétations adénoïdes).

Quand la mort suit de très près le début d'une méningite suppurée, à méningocoques par exemple, on peut trouver cependant des nappes purulentes étendues; ces formes ambulatoires sont connues. Les méningites purulentes résultent souvent de fêlures du crâne.

On rencontre aussi des formes non suppurées, soit parce qu'une mort trop rapide empêche l'évolution du processus inflammatoire, soit parce qu'il s'agit de méningites séreuses, causes assez fréquentes de décès subit.

Encéphalite aiguë traumatique. — Immédiate ou tardive, elle peut être provoquée par des troubles vaso-moteurs au niveau d'un foyer de sclérose ou par les intoxications telles que l'alcoolisme.

On voit apparaître parfois chez les épileptiques et chez les traumatisés cranio-cérébraux sans crises d'épilepsie la forme convulsive tardive, à début brusque, pouvant amener la mort rapide par crises subintrantes.

L'*abcès cérébral* évolue insidieusement jusqu'aux accidents aigus mortels. Il peut suivre une fracture du crâne ou des plaies infectées de l'épicrâne, passées inaperçues. Il y a aussi des abcès par contiguïté, près des foyers d'ostéite ou d'ostéomyélite cranienne, près des suppurations de l'oreille ou de la mastoïde, et des abcès métastatiques après une infection chronique plus ou moins éloignée de leur siège (bronchite fétide, tuberculose, bronchectasie).

Les *hémorragies intracraniennes* peuvent toutes provoquer subitement la mort, mais parmi leurs localisations diverses celles de la région du bulbe ou du cervelet sont susceptibles d'amener plus rapidement l'issue fatale.

L'inondation ventriculaire par rupture d'un foyer intraparenchymateux ou d'un vaisseau des plexus choroïdes, l'épanchement par rupture d'une artère lenticulo-striée sont des causes classiques.

Le volume du sang est très variable; il peut s'insinuer parfois dans la substance cérébrale au point de produire un vaste hématome sous-arachnoïdien.

Souvent la lésion causale est impossible à trouver surtout chez les nouveau-nés, les jeunes enfants; il faut toujours chercher systématiquement artérite syphilitique, anévrismes miliaires, athérome.

Les hémorragies cérébelleuses entraînent la mort subite quand l'épanchement sanguin, occupant le plus souvent le centre de l'un des lobes, est assez important; on trouvera presque toujours une lésion de l'artère rhomboïdale.

On peut voir encore l'hémorragie pédonculaire et surtout celle de la protubérance; et, quoique très rare, l'hémorragie bulbaire des scaphandriers, des plongeurs, qui peut se produire aussi par décompression du liquide céphalo-rachidien, engageant ainsi parfois la responsabilité médicale. L'absence de lésions décelables permet d'envisager l'hypothèse de la chute du cervelet sur le bulbe ou celle de phénomènes vaso-moteurs intenses provoquant des troubles fonctionnels graves au niveau du bulbe. E. Sergent contre-indique la ponction lombaire dans les cas d'hémorragie méningée; Laignel-Lavastine préconise la plus extrême prudence dans les tumeurs cérébrales et le mal de Pott.

Les hémorragies méningées sont fréquentes au cours des maladies infectieuses, des hypertensions, notamment chez les cardiaques ou dans les maladies chroniques du poumon. Il faut naturellement toujours rechercher le traumatisme et plus particulièrement l'influence retardée des traumatismes anciens.

Tumeurs encéphaliques. — Toutes peuvent avoir un début insidieux et ne révéler leur existence que fort peu de temps avant une mort imprévue. Ceci varie avec la localisation et les symptômes prémonitoires, pendant la phase d'hypertension céphalo-rachidienne.

Epilepsie. — Tous les paroxysmes comitiaux peuvent amener subitement la mort, qui est cependant plus spéciale aux grandes attaques convulsives.

Il faut rechercher avec soin si elle n'est pas survenue par régurgitation et suffocation, lésions cardiaques ou tumeur cérébrale. Klippel recommande de fixer le diagnostic par l'examen histologique des centres nerveux, quoique les diverses lésions signalées n'aient pas encore un caractère pathogénique net.

On peut envisager ensuite le *complexe neuro-endocrino-humoral*. L'action des humeurs et sécrétions internes sur le système neuro-végétatif est maintenant admise et aide à élucider un certain nombre de cas, les chocs.

Le choc représente bien le prototype de la mort soudaine, imprévue; mais l'interprétation de ce processus est des plus délicate.

Les autopsies de mort par choc sont en général négatives; rarement, des lésions très minimes ou même des micro-lésions permettent d'étayer le diagnostic; il faudra par des recherches dans l'anamnèse du cas recueillir les meilleurs éléments d'appréciation et les confronter avec les données nécropsiques et celles du laboratoire pour arriver à des conclusions souvent très incertaines. Après élimination du « shock » traumatique et du choc opératoire, entraînant une mort qui n'a rien d'imprévu, les auteurs étudient ensuite ces cas troublants où la mort succède à un traumatisme insignifiant, parfois même à une simple excitation superficielle ou à une injection thérapeutique quelconque. C'est la mort par inhibition de Brouardel.

L'acquisition récente du carotis sinus réflexe d'Hering montre que la compression du sinus carotidien provoque un réflexe dépresseur qui peut être le point de départ de divers phénomènes qu'on attribuait jusque-là à l'excitation des vagues. Malgré cela, le rôle de l'excitation des branches terminales, des fibres ou des noyaux de la Xe paire dans la mort subite reste solidement acquis.

Du côté des organes génitaux, l'action inhibitrice se produit chez l'homme par l'intermédiaire du nerf érecteur sacré, dépendance du système vagal pelvien. Chez la femme, l'excitation simple du col utérin ou de la muqueuse utérine ne

(1) *Association de la Presse médicale française.*

suffisent pas à provoquer l'inhibition qui relève d'un autre mécanisme : le déplacement de l'organe, les tiraillements sur les fibres doivent être incriminés.

Mais il ne faut pas voir là toute la pathogénie des accidents mortels; les facteurs préparants d'ordre humoral semblent apporter un élément indispensable.

Quelle que soit l'excitabilité neuro-végétative sous ses diverses formes (vagale pure, hyperorthosympathique, hypersympathique, hyposympathique) qui commandent des réactions vaso-motrices (élévation de la pression sanguine) et humorales (hyperglycémie et hyperadrénalinémie), il semble bien que les troubles de l'état colloïdal jouent un rôle prépondérant quoique difficile à mettre toujours en évidence d'une manière inattaquable. La collaboration nécessaire des conditions humorales avec l'excitation nerveuse est d'ailleurs bien démontrée expérimentalement (Demoor). Les accidents mortels par inhibition surviennent principalement au cours de la période digestive qui apparaît comme un facteur préparant à l'hémoclasie et déclenche un bouleversement de la statique humorale.

Les sécrétions internes jouent un rôle dans ce processus complexe.

Malgré les nombreux cas où la participation de la thyroïde dans un dénouement mortel rapide a été incriminée, il en est peu où son rôle ait pu être nettement démontré. Elle intervient cependant dans l'élaboration des substances nécessaires à l'anaphylaxie : l'absence de fonction thyroïdienne empêche l'apparition du choc anaphylactique si ce dernier n'était déjà préparé avant l'ablation totale de la glande.

Les parathyroïdes ont un rôle tel que leur suppression brusque est capable d'entraîner la mort subite.

L'insuffisance fonctionnelle des capsules surrénales prédispose certainement au décès rapide, par hémorragie intracapsulaire notamment.

L'anaphylaxie sous ses diverses formes peut aussi expliquer certaines morts subites. Heureusement ces cas sont rares : les accidents sériques mortels, par exemple, sont de violents chocs hémoclasiques. La crise nitritoïde des arsenicaux rentre dans cette catégorie à laquelle appartient également l'apoplexie séreuse.

La floculation intracellulaire mise en évidence par Auguste Lumière, quoique très difficile à rechercher, peut fournir l'explication de la mort inopinée sans qu'on puisse voir là cependant une formule trop commode à utiliser en l'absence de toute autre cause valable. Au surplus, la floculation explique fort bien l'excitation des terminaisons du sympathique, qui est souvent responsable de processus mortels d'origine cryptogénétique.

II. Affections du sang et des organes hémopoïétiques. — Les décès imprévus y sont exceptionnels. Cependant les leucémies en sont parfois la cause, soit que l'issue fatale relève d'une rupture de la rate, soit qu'une hémorragie la provoque.

III. Cœur. — Le décès rapide résulte très souvent de lésions cardiaques. Ce sont les mieux connues et on doit toujours faire sur ce viscère de rigoureuses investigations.

L'arrêt cardiaque peut être dû à la fibrillation ventriculaire (contractions fibrillaires incoordonnées), mais aussi à la cessation brusque des systoles sans fibrillation arrêt parcellaire ou total) déterminant soit une mort lente, soit la mort subite par inhibition.

Seule la compréhension des données physiologiques peut expliquer l'exitus; aussi l'auteur (Wybauw) en fait-il un exposé détaillé.

La déficience de la fonction sinusale avec arrêt du cœur par manque d'amorçage de la systole se rencontre au cours des traitements par la quinidine ou au cours de la convalescence des maladies infectieuses. Les crises épileptiformes (Adams et Stokes) qui se produisent lorsque l'impulsion systolique est arrêtée au niveau du faisceau de His sont susceptibles de provoquer la mort sans qu'on puisse la prévoir.

L'inhibition cardiaque est une notion classique; il faut simplement se rappeler qu'elle peut être totale ou partielle : totale lorsque le cœur est arrêté en entier, elle est partielle quand le X porte son effet maximum sur la conduction atrio-ventriculaire et établit un blocage. Une tendance au blocage chez un scléreux peut avoir de très graves effets pour une inhibition même faible. Plus le myocarde devient scléreux, plus grave est la menace possible.

L'angine de poitrine apporte un contingent important à la mort subite : la distension d'une aorte athéromateuse produit l'inhibition.

Chez certains sujets prédisposés, il y a danger à pratiquer le réflexe oculo-cardiaque.

Clifford Allbutt cite des exemples de syncope mortelle au cours des lavages pleuraux, ainsi qu'au début de la narcose.

Tout ce qui détermine un abaissement considérable de la pression artérielle peut faire cesser le fonctionnement du cœur; la mort est moins rapide que dans les cas précédents. La paralysie vasculaire peut produire la syncope. La rupture du cœur fait que les ventricules se contractent à vide ou que la compression exercée par le sang épanché dans le péricarde gêne l'organe. La rupture de l'aorte, si elle est intrapéricardique, amène la compression du cœur. L'anévrisme peut faire prévoir la rupture mais n'amène pas toujours le décès subit, la mort lente pouvant survenir par asystolie. D'ailleurs, il est intéressant de noter que les ruptures aortiques peuvent évoluer lentement ou se cicatriser entièrement.

Les lésions d'artério-sclérose (sclérose des coronaires, athérome aortique, syphilis aortique, hypertrophie et dilatation cardiaque par suite de sclérose rénale ou artérielle) sont fréquentes et décelables à l'autopsie. Par contre, le syndrome angineux n'est pas nécessairement lié à telle ou telle lésion révélée au cours de la nécropsie.

Depuis Brouardel, on sait que la dégénérescence graisseuse du cœur est une des causes favorisant la mort subite, parce qu'elle conduit à l'insuffisance cardiaque, qui peut exister en l'absence de toute lésion valvulaire ou au contraire être conditionnée par elle.

La dilatation aiguë du cœur amène parfois une syncope mortelle.

La persistance ou l'hypertrophie du thymus sont de conditions favorisant la mort subite.

Les néphrites et l'azotémie peuvent être la cause de décès d'autant plus suspects qu'ils surviennent en état de santé apparent. Ces décès sont d'origine toxique ou dus à l'hypertension.

Le diabète est aussi une cause de mort imprévue (thrombose, lésions athéromateuses, coma, etc.).

Enfin la mort rapide et même subite par thrombose peut se produire dans un grand nombre d'états différents, par rupture du cœur, ainsi que dans les affections congénitales et les déplacements de ce viscère.

IV. Affections et troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire. — L'œdème du larynx, la congestion et l'œdème aigu du poumon, la gangrène de ces organes, l'abcès sont des causes de mort subite qu'on met assez facilement en évidence à l'autopsie.

L'étiologie des embolies pulmonaires peut expliquer la mort (phlébite puerpérale, certaines morts subites post-opératoires, phlébites profondes, dyscrasiques ou cachectiques, embolies gazeuses).

Les kystes hydatiques du poumon et enfin la tuberculose pulmonaire doivent être signalés pour mémoire.

Il en est de même pour les affections des plèvres.

V. Affections et troubles fonctionnels du tube digestif. — Il faut se souvenir entre autres que la cellulite lympho-

septique dans sa forme suraiguë peut déterminer le décès subit.

L'ulcère et les dilatations œsophagiennes peuvent n'être que des trouvailles d'autopsie qui feront parfois écarter des suspicions, comme aussi les varices œsophagiennes.

Les lésions gastriques (ulcère, abcès, volvulus) et *a fortiori* les tumeurs sont également des causes éventuelles de décès subit.

L'ulcère du duodénum, l'occlusion aiguë de l'intestin, l'appendice fournissent un certain contingent de mort rapide.

Quant au foie, on doit se rappeler que les coliques hépatiques (ou néphrétiques) peuvent provoquer la mort par arrêt du cœur.

Discussion.

M. TURLAIS (d'Angers) rapporte des constatations nécropsiques de morts subites chez les vieillards. S'appuyant sur une statistique de 300 cas, l'auteur a vu que les causes les plus fréquentes de la mort subite du vieillard sont, par ordre de fréquence : les épanchements pleuraux, la rupture du cœur, la péricardite postérieure.

M. NAVILLE (de Genève) expose huit cas de morts subites se rapportant à : décès après un repas copieux, asphyxie au cours d'un repas, rupture d'un anévrisme de la cérébrale antérieure avec inondation ventriculaire, mort rapide après une injection arsénobenzolique et une autre après une injection de sulfurion, mort par thromboses cardiaque et pulmonaire, mort par piqûre de guêpe dans la gorge en mangeant un fruit, morts par hernies étranglées, chacun de ces cas s'étant produit dans des conditions telles que des suspections s'étaient élevées.

M. MINA MINOVICI (de Bucarest) présente une série de 51 cas très curieux dont les plus extraordinaires en apparence ont trait à des décès survenus après : coup de caillou sur l'abdomen, au cours d'une vive explication, léger traumatisme testiculaire, chute en courant, au cours d'un pansement de doigt pour panaris, asphyxie par un ascaride, origine menstruelle d'un décès inopiné, etc.

M. COSTEDOAT (de Lyon) rappelle la fréquence de la mort subite au cours de la paralysie générale et dont, fréquemment, on ne trouve pas l'explication. Le mal de Pott sous-occipital peut rester latent et ne se révéler que par un décès brusque. Dans la sclérose des coronaires il faut tenir compte de la multiplicité et de la soudaineté d'apparition des lésions. L'importance de la surcharge graisseuse du cœur paraît avoir beaucoup été exagérée et, le plus souvent, les maladies concomitantes rendent comptent suffisamment du décès. La dilatation aiguë du cœur à la suite de l'effort se produit-elle quand l'organe était sain? Certaines observations permettent le doute. On devra redouter la mort subite dans l'insuffisance auriculaire gauche quand apparaîtra ce que Gallavardin a décrit sous le nom de stade préfibrillaire du ventricule. Il y a quelques faits, rares il est vrai, de mort subite par infarctus du foie et hémorragie secondaire et brutale dans la cavité abdominale. Enfin on a montré la variété des mécanismes par lesquels le kyste hydatique du foie pouvait déterminer une issue soudaine : embolie, anaphylaxie, accidents dus à une ponction intempestive.

LES SÉVICES ENVERS LES ENFANTS

Rapporteurs : MM. Pierre PARISOT et Louis CAUSSADE (de Nancy).

Cette question qui ne paraît guère avoir retenu l'attention des médecins légistes, est éparse dans quelques travaux isolés.

La notion de sévices sur les enfants ne se trouve formulée dans les textes périodiques français que vers la fin du XIXe siècle.

La loi du 19 avril 1898 punit l'auteur : de blessures volontaires, de coups à un enfant au-dessous de quinze ans. S'il s'agit de sévices habituellement pratiqués avec intention de provoquer la mort, on poursuit plus sévèrement les auteurs. Il est évident que la correction banale infligée par les ayants droit à un enfant et qui ne comporte aucune atteinte à l'intégrité physique se trouve exclue des dispositions légales qui sont applicables à toutes les personnes autres que les parents directs qui élèvent ou ont en garde l'enfant.

Les sévices sont généralement exercés par les parents, les maîtres d'école, les nourrices, les maîtres d'apprentissage, les camarades d'atelier aînés et enfin les indifférents (farces d'enfants à un passant dans la rue).

Les mobiles reconnaissent : un mauvais naturel, l'appât du gain (mutilation d'enfants pour provoquer la commisération publique) ou encore une secrète intention meurtrière. Mais à côté de ces gens pleinement conscients de leurs abominables actes, il faut faire une place aux déséquilibrés : aberration du sens de l'amour paternel, perversion du sens génital et enfin aliénés proprement dits.

Les moyens d'action sont innombrables; en dernière analyse, ils se ramènent tous à des faits d'action ou d'omission. Les premiers portant atteinte immédiate à l'intégrité physique de l'enfant (coups, blessures, brûlures), tandis que les seconds sont à action différée et portent sur des négligences volontaires alimentaires ou hygiéniques, la séquestration rentrant dans ce dernier groupe.

Les victimes se rencontrent surtout dans le premier et le deuxième âge; mais il faut bien se convaincre néanmoins que tous les âges paient leur tribut.

Le milieu social est plus aisé à discriminer : la majorité appartiennent à la classe ouvrière, et aux basses classes de la société. Quant à l'illégimité, elle joue un rôle important, qui pouvait d'ailleurs se préjuger.

Les lésions bien que reconnaissant des causes d'une fort grande diversité se ramènent à des modifications organiques d'ordre général qui, assez généralement, sautent aux yeux les moins avisés et qui sont fonction de la gravité et de l'ancienneté des violences ou des modifications d'ordre local (fractures, luxations, mutilations, éraflures, ecchymoses, bosses, etc.). L'examen doit tenir compte de la multiplicité des traces, de la diversité des lésions ainsi que de leur âge et du siège de prédilection (fréquemmeut les parties découvertes), les lésions du thorax et du ventre en imposant pour l'intention de tuer à bref délai.

Les sévices par omission trouvent leur signature la plus générale dans l'hypotrophie, vomissements, diarrhée brune, érythème fessier, hypothermie, pyodermite, phtiriase, saleté corporelle.

Les sévices mortels sont des constatations nécroscopiques banales.

Conduite d'une expertise. — Pour dégager la vérité, le médecin ne doit pas craindre de pousser ses investigations très loin.

L'interrogatoire de l'enfant doit être fait en dehors de la présence des parents et avec beaucoup de douceur pour éviter toute crainte. Mais il convient de contrôler soigneusement toutes les assertions pour éliminer les fausses accusations toujours possibles.

Examiner la tenue de l'enfant, son état général. Dans la description des lésions, bien mettre en évidence leur caractère traumatique et qu'elles sont la conséquence de violences volontaires et non d'accidents. Lorsqu'on se trouve en présence de fractures, il faut établir un diagnostic différentiel serré entre celles consécutives à des sévices et d'autres spontanées qu'on rencontre dans la syphilis héréditaire, le rachitisme et la fragilité osseuse congénitale (ostéopsathyrosis).

En présence de lésions diverses ressortissant à la privation d'aliments et de soins, quelques difficultés peuvent surgir. Si l'état de maigreur est unique, il faudra passer en revue toutes les causes connues de dénutrition : vomissements, gastro-

entérite, appendicite chronique, pneumopathies chroniques, anorexie mentale. Il convient de mettre l'enfant en observation en lui fournissant une nourriture convenable. Malheureusement, la résolution du problème reste parfois difficile chez le nourrisson.

S'il s'agit d'une expertise sur l'enfant mort, elle peut être très simple, mais une complication peut survenir : *a.* du fait que les sévices constatés à l'autopsie sont incapables d'avoir amené la mort, mais on constate en même temps une maladie intercurrente mortelle. Dans de tels cas il convient d'établir rigoureusement la part des violences ou de l'omission dans la prédisposition et l'aggravation de l'affection constatée; *b.* dans d'autres cas, on ne trouve rien autre qu'une maladie inattendue, c'est le dénouement habituel des fausses accusations de sévices. C'est ici qu'il faut se rappeler toutes les causes de mort subite ou rapide de l'enfant; *c.* enfin parfois, l'autopsie reste négative. Ici, il faut se garder de toute hypothèse et demander au juge tout complément d'information utile.

En ce qui concerne la prophylaxie des sévices infantiles, les auteurs préconisent l'extension de la surveillance, qui s'exerce déjà dans les écoles et dans les ateliers, jusque dans les foyers.

Discussion.

M. Marcel Heger (de Bruxelles) attire l'attention sur les faux témoignages d'enfants qui cherchent assez souvent à masquer des accidents dont ils sont les propres auteurs.

M. Piedelièvre (de Paris) apporte une notion très intéressante qui, dans certains cas au moins, montre la relativité du sévice. Ainsi un enfant débile, hypotrophique, peut appeler l'attention de la justice du fait même de son état souffreteux et malingre. Or, en pareil cas, ce qui pourrait constituer une lourde faute pour les parents de la classe aisée qui ont de multiples moyens pour faire donner des soins spéciaux à de tels enfants, peut n'apparaître dans les classes pauvres que comme la conséquence d'un état de fait auquel il ne peut être remédié que plus difficilement, même partiellement; il faut tenir compte, bien entendu, de tous les autres éléments d'appréciation qui gardent leur valeur entière en ces circonstances.

M. Donnedieu de Vabres (de Paris) voudrait voir étendre le bénéfice de la loi protégeant l'enfant contre les sévices à tous ceux qui sont incapables de se défendre eux-mêmes (vieillards, infirmes, états mentaux et tous états d'incapacité physique ou morale).

LE CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

Rapporteurs : MM. Vervaeck (de Bruxelles) et Leclercq (de Lille).

Les rapporteurs ont envisagé le problème du certificat prénuptial sous les formes les plus diverses et avec une impartialité à laquelle on ne saurait trop rendre hommage.

Partisans au fond d'eux-mêmes de l'institution d'un certificat prénuptial, ou plutôt eugénistes convaincus, ils n'ont cependant pas négligé les objections des adversaires et ils examinent le pour et le contre de l'innovation pour qui ils ont visiblement certaines tendresses avec autant de soin que s'ils cherchaient eux-mêmes à se faire une opinion sur la question.

Car c'est en effet en eugénistes qu'ils plaident la thèse d'un examen prématrimonial. C'est surtout la sauvegarde de la race qu'ils ont en vue lorsqu'ils consacrent les premières pages de leur rapport à l'intérêt social de la question.

Et non sans quelque élégance, ils commencent par examiner les objections que l'on peut adresser au certificat nuptial : ils les classent fort judicieusement en objections d'*ordre moral* (le certificat prématrimonial est une atteinte à la liberté individuelle); *social* (il encourage l'union libre; la sélection eugénique trop sévère empêchera les naissances utiles; le certificat prénuptial ne protègera pas les enfants illégitimes; il n'empêchera pas toutes les conceptions variées); *sentimental* (l'examen prénuptial froisse certains sentiments respectables; la rupture des fiançailles peut entraîner de graves conséquences; l'avis du médecin ne sera pas toujours suivi), *eugénique* (imprécision de l'eugénique, insuffisance du personnel et des moyens pour dépister ce qui est non héréditairement transmissible), *médical* (pas de sécurité absolue; difficulté de réaliser l'examen prénuptial, variabilité de la valeur du certificat selon le moment où il a été délivré, inégalité de la compétence des médecins, nécessité d'un contrôle médical au second degré, l'opinion d'un seul médecin ne pouvant suffire à empêcher une union projetée; protection plus efficace de la femme que de l'homme; danger de fraude de la part des fiancés, des certificats de complaisance; mise en jeu, dans certains cas, de la responsabilité médicale; obstacles tenant au secret professionnel.

Les auteurs ne semblent pas se flatter de les réfuter toutes. Comme on le voit, la question est tellement vaste et touche à des problèmes moraux, sociaux et scientifiques si divers que l'on ne saurait trouver une solution qui satisfasse tout le monde; chacun selon son point de vue, pourrait faire des objections sérieuses et valables.

Parmi les états qui justifieront l'abstention ou tout au moins l'ajournement du mariage, les auteurs citent, à titre de principales indications : 1° les maladies héréditaires (en particulier les tares psychopathiques) auxquelles ils ajoutent certains états d'étiologie encore mal connue et des manifestations d'apparence parfois héréditaire, comme l'épilepsie et le cancer; les auteurs y assimilent certaines maladies microbiennes comme la tuberculose sous quelques-unes de ses formes de caractère familial; 2° les tares constitutionnelles d'origine blastotoxique.

2° Certaines affections non héréditaires qui, sous l'influence ou non des fatigues du mariage, évoluent rapidement vers la mort (cancer évolutif, tuberculose pulmonaire, etc.) ou provoquent une perturbation profonde dans la vie conjugale, notamment celles qui s'opposent à la fécondation ou mettent la vie de la femme en danger en cas de grossesse;

4° Les affections contagieuses.

L'étude des mesures législatives prises à l'étranger et tendant à instituer un examen prématrimonial de même que les projets français (Durand, Guérin, etc.) ne manquent pas d'intérêt, mais il semble bien que les résultats en aient été moins encourageants que ne le pensaient leurs protagonistes. Cependant les rapporteurs préfèrent encore l'intervention législative à la simple propagande qui, selon eux, s'est révélée stérile.

Ils concluent, cherchant à concilier l'intérêt social et la liberté individuelle, à un simple examen prénuptial dont les fiancés se communiqueraient bénévolement les résultats, sans que la loi édicte une prohibition nouvelle au mariage, au cas de non-production du certificat.

Et bien qu'adversaires du prosélytisme platonique, ils réclament pour la réussite de l'examen prématrimonial le concours du Corps médical.

Discussion.

M. Georges Schreiber (de Paris) examine diverses modalités de la question. L'*obligation* de l'examen prénuptial a d'indiscutables avantages, mais encore faut-il que la majorité de la population comprenne la portée de la mesure à elle imposée. Si, par ailleurs, ce principe heurte certains esprits distingués, il n'en est pas moins acquis que les conseils de revision sont acceptés sans récrimination par l'immense majorité des conscrits. Il convient donc tout d'abord de préparer l'opinion publique à la nouvelle obligation prénuptiale.

Sous quelle forme la mettre en pratique? L'auteur préfère

le système norvégien, encore qu'il présente des lacunes, qui exige simplement une déclaration écrite des deux fiancés attestant qu'ils sont indemnes de toute maladie dangereuse au point de vue conjugal et racial. En sorte qu'on pourrait envisager ultérieurement un délit de contamination s'il y avait transmission de maladie par l'un des conjoints à l'autre.

L'auteur examine ensuite le projet de loi Pinard et montre qu'il paraît inapplicable tel quel ; aussi préfère-t-il qu'en vue de tout mariage un examen sanitaire détaillé soit pratiqué moins de quinze jours avant la célébration de la cérémonie, examen à l'issue duquel le médecin pourrait donner d'utiles conseils aux futurs conjoints. Cette façon de voir a l'avantage de ne comporter aucune sanction.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) partage les idées des rapporteurs. Il est partisan d'adopter une formule qui indiquerait que les candidats au mariage ne paraissaient pas présenter au moment de l'examen des signes de maladies contagieuses, car il pense qu'entre un sujet et un médecin de bonne foi tous deux il est possible de faire un travail utile. Il indique que l'opinion publique parisienne est beaucoup plus préoccupée de la question de l'hérédité que certains ne le croient; il cite des cas personnels. Au surplus, le médecin devient de plus en plus souvent l'arbitre de beaucoup de situations familiales ou professionnelles, ainsi la consultation prénuptiale serait un des actes habituels d'une haute portée sociale.

Sur la proposition de M. Leclercq (de Lille), co-rapporteur, le Congrès émet le vœu que les Pouvoirs publics participent dès maintenant à la propagande par des tracts délivrés aux fiancés par chaque mairie ainsi que par des notices explicatives adressées aux praticiens pour préciser leur rôle et entraîner leur adhésion.

LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DES ÉPILEPTIQUES ET LEUR ASSISTANCE

Rapporteur : M. André Ceillier (de Paris).

L'important, à l'heure actuelle, est d'aboutir à l'organisation, en France, d'une assistance rationnelle des épileptiques, seule mesure qui permettrait de mieux les apprécier an point de vue médico-légal.

En étudiant la responsabilité pénale de ces malades, l'auteur a établi une distinction entre les conceptions théoriques, d'une part, et, d'autre part, la mission de l'expert dans l'état actuel des choses. Et l'idée maîtresse du rapport consiste à réclamer ce qui existe déjà en Belgique et ailleurs; à savoir la création d'*annexes psychiatriques des prisons*, dans lesquelles les comitiaux pourraient être examinés d'une façon satisfaisante.

Aspects cliniques de la médecine légale de l'épilepsie. — Après la manie et la fureur épileptique décrites par Pinel et Esquirol, Morel a créé le terme d'épilepsie larvée et J. Falret a fait connaître les impulsions comitiales. Ce dernier a insisté sur les troubles particuliers de l'intelligence, de l'humeur et du caractère des épileptiques, en dehors des paroxysmes. Actuellement, on peut dire que l'épilepsie est dévoilée à peu près entièrement sous toutes ses formes. Seules restent en suspens les opérations d'assistance rationnelle, et, par ricochet, celles de médecine légale.

On connaît bien aujourd'hui les symptômes caractéristiques de l'épilepsie. Parmi les signes les plus fidèles, la pâleur et la mydriase ne peuvent être simulées, et, sans être constants, ils existent presque toujours dans l'épilepsie larvée.

A côté des formes principales, il faut rappeler : les épilepsies *striées*, à phase tonique prédominante, les épilepsies *cérébelleuses ou protubérantielles* avec crises procursives ou circumcursives; les épilepsies *sensitives, sensorielles, végétatives*, et enfin les formes mentales, infiniment plus complexes encore que les variétés purement neurologiques...

Diagnostic de l'épilepsie en dehors des paroxysmes. — Au point de vue médico-légal, ce diagnostic ne devrait se faire que dans une annexe psychiatrique de la prison; là seulement les diverses manifestations de l'épilepsie pourraient être étudiées et constatées par des experts compétents.

Il faut naturellement se méfier des déclarations de l'intéressé ou de celles de son entourage et ne pas être dupe d'allégations de toutes sortes; on invoque trop facilement les étourdissements, les vertiges, les amnésies, etc. Beaucoup d'inculpés, des récidivistes le plus souvent, récitent des passages d'un manuel de psychiatrie, parfois mieux qu'un candidat à l'examen...

Mais, tout en se méfiant, tout en étant préoccupé de ne pas se laisser tromper, l'expert ne doit pas laisser échapper certains faits susceptibles d'orienter le diagnostic dans le sens d'une épilepsie larvée certaine... C'est dire combien la tâche du médecin légiste est délicate et parfois difficile. Très souvent, les experts ne pourront baser leur verdict médical que sur l'interrogatoire de l'inculpé, sur l'enquête. Dans les cas douteux, ils auront recours à d'autres méthodes et notamment à l'étude :

1° De l'*hérédité*, qui cependant d'après certains auteurs, ne serait d'aucun secours ni pour, ni contre l'épilepsie.

2° Du *déséquilibre azoté*, c'est-à-dire des variations du pH urinaire : les attaques comitiales seraient précédées d'une phase d'alcalose et les vertiges d'une phase d'alcalose plus faible... Rien de sûr, d'ailleurs, dans ces variations, l'alcalose seule ne pouvant suffire à caractériser l'épilepsie convulsive. Mêmes incertitudes pour la cholestérinémie, la formule sanguine, les crises hémoclasiques, l'anaphylaxie, etc.

3° Des *stigmates physiques constitutionnels, qui sont fréquents*, mais nullement spécifiques.

4° De la sensibilité tactile de Weber.

5° Du *réflexe oculo-cardiaque* et du *réflexe solaire* avec hypervago ou hypersympaticotonie.

6° Des *réactions électriques* : aux approches de la crise, tétanie et abaissement du seuil d'excitation.

7° Des *tests psychologiques* qui peuvent rendre des services pour préciser l'état mental des comitiaux.

8° Des *crises provoquées expérimentalement* : par l'hyperpnée [méthode de Foester (de Breslau)]; par la suppression brusque du gardénal; par la compression des carotides; par l'indigestion d'aliments ternaires (chocolat), ingestion d'alcool; injection d'ésérine, d'adrénaline ou de cocaïne.]

Et ici se pose alors cette grave question : l'expert a-t-il le droit, avec ou sans le consentement de l'inculpé, de se livrer sur lui à des manœuvres destinées à provoquer chez lui une crise expérimentale? Le rapporteur demande au Congrès de faire connaître son opinion sur ce point délicat.

Les phases pré ou postparoxystiques. — Les *états préparoxystiques* de l'épilepsie soulèvent une grande difficulté médico-légale. En pareil cas, on peut se trouver en présence d'un syndrome pathologique composé de troubles du caractère, de l'humeur, du sens moral, d'une impulsivité grandissante alors que la conscience n'est pas abolie... Le crime peut être passionnel, intéressé, prémédité... Et, malgré tout, l'inculpé est quand même un malade... Que peut dire l'expert? Conclure à la responsabilité atténuée? à l'irresponsabilité avec internement?

Les *états postparoxystiques*, quand ils sont bien établis, portent un cachet marqué de confusion mentale, le diagnostic et la décision médico-légale s'imposent.

Les *équivalents épileptiques* représentent les cas dans lesquels le *trouble mental*, à lui tout seul, a la valeur d'un accès convulsif de nature comitiale. On en distingue, comme l'on sait, quatre variétés :

1° L'épilepsie larvée (absences, vertiges, crises de narcolepsie);

2° Le petit mal épileptique (état crépusculaire, délire épileptique, manie simple) ;

3° Le grand mal épileptique (manie furieuse);

4° Les impulsions épileptiques (actes divers, extravagants, antisociaux, plus ou moins graves).

Tous les équivalents sont archiconnus et ne prêtent guère à des discussions sur la mesure médico-légale, quand leur réalité est bien établie cliniquement.

Les *états interparoxystiques* sont, au point de vue médico-légal, les plus nombreux. Les délits ou les crimes commis au cours de ces états se divisent en deux groupes : a. *délits ou crimes sans rapport direct avec l'épilepsie ;* b. *délits ou crimes en rapport avec l'état mental épileptique.*

Les cas du *premier groupe* sont évidemment des cas d'espèce dans lesquels il faut tenir compte d'un grand nombre d'éléments.

En principe, l'épilepsie ne doit être considérée systématiquement comme un brevet d'impunité totale ou relative... Tout dépend comme se présente le délit ou le crime : s'agit-il d'un acte pouvant être considéré cnmme une conséquence directe d'un état mental morbide? S'agit-il d'un inculpé qui, indépendamment de l'acte incriminé, présente un état d'aliénation ou des tares psychiques dont il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation de la responsabilité?

Dans le *second groupe* il s'agit des cas dans lesquels la relation de cause à effet est directe entre la maladie et l'acte criminel, entre la *mentalité épileptique* et la réaction antisociale.

Malheureusement, il est encore impossible de décrire aujourd'hui une mentalité qui soit *commune à tous les épileptiques.*

D'après certaines recherches psychologiques, tout ce qu'on peut admettre, c'est que l'épilepsie s'accompagne presque toujours de troubles psychiques plus ou moins importants, troubles *de l'intelligence*, de l'humeur, du caractère, du sens moral... qui s'aggravent habituellement au voisinage des attaques.

Ces remarques s'appliqueraient aussi bien à l'épilepsie constitutionnelle à l'épilepsie acquise, *traumatique* par exemple.

Délits liés à l'inadaptibilité sociale des épileptiques. — Beaucoup de comitiaux ne peuvent guère vivre d'une vie sociale normale à cause de l'impossibilité où les met leur maladie de gagner honorablement leur vie. Aussi, tous les jours voit-on des épileptiques arrêtés pour vagabondage, mendicité, vol, abus de confiance, etc.

Cette lamentable situation est due à l'absence d'établissements destinés à cette catégorie spéciale de malades. Et trop souvent, pour placer un épileptique en lieu sûr, le médecin est obligé, comme le disait Legrand du Saulle, de lui jeter sur les épaules « la livrée du délire », le déclarer « aliéné » alors qu'il ne l'est pas, et l'envoyer dans un asile de fous.

Délits de nécessité; — Dans certains cas « extrêmes », écrit le rapporteur, il est *matériellement* impossible à l'épileptique de ne pas se trouver dans un état d'infraction au Code pénal : il s'agit alors des « délits de nécessité »... Seules des mesures plus justes d'assistance peuvent contribuer à supprimer de pareils délits.

L'assistance aux épileptiques. — Avant tout, il y a nécessité de créer en France des *annexes psychiatriques des prisons*, comme celles qui existent en Belgique. Ces annexes permettraient de faire plus aisément le diagnostic de l'épilepsie.

Des *colonies agricoles* seront utilement installées pour occuper les épileptiques, sans qu'ils soient séquestrés. L'exemple de la colonie de Chezal-Benoît existant depuis 1909 est très encourageant et devrait être imité par d'autres conseils généraux que celui de la Seine.

Discussion.

M. Louis Vervaeck (de Bruxelles) souligne les difficultés auxquelles se heurte le diagnostic médico-légal de l'état épileptique aussi bien au point de vue entité pathologique que dans ses relations avec les réactions antisociales. Seule l'observation psychiatrique méthodique permet d'affirmer la réalité des crises ou des équivalents. Une telle observation ne peut se faire que dans les annexes psychiatriques des prisons. Cela est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit de délinquants étrangers sur lesquels on ne peut obtenir aucun renseignement précis.

M. Vervaeck ne paraît pas croire à l'hérédité de l'épilepsie, bien qu'encore certains faits rares puissent plaider en cette faveur.

En ce qui concerne les recherches de laboratoire, il pense qu'elles ne présentent pas la constance et la spécificité qui permettent d'étayer un diagnostic positif.

Quant à l'obligation pour l'inculpé de se soumettre à certains contrôles, c'est là une question délicate qui appelle une discussion aussi large et étendue que précise qui devra avoir lieu un jour.

Pour ce qui a trait aux états paroxystiques, leur valeur est aussi grande que celle des équivalents, mais encore faut-il qu'ils soient médicalement constatés pour avoir une valeur.

La simulation paraît difficile en matière de comitialité.

La responsabilité atténuée, aussi imparfaite que dangereuse, est une notion à utiliser tant que des sanctions uniquement thérapeutiques ne pourront être prises.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) souligne après le rapporteur que les plus intéressantes réactions antisociales épileptiques sont les réactions conscientes, parce qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes.

Il discute la question de l'intoxication médicamenteuse. A ce sujet il rappelle que dans un cas analogue il fit pratiquer une sympathectomie péricarotidienne bilatérale qui parut avoir amené la disparition des crises pendant trois mois environ.

Un point spécialement intéressant concerne le taux de la pension des épileptiques de guerre qui présentent en même temps des signes d'imprégnation alcoolique; il est à craindre que l'établissement de paliers trop précis relatifs à la fréquence des crises n'incitent certains épileptiques à l'éthylisme en vue d'une augmentation de leur pension.

Enfin, il est absolument nécessaire de créer des asiles de demi-infirmes pour ce genre de malades.

COMMUNICATIONS

L'importance de la phalange unguéale dans l'identification des débris osseux. — MM. Pierre Parisot et Mutel (de Nancy) rapportent les résultats d'une expertise difficile. Il s'agissait d'un homme préposé à l'entretien des calorifères d'une usine soupçonné de crime sur la personne de sa femme disparue depuis peu.

Dans les cendres saisies il fut retrouvé un osselet allongé avec une extrémité articulaire ; l'autre extrémité était élargie en forme de spatule.

Une série de mensurations sur divers squelettes a montré aux auteurs qu'il s'agissait d'une phalange unguéale, notion corroborée par d'autres recherches anthropologiques.

Au surplus, la présence dans les cendres saisies de baleines de corset, œillets, agrafes, épingles à cheveux plaidait en faveur d'un article de doigt féminin.

Spectroscopie épimicroscopique et spectographie en lumière de Wood. — MM. Héger-Gilbert et de Laet (de Bruxelles) signalent les résultats intéressant obtenus en remplaçant l'oculaire de l'épimicroscope soit par un oculaire spectromicroscopique, soit même par un spectroscope ordinaire. Ce dispositif a permis aux auteurs de déceler facilement le spectre de l'oxyhémoglobine sur des taches fraîches de sang. Si la tache est vieille, il est nécessaire de régénérer le pigment par addition d'eau oxygénée. L'examen des taches

par le spectroscope et en lumière de Wood a donné des résultats encourageants qui devront être précisés.

Contribution à l'étude médico-légale des crasses qui se produisent dans le canon des armes à feu. — MM. PIEDELIÈVRE et SIMONIN attirent l'attention sur les crasses du canon qui sont transportées au niveau de la plaie et constituent à ce titre un des éléments du tatouage. Les auteurs préconisent une méthode très sensible d'identification par l'hydrogène sulfuré des crasses de poudre noire. Ils ont trouvé également dans les crasses et sur les tatouages la présence de fer et de mercure dont ils indiquent la valeur médico-légale.

Étude pratique de l'identification des tatouages et du diagnostic du suicide par le réactif à la diphénylamine. — M. SIMONIN (de Strasbourg) expose ses recherches qui l'autorisent à conclure que le réactif à la diphénylamine, qui donne une coloration bleue en présence des produits nitrés, permet, avec la technique proposée, d'identifier facilement un tatouage de coup de feu sur la peau et les vêtements, d'où possibilité de diagnostic de l'orifice d'entrée des projectiles. On peut également différencier la poudre noire de la poudre pyroxylée et reconnaître si le tir a eu lieu de près ou à bout touchant (suicide). Réaction intéressante méritant d'entrer dans la pratique médico-légale. SZUMLANSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1929)

La vaccine. — M. L. CAMUS communique une proposition de la Commission permanente de vaccine d'utiliser le contrôle des commissions départementales de vaccine pour améliorer l'exactitude de la statistique de la vaccine.

M. A. LOIR (du Havre) adresse un travail sur la dernière campagne de vaccination contre la variole au Havre.

La colopathie d'origine appendiculaire. — M. Constantin POENARU CAPLESCO (de Bucarest) relate cinq observations de colopathie et conclut qu'en face d'un malade avec syndrome colique on doit toujours penser à une étiologie appendiculaire possible et poser le diagnostic d'appendicite latente sans crise qui sera contrôlé par la radiologie. Pour guérir la colite, on devra supprimer le foyer septique appendiculaire.

Comité secret. — En comité secret, M. SOUQUES lit un rapport sur le prix Herpin (de Genève).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1929)

Le signe de Babinski à paroxysmes rythmés par l'insuffisance cardiaque. — MM. JEAN LHERMITTE et J. DUPONT. L'inversion pathologique du réflexe cutané-plantaire qui, depuis les travaux de Babinski, est significative d'une perturbation de la voie cortico-spinale, a été signalée à titre temporaire dans beaucoup de maladies générales, mais il n'avait jamais encore signalé comme témoin d'une insuffisance cardiaque. L'observation rapportée ici démontre que l'insuffisance myocardique peut déterminer l'apparition d'un authentique signe de Babinski.

Il s'agit d'un homme, âgé de soixante-dix ans, qui fut admis à l'infirmerie de l'hospice Paul Brousse avec un état d'hyposystolie manifeste. Or, l'examen neurologique faisait apparaître à la suite d'excitation plantaire, une double extension, lente, typique, du gros orteil. Traité par la digitale et le repos, le malade était guéri au bout d'une dizaine de jours. A cette époque, le signe de Babinski avait disparu et le réflexe plantaire s'effectuait en flexion franche des deux côtés.

En l'espace de huit mois, le malade revint à cinq reprises pour la même cause d'insuffisance cardiaque. Or, à chacune de ces crises que les toniques cardiaques jugulaient en cinq à six jours, le signe de Babinski fut constamment trouvé positif au début de la crise et négative à sa terminaison.

La liaison de dépendance du phénomène de l'orteil avec un trouble circulatoire conditionné par l'insuffisance myocardique est certaine mais il est plus malaisé de préciser quel est le territoire du système nerveux central sur lequel retentit le trouble circulatoire général; en raison de l'intégrité absolue de l'encéphale, d'une part, et de la vivacité des réflexes tendineux des membres inférieurs, d'autre part, il est à penser que l'origine de la perturbation de la voie corticale spinale, se trouve, non pas dans l'encéphale, mais dans la moelle épinière dorsale.

Une infection expérimentale n'empêche pas le choc anaphylactique chez le lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, P. GIROUD et Mme Andrée HUGO rappellent qu'en clinique humaine, on peut voir disparaître une hypersensibilité généralx ou locale au cours d'une infection. Ils ont recherché s'il en était de même chez le lapin anaphylactisé.

Chez des lapins sensibilisés par le sérum de cheval, ils ont provoqué deux types d'infection, l'une par injection intramusculaire de bacille du rouget, l'autre par inoculation cutanée de vaccine. Les animaux étant en pleine infection, l'injection déchaînante fut faite avec le sérum de cheval. Ils réagirent par une chute de la tension artérielle, semblable à celle constatée chez des lapins témoins sensibilisés et non infectés.

Ces expériences montrent que chez le lapin, l'état anaphylactique n'est pas modifié au cours d'une infection provoquée. C'est un fait de plus démontrant la différence existant entre la sensibilisation spontanée observée chez l'homme et la sensibilisation provoquée expérimentalement chez l'animal.

Une infection expérimentale n'empêche pas la sensibilisation chez le lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, P. GIROUD et Mme Andrée HUGO après avoir constaté qu'une infection expérimentale n'empêchait pas le choc anaphylactique chez le lapin sensibilisé, se sont demandé s'il était possible de sensibiliser le lapin au cours d'une infection provoquée.

Le cinquième jour après une inoculation cutanée de vaccine les lapins étant en pleine évolution vaccinale, une injection de sérum de cheval fut faite en vue de les sensibiliser.

Vingt et un jours après, ils furent éprouvés par une injection intraveineuse de sérum de cheval. Sur 11 lapins, 5 firent un choc violent décelé à l'appareil enregistreur par une chute de pression brusque et intense. 5 réagirent par un choc d'intensité moyenne. 3 firent un choc très léger ou même n'eurent aucune réaction.

Ces résultats sont sensiblement les mêmes que ceux observés par les auteurs sur un lot de 30 lapins témoins. Ils en concluent que chez le lapin, une infection provoquée ne modifie pas sa faculté d'être sensibilisé.

Note sur l'action cardiovasculaire des sels de bismuth liposolubles comparée à celle des sels de bismuth solubles dans l'eau. — M. Paul BOYER compare l'action cardiovasculaire du camphocarbonate de bismuth en solution huileuse à celle du tartrobismuthate de sodium en solution aqueuse en opérant chez le chien par la voie intraveineuse. Ces deux sels déterminent tous les deux aux doses toxiques un abaissement de la pression artérielle, un ralentissement des contractions cardiaques avec diminution d'amplitude marquée, une dissociation auriculoventriculaire bien mise en évidence sur les tracés électrocardiographiques, puis une fibrillation auricu-

laire, et finalement un arrêt du ventricule en diastole précédé ou non d'une courte période de fibrillation ventriculaire. Ces deux sels se différencient d'une part par l'écart de la dose toxique (toxicité au moins dix fois plus faible du camphocarbonate de Bi et par la lenteur d'action de ce dernier par suite de son véhicule huileux. Aux doses ne déprimant pas le cœur, le camphocarbonate double ou triple même le débit urinaire en quelques minutes.

La toxicité « in vitro » de certains composés arsenicaux vis-à-vis du trypanosome a été étudiée par MM. Ch. Richet fils et Pierre Gley qui ont vu :

1. Que l'activité des produits du groupe 914 est beaucoup plus intense que celle des produits type sulfarsenols;
2. Que les 914 de diverses origines ont une activité trypanicide *in vitro* différente, malgré que les autres conditions de l'expérience fussent identiques.

Sur un bacille du groupe des salmonella provoquant chez l'homme des dysenteries et des diarrhées cholériformes. — MM. L. Normet, Ach. Urbain et L. Chaillot étudient un germe isolé, à plusieurs reprises, au cours d'une épidémie de dysenterie bacillaire, à Hué (Annam). Ce microbe, par ses caractères culturaux, se rattache au groupe des Salmonella. Sa détermination spécifique est assurée par un sérum agglutinant obtenu chez le lapin après plusieurs vaccinations. En raison de son action pathogène chez l'homme, il serait intéressant de rechercher une méthode de traitement par séro ou vaccino-thérapie.

Infection syphilitique inapparente de la souris. Infectiosité comparée de la rate et du cerveau. — M. P. Lépine montre, après Schlossberger et Kolle, que la souris, classiquement réfractaire à la syphilis, est capable de contracter une infection inapparente dont il précise les caractères. Le virus syphilitique inoculé à la souris par voie sous-cutanée ou intracérébrale ne détermine chez cet animal aucun trouble apparent; la recherche des tréponèmes dans la rate, le foie et le cerveau est restée jusqu'ici négative. Néanmoins l'inoculation de la rate et du cerveau de ces souris au lapin peut transmettre à celui-ci une syphilis visible (chancre) ou inapparente (réactions sérologiques positives) typique, mais remarquable par la longueur de l'incubation. L'infection syphilitique inapparente de la souris est durable; le virus persiste dans les tissus au moins 249 jours. Mais alors que la rate de la souris est virulente dès le 15e jour, le cerveau ne s'est pas montré infectieux avant le 104e jour.

Sur l'action thérapeutique de l'allochrysine chez les lapins infectés par le virus Truffi et le spirochæta Cuniculi. — MM. A. Howard, Levaditi, Girard et Nicolau ont étudié l'action thérapeutique de l'hyposulfite double d'or et de sodium (Chrisalbine) dans la syphilis expérimentale du lapin. Ces auteurs ont établi également que ce dérivé aurique exerce une action préventive dans la spirillose des poules. Les expériences de A. Howard montrent que sous forme d'allochrysine, l'or jouit de propriétés tréponémicides très marquées lorsque ce dérivé est injecté par voie intramusculaire. On obtient en effet des résultats très nets à la dose de 0gr006 Au par kilogramme sans récidive, et jusqu'à la dose de 0gr0037 Au par kilogramme avec récidive tardive.

MM. A. Tzanck et J. Charrier étudient l'action comparée **des sérums et de la transfusion sanguine dans le traitement des hémorragies expérimentales.** Ils montrent qu'au cours des hémorragies rapides, carotidiennes par exemple, le collapsus cardiaque arrête la circulation bien avant que l'anémie globulaire soit incompatible avec la vie. Dans ces conditions les divers sérums injectés procurent la survie à l'animal. Le sérum salé ou gommé, le plasma citraté, ont des actions comparables. Au contraire lorsqu'on évite le collapsus soit par des saignées répétées suivies de la réinjection de quantités équivalentes de sérum, soit par la saignée effectuée avec une très grande lenteur, on atteint un degré d'anémie bien plus avancé et de l'ordre de celles que l'on observe en clinique. A ce moment la transfusion sanguine et elle seule est capable de procurer la survie à l'animal.

Recherches sur le métabolisme du Ca dans un cas de myotonie avec équivalents comitiaux. — MM. P. Chatagnon, Paul Tcherniakofsky, J. Trelles. Hypercalcémie à 0,167 p. 1000 chez un sujet alcalotique : pH 7,59, R. A., 68,08, régressant progressivement à 0,099 sous l'influence d'injections d'insuline. Ces états d'hypercalcémie sont peu fréquents et dans ce cas ne s'accompagnent d'aucune modification du Ca osseux.

Lésions de la microglie dans la maladie de Borna. — MM. Bratiano et Llombart étudiant les lésions de la microglie dans la maladie de Borna du lapin trouvent des lésions identiques à celles trouvées dans les autres maladies à virus filtrables : hyperplasie, mobilisation, hipertrophie, métamorphose et formation des corpuscules granulo-adipeux.

— Société de biologie de Lyon (séance du 17 juin 1929) :

Tuberculose scléreuse provoquée par des bacilles tuberculeux virulents chez le cobaye inoculé préalablement avec de l'ultravirus. — MM. F. Arloing, A. Dufourt et Dechaume décrivent une forme remarquablement scléreuse de lésions tuberculeusee dues à une infection par des bacilles virulents chez le cobaye imprégné à plusieurs reprises par les éléments filtrables provenant d'une ascite expérimentale consécutive à une injection de bacilles humains.

Outre que l'animal a survécu quatre mois de plus que les témoins, les lésions présentées par les poumons étaient vraiment très particulières; le parenchyme très scléreux criait sous les ciseaux. L'examen histologique n'y révélait aucune formation d'allure tuberculeuse classique, mais un processus de sclérose tout à fait intéressant. Les ganglions lymphatiques étaient le siège d'une inflammation chronique ayant complètement sclérosé les formations lymphoïdes avec quelques plages caséifiées, sans cellules géantes.

Ces faits témoignent de l'action modificatrice que subit un organisme dans certains cas vis-à-vis de l'infection tuberculeuse, sous l'influence du virus filtrable tuberculeux.

Action bactéricide du sérum sanguin des tuberculeux sur le bacille de Koch. — MM. Paul Courmont et Henri Gardère. Le pouvoir bactéricide du sérum sanguin s'est montré très variable dans les cas de tuberculoses pulmonaires évolutives.

Chez ceux dont le pouvoir bactéricide était très élevé, la mortalité n'a été que de 12 p. 100. Chez ceux dont le pouvoir bactéricide était moyen, mortalité 38 p. 100. Dans 8 cas le pouvoir bactéricide était très faible ou nul : 6 morts, c'est-à-dire mortalité de 75 p. 100.

Le sérum des hommes ou des cobayes normaux a un pouvoir bactéricide normal peu élevé. Celui-ci disparaît chez le cobaye atteint de tuberculose généralisée mortelle, comme cela se passe pour l'homme. Le sérum de cheval, au contraire, est très bactéricide.

Le pouvoir bactéricide présente donc une grande importance dans la résistance à l'infection tuberculeuse.

Influence du radon dissous sur l'excitabilité neuro-musculaire chez la grenouille. — MM. H. Cardot, A. Chevallier et F. Faye ont constaté après l'immersion d'une préparation neuromusculaire dans un liquide de Ringer sans potassium, mais contenant de l'émanation du radium en solution, une augmentation variable de la rhéobase au niveau du nerf et au niveau du muscle. La chronaxie du nerf reste invariable; celle du muscle se trouve augmentée. Pour des disso-

Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam



Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.

FORMULE

Iode 0.01
Choles erine . . . 0.10
Cinnamate de Benzyle . . . 0 05
Eucalyptol 0 05
Goménol 0.05
Gaiacol 0.05
Huile stérilisée. 1c.c. 5

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Echantillons et Littérature sur demande aux
LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone: Archives 08-27

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur, **résumant tous les principes** *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.

R. C., 88.031, Seine.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude** -:- **PARIS**

De Trouette-Perret

l'Aphloïne	la Nisaméline	la Papaïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux	(Guaco) Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies	Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C., 54-893 Seine.

lutions suffisamment radio-actives on arrive rapidement à l'inexcitabilité totale du muscle.

Action des rayons ultraviolets, seuls ou associés aux rayons X sur la germination. — MM. J. Cluzet et Kofman, en expérimentant sur des graines et sur des plantules d'orge, montrent que les rayons ultraviolets, non seulement n'empêchent pas l'action nocive des rayons X sur la germination, mais paraissent l'accentuer encore en ajoutant leurs effets propres à ceux des rayons de plus faible longueur d'onde.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 16 avril 1929)

Traitement des fractures du maxillaire inférieur par suture osseuse au fil d'argent. — M. Dieulafé publie quatre observations de fractures de la mandibule traitées heureusement par suture osseuse au fil d'argent.

Un cas de cellulite cervico-thoracique consécutive à un ostéo-phlegmon odontopathique. — M. Ridard expose l'observation d'un ostéophlegmon d'origine dentaire développé à la suite d'une mortification pulpaire d'une grosse molaire de la mandibule. Cette affection s'est compliquée d'une collection siégeant tout le long du paucier et dont l'agent pathogène semblait être l'entérocoque.

Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par le cyanure de mercure en injections intraveineuses. — MM. Félix et Gustave Ginestet relatent une observation qui permet d'espérer d'heureux résultats par l'emploi de cette nouvelle méthode thérapeutique des stomatites ulcéro-membraneuses.

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculose infantile (1), par le docteur H. Barbier.

Il ne s'agit pas ici d'un traité purement théorique; c'est tout au contraire le résumé et la condensation de son expérience de clinicien, tant à l'hôpital qu'en clientèle, que l'auteur présente ici. Il étudie d'abord les diverses lésions, lésions congestives, lésions spécifiques, diffuses ou localisées, par ordre de gravité croissante. Un important paragraphe est consacré à l'étude du chancre d'inoculation et des lésions qu'il provoque. On trouve dans ce chapitre une précieuse mise au point d'anatomie pathologique macroscopique et histologique et une étude de l'évolution anatomique des diverses lésions bacillaires.

C'est le syndrome clinique des tuberculoses de l'enfant qui forme l'élément principal de cette étude; syndrome respiratoire et syndrome digestif au premier plan, à l'occasion desquels l'auteur décrit les signes généraux, les abcès, les symptômes cutanés.

Les diverses formes cliniques sont en raison des dissemblances cliniques classées suivant l'âge des sujets : le nourrisson, la première et la deuxième enfance, le grand enfant avec pour chacun de ces chapitres un rappel anatomique à l'appui de la description clinique; formes particulières aussi selon le siège, tuberculose pleurale, tuberculose pulmonaire, tuberculose cardiaque, tuberculose méningée.

L'étude se termine par un chapitre de thérapeutique et d'hygiène générale et une brève étude prophylactique.

En somme un exposé clinique où la richesse de l'expérience acquise permet, en dehors de théories toujours imparfaites, une description claire quoique détaillée et un classement logique que la variété des conceptions théoriques rend si fréquemment confus chez bien des auteurs.

L'un des attraits de cette étude, en dehors des nombreuses figures est le grand nombre des observations cliniques qui viennent éclaircir et étayer la description.

L. BABONNEIX.

(1) *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, fasc. 29 *ter*. Paris, J.-B. Baillière, 1928.

Le syndrome épilepsie (1), par le docteur O. Crouzon.

L'auteur reprend ici la description clinique du syndrome épilepsie, l'épilepsie complète ainsi que ses formes cliniques, en insistant particulièrement sur les éléments mis en lumière dans ces dernières années : troubles sympathiques, troubles endocriniens, troubles du mécanisme régulateur acide-base. Il étudie ensuite les divers aspects symptomatiques selon l'âge, l'état physiologique (grossesse), les circonstances extérieures (traumatisme).

Après avoir décrit les diverses lésions jusqu'ici mises en évidence il passe en revue les notions acquises en physiologie pathologique : l'élément toxi-humoral, l'élément endocrinien, l'élément circulatoire, l'importance du mécanisme anaphylactique. Il étudie enfin les diverses théories nerveuses encéphalo-médullaires et neurovégétatives.

Un important chapitre thérapeutique clôt cette étude; les traitements d'autrefois qui ont rendu des services et sont, sans doute capables d'en rendre encore dans quelques cas; les traitements modernes : brome, bore, gardénal, etc.; traitement chirurgical, hygiène générale.

Les notions pratiques se complètent d'un chapitre examinant les divers problèmes médico-légaux que pose dans la pratique médicale courante l'épilepsie.

En somme, lumineux exposé théorique et pratique de tout ce qu'il importe aujourd'hui de connaître sur la question, exposé attrayant aussi et dont aucun détail n'est à négliger.

L. BABONNEIX.

Les Nouveaux traitements des tuberculoses chirurgicales (1), par A. Aimes.

Ce volume constitue une revue générale bien documentée des traitements préconisés dans ces dernières années dans les tuberculoses chirurgicales.

Ce sont d'abord des méthodes biologiques (extraits bacillaires de Jousset, paratuberculine du bacille de Johne (Vallée et L. Bazy), collobacilline de Grimberg, émulsion de Vaudremer, antigène méthylique de Nègre et Boquet, opothérapie splénique (méthode de Bayle).

Puis les méthodes chimiothérapiques (sels de terres rares, cinnamate de benzyl, méthode de Finikoff, chlorure de calcium intraveineux associé aux rayons ultraviolets, synthol).

Enfin, les méthodes chirurgicales (sympathectomie périartérielle, emploi des greffes osseuses (méthodes ankylosantes (méthode de Vignard, méthode de Robertson-Lavalle).

L'auteur termine en donnant sous forme de conclusions des appréciations sur la valeur de ces différentes méthodes et leur application. Ces conclusions ne peuvent être que provisoires car la plupart de ces méthodes ne sont encore qu'à l'étude, et une plus longue expérience est nécessaire pour se rendre compte de leur valeur.

M. LANCE.

Ulcères de l'estomac et du duodénum [étude anatomo-clinique et traitement chirurgical], par Victor Pauchet, Gabriel Luquet et A. Hirchberg. Un volume in-8 jésus de 354 pages avec 309 figures dans le texte. — Prix : 85 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) « Bibliothèque des grands syndromes ». Paris, 1929, G. Doin.
(2) In-12 de 254 pages.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites t floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure

3 flacons dans la matinée

Cure de Régime

1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

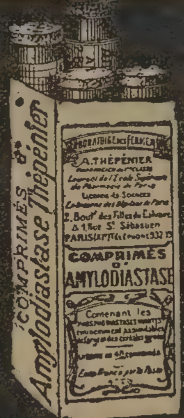
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150 554, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Sont nommés : Médecin suppléant des hôpitaux : M. le docteur Poumier. Chirurgien suppléant : M. le docteur Pichat.

— Un concours pour trois places d'internes titulaires en pharmacie et trois places d'internes provisoires, à l'Hôtel-Dieu, sera ouvert le jeudi 24 octobre.

MALADIES AUXQUELLES SONT APPLICABLES LES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902. — Les dispositions de l'article 1er des décrets du 10 février 1903, 28 septembre 1916, 13 octobre 1923 et 1er janvier 1925 sont abrogées à compter du 1er janvier 1930 et remplacées, à partir de cette date, par les dispositions suivantes :

La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 est fixée ainsi qu'il suit, en vertu des articles 4, 5 et 7 de ladite loi :

Première partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires : 1° la fièvre typhoïde et paratyphoïde; 2° le typhus exanthématique; 3° la variole et la varioloïde; 4° la scarlatine; 5° la rougeole; 6° la diphtérie; 7° la suette militaire; 8° le choléra et les maladies cholériformes; 9° la peste; 10° la fièvre jaune; 11° la dysenterie; 12° les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'est pas réclamé; 13° la méningite cérébro-spinale épidémique; 14° la poliomyélite antérieure aiguë; 15° le trachome; 16° la fièvre ondulante; 17° la lèpre.

Deuxième partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. Tuberculose pulmonaire; *B.* coqueluche; *C.* grippe; *D.* pneumonie et broncho-pneumonie; *E.* érysipèle; *F.* oreillons; *G.* teigne. (*J. O.*, 26 juillet 1929.)

LES AMIS DE L'INTERNAT. — La Société des « Amis de l'internat », dont la première assemblée générale annuelle a eu lieu à l'occasion du dernier banquet de l'internat, est déjà entrée dans la voie des réalisations. Grâce à l'empressement de nombreux souscripteurs, elle peut, après moins d'un an d'exercice, atteindre déjà le but que s'étaient proposés ses fondateurs. C'est ainsi que le Conseil d'administration, dans sa séance du 3 juillet 1929, a pu désigner la thèse très remarquable d'un interne en exercice et allouer à son auteur la somme nécessaire au paiement des frais de son illustration. Dans la même séance, le Conseil a décidé également d'allouer à la bibliothèque de l'internat nouvellement aménagée à l'Hôtel-Dieu la somme de 2.000 fr. destinée notamment à l'enrichir en abonnements de publications étrangères.

Rappelons que font partie de la Société des « Amis de l'internat », non seulement les internes et anciens internes (membres titulaires : cotisations, 30 fr.; rachat, 300 fr.), mais tous ceux qui, à un titre quelconque, désirent témoigner leurs sympathies à l'internat de Paris (membres associés, 50 fr.; rachat, 500 fr.).

Afin de permettre à la Société de pouvoir prochainement être reconnue d'utilité publique et recevoir ainsi des dons et des legs importants lui donnant le moyen d'étendre ses bienfaits, dont les décisions ci-dessus sont un premier exemple, il est fait un appel pressant à tous ceux qui n'ont pas encore envoyé leurs souscriptions au dévoué trésorier [docteur Jomier, trésorier des Amis de l'internat, 3, rue Daru, Paris (VIIIe), chèques postaux C/C n° 1255-18, Société des Amis de l'internat, 3, rue Daru, Paris (VIIIe)].

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur H. Godlewski, secrétaire général, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe).

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Michel (de l'Arbresle) et Louis-Henri Francq (d'Obourg, Belgique).

CHRONIQUE

INAUGURATION DU RADIO VAPORARIUM SULFURÉ DE LUCHON

La semaine passée, la ville de Luchon a fait remise à la Compagnie fermière du Radio vaporarium, extraordinaire Hammam naturel creusé en plein roc dans la montagne de Superbagnères.

Cette cérémonie a marqué l'inauguration du plus merveilleux instrument de thérapeutique qui ait jamais été mis au service de l'hydrologie.

Le Radio vaporarium a pour point de départ les galeries de captage des sources sulfureuses de Luchon, galeries creusées par François de Neufchâteau, sur une longueur de plus d'un kilomètre, œuvre unique dans la technique de captage des eaux minérales.

Le *Radio vaporarium sulfuré* contient *sept mille fois plus d'émanations de radium que l'air normal.* La température des galeries croît progressivement de 28 à 52 degrés, cependant que la sulfuration variant suivant la galerie permet de graduer les effets thérapeutiques recherchés.

Quelle est la station en Europe, sinon dans le monde qui peut offrir de comparables ressources thérapeutiques dans la cure de désintoxication et d'amaigrissement?

L'inauguration avait attiré un grand nombre de savants : M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse, titulaire du prix Nobel, présidait la cérémonie. A ses côtés, on remarquait le docteur Germès, maire de Luchon, M. l'intendant général Goudal, président du Conseil d'administration de la Compagnie fermière, les médecins de Luchon et des représentants éminents de nombreuses facultés :

MM. le doyen Euzière et les professeurs Paul Delmas et Galavieille (de Montpellier).

MM. les professeure Lafforgue, Dalous, Dieulafé, Clermont Raymond Cestan, Baylac, Bardies, Serr, Garipuy, Montalègre (de Toulouse).

MM. les professeurs Cruchet, Vergely et Seillier (de Bordeaux).

MM. les professeurs Minet, Deherripon, Langeron, David, Didier, Lavraud, Delassus (de Lille).

M. le professeur Biais (de Limoges), M. le professeur Castaigne (de Clermont-Ferrand), M. le professeur Delepine, membre de l'Académie de médecine, enfin MM. les professeurs Léon Bertrand, de la Sorbonne, et Lepape, de l'Institut d'hydrologie, qui ont apporté à la direction des travaux l'appui de leur expérience et de leur grande autorité.

Dans un excellent discours, M. le docteur Germès fit l'historique de la station, il montra les progrès réalisés dans ces dernières années par Luchon daus la voie de l'urbanisme, du tourisme et surtout du thermalisme. Il rappela les noms des pionniers de Luchon : Garrigou, Lavarenne, Ferras, Moureu, Bardet qui ont tant fait pour la station. Il salua ensuite les vivants : M. Léon Bertrand et M. Lepape, et fit acclamer le nom de notre ami Molinéry, ardent propagandiste et rénovateur de Luchon.

De toutes les études anciennes entreprises depuis les premiers travaux exécutés par les Romains, il faut citer surtout celles de François de Neufchateau au XIXe siècle. C'est de ces études qu'est sortie l'idée du vaporarium, aussi l'assistance n'a-t-elle pas ménagé ses applaudissements au dernier collaborateur de François de Neufchateau, M. Burgalat, qui porte allègrement ses 86 ans.

Après un excellent discours de M. l'intendant général Goudal au nom de la Compagnie fermière et une allocution de notre ami le professeur Cruchet, président du Comité médical de patronage de Luchon, les assistants pénétrèrent dans le Vaporarium. Ils furent vivement impressionnés par ces longues galeries à la température très élevée dans lesquelles on se dirige avec peine au milieu des vapeurs sulfureuses.

Après cette première et sensationnelle visite, les hôtes de Luchon, heureux de revoir la belle lumière et la douce verdure de la vallée, se rendirent au Casino où la Compagnie fermière offrait un exquis déjeuner dans le plus confortable et le plus frais des décors.

Mais Molinéry ne laisse pas de répit à ses amis. A peine sortis de table, le si pittoresque chemin de fer à crémaillère les emmène à Superbagnères, à 1.800 mètres d'altitude. Si le brouillard malencontreux les priva de la vue de la Maladetta, ils en furent consolés par l'aimable accueil de la Compagnie du Midi qui leur offrit dans son beau palace le plus agréable des gouters.

Puis on redescendit pour entendre la conférence technique de M. Lepape.

Présenté par M. le doyen Sabatier et par M. le professeur Cruchet qui exposa les directives d'une cure thermale, M. Lepape fit une remarquable conférence sur les sources de Luchon. En s'appuyant sur des exemples il montra la solidité de la loi qu'il a établie et qui porte son nom : *la température et la sulfuration sont en raison inverse de la radio-activité.* Une étude des roches et des considérations très intéressantes sur l'analyse de l'air du Vaporarium, ainsi que sur les variations de sa composition suivant l'heure et la pression athmosphérique, terminèrent cette conférence très applaudie.

Un banquet, offert par la Société des médecins de Luchon, réunissait le soir tous les invités au Casino, sous la présidence de M. le doyen Sabatier. Ce banquet fut le digne couronnement d'une hospitalité magnifique autant que cordiale dont le souvenir laisse encore confus tous ceux qui ont pu la goûter. Au champagne, des toasts nombreux furent portés par M. Oscar Dufrenne, directeur du Casino, par notre aimable confrère le docteur Audubert, président de la Société médicale de Luchon, par M. Laurin, président des amis de Luchon, par M. Molinéry, le professeur Sellier (de Bordeaux), les professeurs Castaigne, Euzière, Léon Bertrand, Delépine, M. le doyen Sabatier. Tous furent acclamés, aucun ne le fut avec plus de chaleur que Molinéry : il put sentir combien tous ceux qui le connaissent ont pour lui d'affection, d'admiration et de particulière estime.

C'est à lui certainement que la reine des Pyrénées devra de conserver la place qui lui revient parmi les stations sulfureuses : la première.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PROPRIÉTAIRE HÔTEL de 100 chambr., dans ville malades Côte d'Azur, serait heureux entrer en rap. avec docteur pour transf. en maison de santé. — Ecr. Journal qui transmettra.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Nouveau traitement

du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrine hémisynthétique

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris et Oxyures et tous helminthes et protozoaires = cent Gouttes ou deux Perles
Trichocéphales et Tænias = deux à trois cents Gouttes ou six à huit Perles

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par L gouttes.

Prescrire :

CHRYSÉMINE (gouttes). — La dose quotidienne à prendre en *une seule fois* le matin à jeûn dans un peu de lait ou d'eau sucrée pendant 3 à 5 jours consécutifs. — Renouveler la cure après un repos de 8 jours, en augmentant progressivement les doses ci-dessus au cas où les premiers résultats paraîtraient insuffisants.

CHRYSÉMINE (perles glutinisées). — La dose quotidienne en *une seule fois* également, pendant deux ou 3 jours consécutifs.

Échantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE

PAR LE

PROPIDEX

(Pommade à base de PROPIDON)

(Formule du Prof. Pierre DELBET)

INDICATIONS :

FURONCULOSE, BRULURES, ESCHARES
PLAIES EN SURFACE
ENGELURES, ULCÈRES VARIQUEUX
ANTHRAX, ETC.

Les Établissements POULENC FRÈRES

86 et 92, Rue Vieille-du-Temple. PARIS

R. du C., Paris 5.386.

FHR

ADOVERNE 'ROCHE'

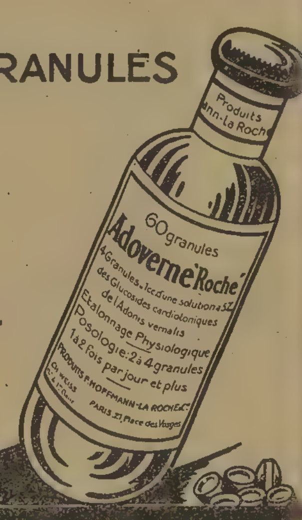
Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS

Activité physiologique étalonnée



GOUTTES — GRANULES

Propriétés: Cardiotonique, Diurétique, Eupnéique, Neuro-Sédative.



Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges _ PARIS (3e)

LA RÉACTION DE FLOCULATION
DANS LE PALUDISME

Par P. ADIDA.

L'existence d'hématozoaires dans le sang de paludéens n'est pas constante ou du moins n'est pas toujours facile à mettre en évidence. D'où la difficulté de poser un diagnostic de paludisme dans les cas où la clinique donne matière à discussion.

Dans le paludisme de première invasion ou bien encore dans les formes typiques avec les trois stades : frisson, chaleur, sueur, et la régularité dans l'apparition des accès le diagnostic clinique est facilement confirmé par la présence d'hématozoaires dans le sang.

Mais dans les formes de paludismes invétérés où les manifestations sont soit d'ordre général, soit d'ordre viscéral, l'hématozoaire est non seulement difficile, mais souvent impossible à retrouver.

Il serait donc nécessaire d'avoir d'autres réactions qui permettent aux cliniciens de corroborer un diagnostic.

Depuis la découverte de Laveran en 1880 à l'hôpital militaire de Constantine, de nombreux chercheurs ont essayé de déceler dans le sérum des paludéens une réaction, un signe caractéristique de l'infection palustre.

Nous signalerons simplement les recherches de :

Lo Monaco et Paniche sur le pouvoir du sérum des paludéens dilué au cinquième d'agglutines les hématies d'autres paludéens.

Abrami et Senevet sur les schizoutolysines du sérum des paludéens.

Enfin l'étude de la réaction de déviation du complément qui n'a pas fourni de résultats bien probants.

C'est en 1927 que le docteur Henry, directeur du laboratoire départemental de Constantine, faisait au Congrès pour l'avancement des sciences, sa première communication sur la réaction de floculation au cours de la Malaria.

Depuis il est revenu sur la question et dans un article très détaillé du *Paris médical*, 1928, il donne la technique et les résultats de sa réaction.

Lebourdelès et Liégeois d'une part, Lebourdelès et Chabrelier d'autre part à l'école de santé de Lyon, ont expérimenté la réaction et leurs travaux les ont conduits à des conclusions nettement favorables.

Enfin récemment Decourt, à la suite d'un séjour au Maroc, apporte un certain nombre d'observations concordantes. Nous même pendant notre service militaire en Algérie, grâce aux concours de MM. les docteurs Rougeux, médecin chef du centre de réforme de Constantine, Protteau, médecin traitant à l'hôpital militaire Laveran; Henry, médecin chef du laboratoire départemental de Constantine, nous avons pu étudier la réaction de floculation chez de nombreux malades. Ce sont les résultats de cette expérimentation que nous tenons à apporter ici.

Tout d'abord nous rappelons succinctement la technique de la réaction.

A. *Ferro-floculation.* — Prendre du sang le matin à jeun, dix-huit à vingt-quatre heures avant de pratiquer la réaction. On emploie le sérum frais et une solution ferrique (Metharfer Bouty ou albuminate de fer) plus ou moins diluée en eau salée et en eau distillée.

Disposer cinq tubes de la façon suivante :

NUMÉROS DES TUBES	1	2	3	4	5
Sérum	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Métharfer Bouty à 1/300 en eau distillée	1				
Métharfer Bouty à 1/600 en eau distillée		1			
Eau distillée			1		
Métharfer Bouty à 1/300 en eau salée à 2 p. 1.000				1	
Eau salée à 2 p. 1.000					1

Après avoir agité les tubes, laisser à l'étuve à 37 degrés pendant une heure et demie.

Retirer et laisser une demi-heure à la température du laboratoire. Lecture deux heures au plus après le début de l'expérience.

Les réactions sont moins belles en n'employant pas l'étuve. Ne retenir que les floculations nettes, négliger les floculations douteuses ou trop tardives. S'il y a floculation dans le témoin sérum eau distillée, on ne tient compte que de la réaction en eau salée.

Avec l'albuminate de fer, la réaction se conduit de la même façon.

B. *Mélano-floculation.* — On utilise une solution de mélanine obtenue à partir de la choroïde des yeux de bœufs. Cette solution est additionnée de formol du commerce à 1 p. 200 et conservée à la glacière.

Au moment de la réaction on la dilue au 1/12 (dilution A) qui à son tour diluée de 1/2 donne la (dilution B).

On fera également une dilution en eau salée à 3,5 p. 1000 dans la même proportion que la dilution A et on aura ainsi la dilution A'. La réaction se dispose de la façon suivante :

NUMÉROS DES TUBES	1 cc.	2 cc.	3 cc.	4 cc.	5 cc.	6 cc.
Sérum	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Mélanine dil. A	1					
Mélanine dil. B		1				
Mélanine dil. B			0,9			
Eau distillée				1		
Mélanine dil. A					1	
Eau salée à 3,5 p. 1.000.						1

On prend également trois témoins :

I. 1cc mélanine dil A + 0,2 eau physiologique.
II. 1cc — — B + 0,4 —
III. 1cc — — A' + 0,2 —

Après avoir agité les tubes placer à l'étuve à 37 degrés pendant trois heures et demie.

Résultats : « ne pas tenir compte des précipitations en grains fins. Ne retenir que les floculations donnant l'aspect de flocons de neige. Ne pas tenir compte des réactions en eau distillée si le tube témoin 4 a floculé ».

Mesure photométrique de la réaction. — Le docteur Henry pratique également la méthode des mesures photométriques à l'aide de l'appareil de Vernes, Bricq et Yvon.

Nous ne faisons que signaler le fait et nous renvoyons à l'article du *Paris médical*.

Nous apportons ici les résultats de la réaction pratiquée chez 110 sujets répartis de la façon suivante :

1° **31** malades ayant présenté des accès palustres et chez lesquels l'hématozoaire a été mis en évidence dans le sang;

2° **10** sujets sains, témoins;

3° 21 malades anciens paludéens et présentant des troubles de l'état général, des manifestations fébriles;

4° 48 malades traités pour affections aiguës ou chroniques.

1° CAS DE PALUDISMES AVEC HÉMATOZOAIRES DANS LE SANG

1. Cas observés par les médecins militaires Rougeux et Protteau pendant l'année 1927.

NOMS	RÉGIMENT	DATES DES EXAMENS	HÉMATOZ.	FERRO	MÉLANO
Vi	19e RTA.	9- 8-27	+ Vivax		
		4- 9-27	—	+	+
W... Ben Salah	19e RTA.	18- 8-27	+ Vivax		
		4- 9-27	—	+	+
S... Louis	28e COA.	5- 8-27	+ Vivax		
		16- 8-27	—	+	+
Du	3e ch. Af.	24- 8-27	+ Vivax		
		4- 9-27	—	+	+
Br... Paul	25e train.	23- 8-27	+ Vivax		
		5- 9-27	—	+	+
Hal	3e ch. Af.	18- 9-27	+ Précox		
		5- 9-27	—	+	+
Bri	3e zouaves.	12- 8-27	+ Précox		
		5- 9-27	—	+	+
Ta... Bachis	19e RTA.	27- 8-27	+ Précox		
		5- 9-27	—	+	+
Ou... Harem	19e RTA.	22- 8-27	+ Précox		
		5- 9-27		+	+

2. Observations prises à l'Hôpital militaire de Constantine pendant l'année 1928-1929.

NOMS	RÉGIMENT		DATES DES EXAMENS	HÉMATOZ.	FERRO	MÉLANO
D... Mohamed	19e RTA.		8- 8-28	+ (malar)	—	—
			25- 8-28	—	+	+
P... Philippe	3e zouaves.		8- 8-28	+ Vivax		
			23- 8-28	—	+	+
Vi	3e zouaves.		nov. 28	+ Vivax		
			19- 2-29	—	+	+
A... Mohamed	19e RTA.		10-11-18	+ Vivax		
			23-11-28	—	+	+
Ha... Mohamed	3e GA.		10-11-28	+ Vivax		
			19- 2-29	—	+	+
Ben Z... Cherif	19e RTA.		20- 7-28	+ Vivax		
			28-11-28	—	+	+
Mo	3e GA.		2- 8-28	+ Vivax		
			25- 8-28	—	+	+
M... Joseph	5e train.		8- 8-28	+ Vivax		
			25- 8-28	—	+	+
Rob... Albert	3e GA.		17- 8-28	+ Précox	—	—
			25- 8-28	—	+	+
Ar... Carmi	19e RTA.		8- 8-28	+ Vivax		
			25- 8-28	—	+	+
Pelli Alfred	3e zouaves.		8- 8-28	+ Vivax		
			25- 8-28	—	+	+
Réal Ahmed	19e RTA.		10-11-28	+ Vivax		
			19-12-28	—	+	+
Rouc	3e zouaves.	1er séj.	22- 8-28	+ Vivax	—	—
			22-11-28	—	+	+
			27-11-28	—	+	+
		2e séj.	27- 1-29	+ Vivax	—	—
			29- 1-29	—	+	+
		3e séj.	22- 2-29	—	+	+

3. Malades civils observés par le docteur Henry.

NOMS	DATES DES EXAMENS	HÉMATOZOAIRES	FERRO	MÉLANO
Mlle Ar	10- 9-28	+ Précox	+ léger.	+
M. So	29- 9-28	+ Précox	—	—
	1-10-28	—	+	+
Rah	1-20-28	Rares anneaux.	+ ?	+
Pl	2-10-28	Très rares formes amiboïdes.	+	+
M. Wo	29- 3-29	+	—	+
M. Je	8- 1-29	+ (fièvre)		
	9- 1-29	— (pas)	+	+
M. Fal	3-11-28	+	—	—
	24- 1-29	—	+	+
M. Ch	10-11-28	Rares.	+ ?	+

2° RÉACTIONS PRATIQUÉES CHEZ DES SUJETS SAINS

NOMS	RÉGIMENT	ANTÉCÉDENTS	FOIE	RATE	FERRO	MÉLANO
Mohamed ben Ah	7e RTA.	—	0	0	—	—
Bel... Saïd	7e RTA.	—	0	0	—	—
D... Messaoud	7e RTA.	—	0	0	—	Douteuse.
Ou	7e RTA.	—	0	0	—	—
Chev... Auguste	21e SIM.	—	0	0	—	—
Dek... Brahim	7e RTA.	—	0	0	—	—
Pi... (sergent)	21e SIM.	—	0	0	—	—
Ad	21e SIM.	—	0	0	—	—
Seg. Belkacem	Civil.	—	0	0	—	—
Aliben Moh	3e spahis.	—	0	0	—	—

3° RÉACTIONS PRATIQUÉES CHEZ DES SUJETS AYANT DES MANIFESTATIONS FÉBRILES. TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. ANCIENS PALUDÉENS. ABSENCE D'HÉMATOZOAIRES DANS LE SANG

NOMS	RÉGIMENT	FOIE	RATE	FERRO	MELANO
Mich...........	7e RTA.	o	2 tr. doigt.	—	+
Mak...........	3e zouaves.	o	o	—	—
Zah... Amar.....	7e RTA.	+ Synd. ictère pseudo-grave.	+	+	+
Zu... Moh........	Civil.	o	2 tr. doigt.	+	+
Sac... Rebai......	7e RTA.	o	3 tr. doigt.	+	+
Tou... Paul......	CHR.	1 trav. doigt.	o	—	—
Ver............	3e zouaves.	o	o	+	+
Ab.............	7e RTA.	o	4 tr. doigt.	+	+
	Après trait.	o	2 tr. doigt.	—	+
Ch... Aissa.......	21e SIM.	o	4 tr. doigt.	+	+
Dj... Beltracem...	7e RTA.	o	1 tr. doigt.	+	+
	Après trait.	o	1 tr. doigt.	—	—
Bouk...........	3e GA.	o	Percut.	—	+
Ch.... Saïd.......	7e RTA.	o	o	+	+
Bou............	3e spahis.	o	Percut.	—	—
Bri... Rezik.......	7e RTA.	o	o	—	—
Mak... Hamoudi...	7e RTA.	o	Percut.	+	+
Me B... Amar.....	7e RTA.	o	3 tr. doigt.	+	+
Ad... Lakda......	7e RTA.	o	o	—	—
Dj... Abdelillah...	3e spahis.	o	2 tr. doigt.	+	+
Ch.... Duf.......	Lt. spahis.	o	Percut.	o	+
Ben... Tahou.....	7e RTA.	1 trav. doigt.	Ombil.	+	+
Qu... Moktar.....	7e RTA.	2 trav. doigt.	3 tr. doigt.	—	—

4° RÉACTIONS PRATIQUÉES CHEZ DES MALADES ENTRÉS POUR AFFECTIONS AIGUËS OU CHRONIQUES

NOMS	RÉGIMENT	DIAGNOSTIC CLINIQUE	ANTÉCÉD. palust.	FOIE	RATE	FERRO	MÉLANO
Bou... Ama.....	7e RTA.	Broncho-pneumonie. Mort.	+	o	2 tr. doigt.	+	+
Zer... Moktar...	7e RTA.	Bronch. aiguë. Foyers cong. base droite.	+	o	3 tr. doigt.	+	+
Ha... Tayeb.....	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	o	o	—	—
Mu.. Robert.....	3e zouaves.	Bronchite aiguë.	—	o	o	—	—
Aïch... Zaïdi....	7e RTA.	Pneumonie. Mort.	+	o	Atrophiée.	+	+
Bed............	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	o	1 tr. doigt.	+	+
Zit... Amar.....	7e RTA.	Congestion de la base gauche.	+	o	o	—	—
Lab... Deradji...	7e RTA.	Pneumonie lobaire gauche.	+	o	2 tr. doigt.	+	—
Da... Saadi......	3e GA.	Congest. base gauche. Œdème pulmon.	+	o	Percut.	+	+
Ben............	3e spahis.	Pneumonie. Ictère.	+	o	Percut.	+	+
Fontas (Emile)..	3e zouaves.	Bronchite aiguë.	o	o	o	—	—
Saigui Drisi.....	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	o	Percut.	+	+
A... Mustapha...	Civil.	Bronchite aiguë.	+	o	Percut.	+	+
Lanu..........	21e SIM.	Bronchite aiguë.	o	o	o	—	—
Ha.... Moulande.	3e GA.	Pneumonie gauche.	+	o	o	+	+
Ch... Ali.......	3e GA.	Broncho-pneumonie.	+	o	Percut.	+	+
Ch... Amar......	23e train.	Congestion de la base gauche.	+	1 doigt.	2 tr. doigt.	+	+
Bag... Zouai.....	3e GA.	Pleuro-congestion des deux bases.	+	o	Percut.	+	—
Sa... Ahmed.....	7e RTA.	Pleuro-congestion de la base gauche.	+	o	2 tr. doigt.	+	+
Lef... Moh......	3e spahis.	Bronchite aiguë.	+	o	Percut.	—	—
Sib... Beltrain...	3e spahis.	Congestion pulmonaire.	+	o	o	—	—
Mes... Bachis....	3e spahis.	Bronchite aiguë chez un emphysémateux.	+	o	o	+	+
Lem... Hocine...	7e RTA.	Congest. pulmonaire avec accès palustres.	+	o	Percut.	—	—
Mok... Mohamed.	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	o	Percut.	+	+
Dri... Amar.....	3e spahis.	Congestion pulmonaire.	+	o	o	—	—
Ail... Fer.......	3e spahis.	Bronchite aiguë. Congestion base droite.	+	o	Percut.	—	—
Hab... Belkac....	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	o	o	—	—
Ka... Ahmed....	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	2 doigts	Ombilicale	+	+
Ma... Selmane...	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	Percut.	Percut.	+	+
Bou...........	3e spahis.	Congestion pulmonaire.	+	o	o	—	—
B... Mesmoud...	7e RTA.	Bronchite aiguë.	+	o	3 tr. doigt.	+	+
Lu... Rabah.....	25e train.	Bronchite aiguë.	+	3 doigts	3 tr. doigt.	+	+
Bel... Hamon....	3e GA.	Pneumonie lobaire gauche. Mort.	+	o	Ombilicale	+	+
Mess... Amar....	7e RTA.	Embarras gastrique fébrile.	+	o	Percut.	—	—
Ng...........	25e COA.	Dothiénentérie.	o	o	Percut.	—	—
Ladj... Saad.....	3e spahis.	Erysipèle.	+	o	o	—	—
Zer... Acès......	7e RTA.	Oreillons.	+	o	Percut.	+	+
La... Hocie......	3e spahis.	Oreillons.	+	o	o	—	—
F... Robert......	3e zouaves.	R A A.	o	o	o	—	—
B... Mohamed...	7e RTA.	R A A.	+	o	o	—	—
Zer... Zahon....	7e RTA.	Diarrhée dysentériforme.	+	o	Percut.	—	—
Ab... Seddik....	Civil.	Tuberculose pleuro-péritonéale.	+	o	o	—	—
Si... Saïd.......	Civil.	Tuberculose tibio-tarsienne gauche.	+	o	o	—	—
Ca... Louis......	3e zouaves.	Frottements pleuraux de la base gauche.	o	o	o	—	—
Andreais.......	3e zouaves.	R A A.	o	o	o	—	—
Belkac-Ben-Moh.	3e spahis.	Hémorroïdes.	+	o	o	—	—
Ali-Ben-Moh....	3e spahis.	Adénite sous-maxillaire bilat. chronique.	o	o	o	—	—

Le premier groupe montre la constance de la réaction chez les paludéens dont le sang est actuellement infecté. Nous arrivons à la statistique impressionnante de 100 p. 100 de réactions positives.

Mais, la réaction est positive en dehors des accès et au moment où l'hématozoaire est difficile, voire même impossible, à mettre en évidence sur les lames.

Ce point est particulièrement intéressant pour la conduite du traitement et montre qu'il ne faut pas se fier uniquement à l'examen du sang (recherche de l'hématozoaire) ni même à la disparition rapide des manifestations cliniques.

Le cas Rou..... en est un exemple très démonstratif :

Le malade qui quittait toujours le service avec une réaction de floculation positive ne tardait pas à revenir avec de nouveaux accès, et c'est ainsi qu'il fit trois séjours successifs à l'hôpital.

La réaction de floculation paraît permettre de diriger le traitement ambulatoire qui, nous le savions déjà par la simple expérience clinique, doit être continu et prolongé. Elle permet aussi d'apporter plus de précision dans sa conduite.

Le deuxième groupe — groupe témoin — par la constance des réactions négatives chez les sujets sains et sans antécédents palustres, confirme la valeur sérologique de la réaction.

Dans le troisième groupe — paludéens secondaires et tertiaires — la réaction est en parfait accord avec les données cliniques dans 19 cas sur 21.

Tous les malades qui présentaient à l'examen une rate cliniquement appréciable ont eu une réaction de floculation positive.

Il eût été intéressant de suivre ces sujets et de savoir ce que deviendrait la réaction après un traitement quinique intensif. Malheureusement les déplacements multiples qu'entraîne la vie militaire ne nous ont pas permis de mener à bien ces recherches.

Dans le dernier groupe où la réaction a été pratiquée chez des sujets ayant des manifestations aiguës et chroniques indépendantes de l'infection palustre, nous avons obtenu des résultats non moins intéressants. Ils peuvent être schématisés de la façon suivante :

Nombre de cas total.	Cas avec antéc. pal. (1).	Cas sans antéc. palust.	Rate. +	Rate. —	Réaction. +	Réaction. —
	40		25		20	5
48				15	3	12
		8	0		0	

En somme, la réaction est concordante dans 80 p. 100 des cas.

De plus, chez quelques-uns des malades de ce groupe, par suite de leur séjour plus prolongé à l'hôpital, nous avons pu constater qu'à la suite d'un traitement par la quinine à haute dose, on arrivait à avoir une réaction de floculation négative.

Ainsi donc une réaction de floculation positive apporte un argument considérable en faveur de l'origine réellement palustre des accidents.

Inversement, une réaction négative doit presque à coup sûr éliminer l'hypothèse du paludisme.

L'observation du malade Ger..., 3e zouaves en est un exemple.

Le malade est envoyé dans le service pour paludisme d'invasion. Il est traité comme tel, malgré l'absence d'hématozoaires et une floculation négative. La température est cependant persistante et par la suite, le malade fait un épanchement pleural. Notons que le Besredka était positif chez ce malade.

En résumé. — La réaction de floculation d'Henry pour le paludisme s'est montrée.

1° Positive dans 100 p. 100 des cas de paludisme confirmé par la présence de l'hématozoaire dans le sang.

2° Négative dans 100 p. 100 des cas témoins.

3° Appliquée à des malades supposés paludéens, elle apporte un argument des plus importants pour le diagnostic, surtout en l'absence de l'hématozoaire dans le sang.

4° Dans 80 p. 100 des cas d'antécédents palustres cliniques, elle nous a permis d'affirmer le paludisme conclusions que l'épreuve thérapeutique a pu confirmer.

5° D'autre part, la réaction de floculation permettrait peut-être de diriger avec précision le traitement quinique, traitement qui doit être continu et prolongé.

(1) Les antécédents palustres sont basés sur de simples commémoratifs cliniques. Les malades accusent des accès de fièvre que l'on a tendance à mettre sur le compte du paludisme.

ACTUALITÉS

LA THÉRAPEUTIQUE DE TOUS LES VOMISSEMENTS AU COURS DE LA GROSSESSE

D'après M. G. Leven.

Nous pensons être utile à nos lecteurs en donnant la thérapeutique des vomissements légers, graves ou incoercibles au cours de la grossesse, exposée par M. G. Leven, au cours d'une conférence faite à l'Hôtel-Dieu, pour les Journées médicales de Paris.

Rappelons tout d'abord que dans une série de publications parues depuis 1922, M. G. Leven a établi que les vomissements *au cours* de la grossesse ne sont pas des vomissements spécifiques, toxiques ou névropathiques, comme on l'enseigne.

De ses très nombreuses observations parues à la Société de thérapeutique (11 nov. 1925), dans le *Monde médical* (1-15 avril 1928) dans la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* (nov. 1928), dans la *Pratique médicale française* (juin 1929), il résulte que la femme enceinte vomit parce qu'elle est dyspeptique, aérophage ou atteinte de dilatation gastrique, les autres causes de vomissements (urémie, méningite, etc.), étant éliminées.

M. G. Leven est arrivé à ces conclusions après une étude très approfondie de cas très nombreux et graves au point qu'il est intervenu, à la veille de l'avortement décidé. Il fut amené à envisager cette question sous ce jour si nouveau, à la suite de ses recherches cliniques et radiologiques sur la dilatation gastrique et l'aérophagie.

Dans sa conférence, il demanda à ses auditeurs d'appliquer sa technique dans les plus petits détails, s'ils veulent des succès analogues aux siens, n'ayant pas un seul échec à ce jour.

Il leur montra par des exemples que sa médication modifiée très légèrement dans ses formules, que des doses légèrement inférieures à celles qu'il prescrit ont suffi à tout compromettre; que souvent son intervention a suffi à tout remettre en état, la première

partie du traitement, commencée par un confrère insuffisamment averti de l'importance des plus petits détails, n'ayant pas réalisé les progrès attendus.

Nous reproduisons ici cette technique complète. Ajoutons que dans les formes où le facteur causal n'est pas simple, dans le cas où par exemple dilatation et aérophagie sont en jeu, le traitement est fait de la fusion de ces deux thérapeutiques.

Signalons à ce propos un point très important. Si l'aérophagie domine, l'aérocolie relevant l'estomac, la douleur-signal décrite par M. G. Leven, fait défaut alors même que l'estomac (1) est dilaté. Cette douleur-signal reparaît après deux ou trois jours, dès que l'aérocolie s'amende. Il faut donc renouveler cette recherche, car la guérison des vomissements ne serait pas obtenue, l'une des causes n'ayant pas été traitée.

Technique thérapeutique. — *Traitement des vomissements par dyspepsie pure.* — Repos au lit. Alimentation : premier jour, diète hydrique (1.500 gr. d'infusions de mauve, tilleul ou oranger; une tasse de 150 gr. toutes les heures et demie; sucrer à volonté). Deuxième jour : diète lactée (750 gr. de lait et 750 gr. de tisane mélangés, sucrés, donnés par tasse de 150 gr. toutes les heures et demie). Troisième jour : 1.500 grammes de lait pur ou parfumé de vanille, de caramel, d'oranger ou de café; une tasse de 250 à 300 grammes toutes les trois heures. Sucrer à volonté, boire le lait tiède ou chaud. Lavage de la bouche à l'eau bouillie après chaque prise de lait.

Les jours suivants, réalimentation graduelle : 8 heures : 200 grammes d'un mélange à parties égales de lait et de tisane; biscuits, si la malade a faim; midi : un œuf, 150 grammes de riz, de pâtes ou de purée de pommes de terre, une crème ou un entremets à la semoule, au tapioca (50 gr.) ou gelée de fruits, sauf la groseille; 7 heures : potage au lait, légume ou pâtes et dessert comme à midi.

Les jours suivants, à midi, l'œuf sera remplacé par 25 grammes de jambon ou de poulet. Peu à peu les quantités seront augmentées et la variété des mets s'accroîtra à mesure que la malade progressera (2).

Médication : dès le premier jour et durant quinze jours environ, à midi et le soir une cuillerée à soupe de la solution :

Bromure de sodium	20 gr.
Eau distillée	300 —

Chez ces dyspeptiques, l'hyperesthésie solaire doit encore être soulagée par l'application de compresses humides et chaudes, fréquemment renouvelées.

De plus, dans ces cas, l'hyperesthésie cutanée abdominale, localisée ou généralisée est d'une extrême fréquence et justifie l'application d'une couche épaisse de vaseline, répartie sur les régions hyperesthésiées. Sur la couche de vaseline, on mettra un linge de toile et une couche d'ouate.

(1) Leven et Barret. *Soc. de thérapeut.*, 10 avril 1929. L'aérocolie pelote gastrique.

(2) G. Leven. Cf. *La Dyspepsie*, 1922, 2e éd., p. 259 à 286.

Traitement des vomissements par aérophagie. — Même alimentation. Même médication complétée par l'emploi de la potion suivante :

Carbonate de bismuth.......	10 gr.
Gomme arabique..........	20 —
Eau distillée, stérilisée......	300 —

Une cuillerée à soupe, cinq fois par jour au début. Après les quatre ou cinq premiers jours, donner la potion par cuillerées à entremets, puis par cuillerées à café.

Exercices respiratoires : ces exercices qu'il a décrits longuement dans la deuxième édition de son livre, l'aérophagie, consistent en expirations prolongées, soutenues. Souffler une bougie pour en courber la flamme exprime bien sa pensée; il a du reste dénommé ces exercices, exercices de la bougie soufflée.

La malade ne doit pas avaler sa salive, notion de première importance. Elle absorbera tous les liquides dès le début et durant un certain temps avec une paille ou un chalumeau de verre.

Traitement des vomissements liés à la dilatation atonique de l'estomac. — Immobilisation au lit; quinze minutes par heure, le siège sera soulevé par des coussins, les épaules reposant sur le plan du lit, pour contribuer au relèvement gastrique.

Une bande de crêpe Velpeau de 30 centimètres de largeur bien appliquée rendra le même service, mais de façon continue. Cette bande sera étalée très largement, en éventail, depuis la taille, jusqu'au dessous des plis fessiers, se rétrécissant au-dessus du pubis, en bande étroite. Elle sera fortement serrée.

C'est par ce procédé qu'il relève tous les estomacs dilatés, depuis qu'il a renoncé à toutes les ceintures avec ou sans pelote.

Même alimentation que dans les formes précédentes. Médication bromurée seule.

Ces trois traitements se complètent dans tous les cas où l'on a à traiter des formes déterminées par deux ou trois des facteurs qu'il rend responsables des vomissements au cours de la grossesse.

Le lever ne sera conseillé qu'après cessation absolue des vomissements depuis une dizaine de jours. Il sera retardé, s'il s'agit de femmes ayant considérablement maigri (il a vu des amaigrissements de plus de 20 kilogrammes).

Ne pas se préoccuper de la constipation qu'il a vu durer six à dix jours dans de nombreux cas, sans inconvénient aucun.

Un lavement dépassant 300 grammes est susceptible de provoquer le retour des vomissements.

Les laxatifs et les purgatifs sont extrêmement dangereux.

Enfin, il est utile d'inviter les malades à faire effort pour ne pas vomir, en leur expliquant que le vomissement devient une habitude de l'estomac, que leur intervention personnelle doit aider à modifier. Un effort de volonté analogue diminue la fréquence de la toux chez les malades bien conseillés dans les sanatoria.

Mais il faut faciliter cette réduction des vomisse-

ments, en conseillant de prendre de l'eau de Seltz par verre à liqueur de cinq en cinq minutes, dès que la nausée apparaît.

L'action des petites quantités de gaz carbonique ainsi absorbé est remarquable, alors qu'il condamne l'usage de la potion de Rivière qui distend l'estomac de façon dangereuse.

Il termina sa conférence en ces termes : « Les médecins qui mettront en œuvre cette technique simple et complexe tout à la fois auront comme tous ceux qui l'utilisent déjà dans toute sa rigueur de grandes satisfactions thérapeutiques. Il y a plus : comme je l'ai écrit ailleurs, à une époque de natalité si faible, il ne faut plus que la crainte des vomissements fasse redouter une grossesse; il ne faut plus que des avortements évitables soient pratiqués. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1929)

Sur la présence de l'ultravirus tuberculeux dans le liquide ammiotique d'un œuf extrait par hystérectomie d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire. — MM. A. CALMETTE, A. COUVELAIRE, J. VALTIS, M. LACOMME et A. SAENZ ont étudié au point de vue bactériologique un liquide ammiotique provenant d'une femme tuberculeuse enceinte opérée par hystérectomie.

Par inoculation aux cobayes de ce liquide qui a été retiré stérilement de l'utérus maternel, ils ont pu conférer à ces animaux une infection tuberculeuse à caractères spéciaux rappelant ceux qu'on observe après inoculation de l'ultravirus tuberculeux.

Les bacilles de Koch contenus dans le système lymphatique des cobayes, avirulents au début, ont pu récupérer leur virulence et devenir tuberculigènes après un certain nombre de passages d'animal à animal.

Virus de la fièvre jaune. — M. A. PETTIT. Pour la préparation du vaccin et du sérum anti-amaril demandé par le ministère des Colonies, l'Institut Pasteur doit entretenir le virus de la fièvre jaune, tâche malaisée en raison de la pénurie de singes, d'installations et de personnel subalterne idoine. A. Pettit, Stefanopoulo et Kolochine montrent comment ils sont parvenus à conserver le virus depuis quatorze mois, sans qu'il perde la virulence indispensable pour la préparation du vaccin et du sérum.

Au cours de ces recherches, les médecins de l'Institut Pasteur ont établi que le singe pouvait faire une forme innapparente de la maladie, révélable seulement par inoculation du sang à un singe neuf. Cette notion doit être un guide au point de vue des mesures prophylactiques.

Pharmacodynamie. — M. TIFFENEAU présente une note de M. Régnier sur le pouvoir anesthésique relatif de la cocaïne et de ses principaux succédanés sur les différents éléments nerveux.

Les anesthésiques locaux étudiés se classent, au point de vue de leur pouvoir anesthésique, suivant un ordre très différent pour ce qui concerne les différents appareils étudiés, cornée du lapin, nerf centrifuge et nerf centripète. Par contre, pour deux nerfs centripètes d'espèces animales différentes (sciatique de la grenouille et lingual du chien) le classement est sensiblement le même.

Quelques réflexions à propos des récentes communications de M. Calmette et de M. Léon Bernard sur les résultats de la vaccination par le B. C. G. — M. J. LIGNIÈRES.

Sur le traitement soufré dans les brûlures à l'acide fluorhydrique. — M. SLOMNESCO. L'acide fluorhydrique cause des brûlures très douloureuses suivies d'ampoules purulentes.

Il attaque le soufre de la kératine. L'on peut entraver beaucoup cette action en ajoutant sur la brûlure de la pommade soufrée les douleurs se calment, et, fait remarquable, il ne se forme plus d'ampoules.

Peut-être ce traitement pourra être essayé aussi dans d'autres cas de brûlures de la peau.

Cette découverte montre l'importance du traitement soufré en général toutes les fois que cet élément fera défaut dans l'organisme, ainsi par exemple la neurokératine des fibres nerveuses pourra perdre une partie de son soufre de constitution sous diverses causes pathologiques, ce qui explique le traitement par les bains sulfureux que l'on recommande à certains malades de nerfs.

Recherches expérimentales sur l'action toxique de l'alcool méthylique et de l'alcool éthylique. — MM. G. MARINESCO, St. DRAGANESCO et D. GRIGORESCO. Des lapins intoxiqués par voie œsophagienne d'une manière sous-aiguë par l'alcool éthylique à la dose de 4 grammes par kilo d'animal présentent dès les premières ingestions des troubles de l'équilibre, marche ébrieuse, chute de côté, torpeur, hyperthermie.

L'alcool méthylique administré à la même dose et par la même voie produit les premiers jours des légers phénomènes toxiques. Après la deuxième et la troisième ingestion, on constate comme pour l'alcool éthylique une accoutumance; mais à un certain moment variant entre trente et quarante jours de l'expérience à la suite d'une nouvelle ingestion, s'installent des phénomènes graves : inappétence, torpeur, trouble de l'équilibre avec nystagmus céphalique et oculaire. Les animaux ne peuvent garder leur position initiale, leur train postérieur est paralysé avec troubles sphinctériens, hypothermie.

Dans la susceptibilité de l'animal et de l'homme envers l'alcool en dehors de l'état de nutrition, de l'âge et du poids, la constitution joue un rôle important.

L'administration de la même dose (4 grammes par kilo d'animal) d'une liqueur dite « Chartreuse Bresson » (mélange d'alcool éthylique + alcool méthylique) a provoqué des accidents toxiques très graves et les animaux succombaient au bout de trois à quatre jours. La même liqueur provoque chez l'homme des phénomènes très graves avec cécité et quelques cas de mort.

Le dosage de l'alcool éthylique nous montre que la plus forte proportion existait dans le cerveau, le cœur; il y avait une quantité moindre dans le foie et le globe oculaire.

La plus grande quantité d'alcool méthylique a été retrouvée dans le globe oculaire et dans le testicule, ensuite venaient en ordre décroissant le cerveau, le cœur, le foie.

Ces dosages ont été pratiqués sur des animaux intoxiqués pendant quatre à vingt jours.

La recherche de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien offre un grand intérêt du point de vue diagnostic et médicolégal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1929)

La syphilis chez les tuberculeux. — M. GALLIOT, ayant recherché la syphilis chez 344 malades tuberculeux ou suspects de tuberculose, l'a trouvée dans 14 cas. Tandis que le traitement spécifique s'est montré inopérant chez les malades

ayant des bacilles de Koch dans les crachats, il s'est montré remarquable dans les autres cas où, d'ailleurs, la radiographie ne décelait le plus souvent que des lésions de sclérose.

Traitement de la claudication intermittente par la radiothérapie. — MM. Barrieu et Nemours-Auguste ont appliqué dans ces cas le même traitement que dans l'angine de poitrine et font des applications locales de rayons X. L'amélioration obtenue est immédiate puisque les observations citées relatent que les malades ont fait facilement des marches plus longues après la première séance de radiothérapie, mais il est logique de penser qu'elle n'est pas définitive. Ce traitement est d'une innocuité absolue.

A propos de la sédimentation des hématies et la séro-floculation à la résorcine dans la tuberculose pulmonaire. — M. Hinault, contrairement aux conclusions de M. Tilmant, ne pense pas que ces réactions puissent avoir le plus petit intérêt dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire: ou bien, la tuberculose est avérée, et le diagnostic basé sur la bactérioscopie, la clinique et la radiologie est relativement facile; ou bien, il s'agit d'une tuberculose latente et ces réactions donnent des résultats paradoxaux.

Tout au plus, peut-on reconnaître à la séro-floculation une valeur pronostique à court terme, et encore voit-on parfois baisser le degré photométrique quelques jours avant une poussée évolutive. Si ces réactions peuvent présenter un intérêt scientifique (parlant surtout de la séro-floculation) elles ne peuvent actuellement être d'aucun secours dans la pratique.

Sur le mécanisme de la destruction tuberculeuse ostéo-articulaire. Les formes à rechutes. — M. Marcel Galland, après avoir examiné vingt pièces anatomiques de résection du genou, en collaboration avec M. de Las Casas, conclut à l'existence de deux types anatomiques caractérisés par leur évolution. L'un, type évolution synoviale (à début soit synovial, soit osseux), donne longtemps des lésions superficielles et successivement : d'abord érosions périphériques aux points de non-pression (lésions tuberculeuses), puis lésions d'ulcération compressive cartilagineuse centrale, enfin d'ulcération compressive osseuse tuberculeuse centrale ou excentrée, si subluxation. Cette forme répond aux tumeurs blanches classiques d'allure progressive.

A côté de cette forme et aussi fréquemment, existe une forme osseuse à évolution très longtemps sous-cartilagineuse, ostéoporose et cavités sous-cartilagineuses dans lesquelles le cartilage peut s'invaginer sans être détruit, lésions en gaufrage, nids de poules. Plus tard, à une véritable phase de rechute, le cartilage se perforant, apparaît une arthrite dans laquelle on rencontre les ulcérations compressives du type habituel.

Cette forme d'évolution osseuse correspond à des formes cliniques se caractérisant par une évolution à deux temps. Le gaufrage, la cavité sous-cartilagineuse en est la lésion typique. Cette cavité sous-cartilagineuse se distingue de la caverne juxta-articulaire classique par l'absence de sclérose périphérique, celle-ci étant d'apparition très tardive, aussi les radiographies ne peuvent-elles dépister cette lésion qu'exceptionnellement et à une phase très avancée de la maladie.

La réaction de Boas au chloral-alcool-gaïacol dans la recherche des hémorragies occultes du tube digestif. — M. Pron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DE MAI 1929)

Atrésie buccale par noma. — Mme Pouzin-Malègue. Un enfant de trois ans fait un noma au décours d'une rougeole. De larges ulcérations existaient de chaque côté de la bouche sur la face interne des joues, très près des commissures buccales; au niveau de la commissure une large élimination se fit et par cicatrisation l'orifice buccal se rétrécit progressivement jusqu'à ne plus admettre que le passage d'un crayon. L'intervention chirurgicale pratiquée par le docteur G. Soudy, trois mois après, a permis d'obtenir en employant le procédé de Warneck-Doffenbach un résultat très satisfaisant qui se maintient.

Tabes aveugle. — MM. Giroire et Legrand présentent une malade atteinte d'atrophie tabétique bilatérale associée à un minimum de signes spinaux : abolition des deux réflexes achilléens, les douleurs fulgurantes ont disparu depuis l'apparition de la cécité.

Divers traitements essayés ont été inopérants. Ils rappellent que la loi de Bénédikt n'est pas toujours vérifiée, et rapportent le cas d'un autre malade chez lequel la cécité a été suivie de l'apparition de crises gastriques.

Les auteurs pensent que les formes amaurotiques du tabes sont peut-être moins fréquentes qu'autrefois et mettent cet heureux résultat sur le compte du traitement intensif des syphilitiques primaires et secondaires par les arsénobenzènes.

Tuberculose pulmonaire et traumatisme. — MM. Perrin et Luneau. Le 27 novembre 1927, un camionneur reçoit dans la région sous-claviculaire droite un très violent coup de brancard. Une hémoptysie survient le lendemain à l'occasion d'un effort et dans les jours qui suivent apparut un foyer de tuberculose évolutive. D'abord perdu de vue, le malade est examiné un an après au dispensaire où l'on retrouve la lésion initiale très évoluée et un début de bilatéralisation. Très rapidement le malade se cachectise.

A noter que si cet homme présentait des antécédents héréditaires chargés, origine probable de la bacillisation, il avait pu depuis l'âge de treize ans jusqu'à celui de trente-huit ans supporter sans aucune manifestation morbide pulmonaire ou autre un métier très rude et les fatigues de quatre années de services de guerre dans l'infanterie. L'action déterminante de la contusion semble aux auteurs particulièrement nette dans ce cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1929)

Un cas d'amputation spontanée de l'appendice. — M. Lefevre. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui est prise d'une crise aigue d'appendicite aggravée par une purgation et des lavements répétés. Intervention d'urgence, cinq jours après le début à cause de la sévérité du tableau clinique. L'auteur découvre, après avoir ouvert un abcès rempli de calculs stercoraux, une amputation de l'appendice au niveau de son insertion sur le cæcum qui présente à ce niveau une perforation circulaire large de 5 à 6 millimètres. L'appendice intimement fixé à un paquet d'anses grêles est inextirpable. L'auteur se contente de déduire par un curettage méticuleux la muqueuse appendiculaire. Fermeture de la perforation cæcale. Drainage à la Mickulicz. Guérison en un mois et demi.

Les faits de ce genre sont connus, mais l'auteur insiste sur fistulisation possible par persistance de la muqueuse d'un appendice qui peut vivre isolé du reste de l'intestin et il montre la nécessité de supprimer cette muqueuse en faisant en quelque sorte une appendicectomie sous-séreuse atypique.

La désarticulation temporaire du cou de pied (méthode de Delbet) étendue à diverses affections de la région. — M. le professeur Mériel. Dans 5 cas de tuberculose tibio et médio-tarsienne, le professeur Mériel ayant eu par cette méthode d'excellents résultats, tant par la large voie d'accès qu'elle donne sur les lésions profondes de la voûte plantaire

que pour les résultats thérapeutiques, a eu l'idée d'utiliser cette voie d'accès pour des lésions traumatiques ou des malformations de la région. Dans un cas de triple arthrodèse et dans une résection de l'astragale pour fracture de Dupuytren non réduite, il a pu vérifier la simplification des manœuvres opératoires par cette large voie d'accès qui ne laisse ensuite aucune déformation ni impotence fonctionnelle.

Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur d'origine traumatique. — M. le professeur DAMBRIN. Un homme de quarante-cinq a le fémur gauche fracturé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur par un coup de pied de vache qui le projette à terre; à la suite de ce traumatisme se développe progressivement au niveau de l'ancien foyer de fracture un ostéo-sarcome typique vérifié radiographiquement et histologiquement. Le rôle du traumatisme est indiscutable dans la pathogénie de cet ostéosarcome. L'auteur a observé trois autres faits analogues :

L'un concerne une femme qui reçut un coup de pied de vache sur la cuisse droite avec gros hématome consécutif; au point contus apparut un ostéosarcome du fémur qui exigea l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse. Un deuxième chez un soldat qui présenta un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur à la suite d'une violente chute sur le rebord d'un mur. Un troisième enfin, chez une femme qui fit une chute de bicyclette et dont la face externe du genou heurta violemment une pédale. Au point contus apparut un ostéosarcome de l'extrémité supérieure du péroné.

Ces faits présentent un gros intérêt au point de vue médicolégal et montrent le rôle important du traumatisme dans la pathogénie des sarcomes.

LIVRES NOUVEAUX

Ulcères de l'estomac et du duodénum [étude anatomo-clinique et traitement chirurgical] (1), par Victor PAUCHET, Gabriel LUQUET et A. HIRCHBERG.

Victor Pauchet et Gabriel Luquet viennent de rédiger un volume qui met au point l'importante question des ulcères de l'estomac et du duodénum.

Ces opérateurs, dont la grande expérience est universellement connue, citent quelques vérités puisées dans l'observation de plusieurs milliers de cas.

Ils étudient successivement les soins à donner avant, pendant et après l'opération. — Les opérations conservatrices. — Les opérations dont sont justiciables les ulcères juxtapyloriques, les ulcères non térébrants, les ulcères térébrants, les ulcères haut situés, etc. Puis ils décrivent les meilleurs traitements à appliquer aux cas d'estomac biloculaire.

Viennent ensuite les chapitres consacrés aux ulcères du duodénum (ulcères simples, ulcères multiples, complications diverses, etc.).

Les nombreux dessins et croquis de Dupret éclairent le texte.

A. Hirchberg a écrit toute la partie anatomo-clinique avec une très grande compétence; 100 pages du volume, relatives à ce sujet, sont illustrées par de nombreuses reproductions de coupes histologiques.

Ce livre, qui est une mise au point complète, sera lu avec fruit par tous les médecins et par tous les chirurgiens qui, journellement, ont à traiter des ulcères de l'estomac ou du duodénum.

L. G.

(1) In-8 jésus de 354 pages avec 309 figures dans le texte. — Prix : 85 fr. — Paris, O. Doin et Cie.

Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement (1), par M. FRANÇON et J. HUTINEL, avec une préface de M. le professeur CHAUFFARD.

Préface. — « La rapidité et la fréquence des communications entre les races les plus éloignées, entre les climats les plus différents, ont singulièrement élargi les cadres de la clinique journalière et l'on pourrait presque dire que de même qu'il n'y a plus de distances, il n'existe plus de maladies exotiques. Des cas qui paraissaient, il y a vingt ans, l'apanage des pays tropicaux, nous deviennent familiers : il nous faut compter avec eux, reconnaître, apprendre à en faire le diagnostic, à en diriger le traitement. L'*amibiase* est un des exemples les plus frappants de cette diffusion, de cet acclimatement parmi nous d'une maladie longtemps considérée comme étrangère à notre pays. Déjà avant 1914, le fait avait été prévu et annoncé; mais la guerre, avec le formidable mélange de races qu'elle a suscité, a brûlé les étapes et aujourd'hui la fréquence des cas autochtones est devenue telle qu'on peut dire avec MM. F. Françon et J. Hutinel qu'il existe un « péril amibien ». Heureusement, à côté du mal il y a le remède, et nous le devons aux expériences de Vedder, aux observations cliniques de L. Roger; c'est l'admirable médication par le chlorhydrate d'émétine. Mais là aussi, il faut être averti, savoir manier le médicament, connaître la nécessité des cures successives. Dès lors, le pronostic de la dysenterie amibienne, et surtout de sa plus redoutable complication, l'*hépatite amibienne*, se trouve changé du tout au tout. Un dysentérique bien soigné a toutes les chances de ne pas avoir d'abcès du foie; ou s'il est atteint d'hépatite et soigné à temps, d'échapper à l'intervention opératoire, et de guérir complètement par le seul traitement médical.

Voici les notions nouvelles encore trop peu connues et dont il y a le plus grand intérêt à assurer la diffusion médicale. Le livre de F. Françon et de J. Hutinel vient donc à son heure et il se présente à nous appuyé à la fois sur l'expérimentation clinique que les années de guerre ont longuement donnée aux deux auteurs, sur leurs recherches personnelles, et aussi sur la documentation la plus riche et la plus scrupuleusement exacte. J'ose dire que F. Françon et J. Hutinel nous donnent ainsi vraiment une monographie modèle et je suis convaincu que leur livre trouvera auprès du grand public médical le meilleur accueil. Il le mérite, et ce sera pour le plus grand bien de nos malades atteints d'hépatite amibienne.

A. CHAUFFARD. »

Tableaux de diagnostic de l'endocrine (2).

Le docteur Henry R. Harrower vient de publier un volume de 144 pages, édité par « The Harrower Laboratory, Inc. » (laboratoire d'endocrinologie appliquée), qui a pour titre : *Tableaux de diagnostic de l'endocrine.*

Ce volume, destiné aux médecins exclusivement, se trouve au « Harrower Laboratory », à Glendale (Californie).

Il est divisé en douze chapitres : I. Bases de l'endocrinologie clinique. — II. Les causes des désordres de l'endocrine. — III. Les glandes endocrines, leurs principes, physiologie et thérapeutique. — IV. Un aperçu des désordres de l'endocrine. — V. Un aperçu de la symptomatologie de l'endocrine. — VI. Une classification clinico-pathologique des syndromes de l'endocrine uniglandulaire. — VII. Une classification des désordres pituitaires. — VIII. Différenciation des désordres pituitaires. — IX. Les relations des glandes endocrines. — X. Procédés cliniques et procédés de laboratoire dans le diagnostic de l'endocrine. — XI. Préparations de l'endocrine, leur source, dosage et indications. — XII. Unités standard de l'endocrine.

(1) Un volume de VIII-132 pages, 1923. — Prix : 15 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(2) Prix : un dollar.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE-ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME-DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* } Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg. 0,015). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
INJECTIONS INDOLORES
Établts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique. / pommade à 2 % — — }

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément au SUC D'ORANGE mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif — Délicieux
AUBRIOT 56, Bould Ornano PARIS



Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone.
ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

Et un appendice : *A*. Comment je prends en mains un cas d'endocrine. — *B*. Les plus nouvelles possibilités en organothérapie. — *C*. Index des syndromes et produits de l'endocrine. — Il contient, en outre, quelques notes d'information professionnelle. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TUMEUR BLANCHE DU GENOU

(SIGNES ET DIAGNOSTIC)

L'on désigne communément sous le nom de tumeur blanche du genou une lésion spécifique : l'*ostéo-arthrite tuberculeuse*.

C'est une affection fréquente qui s'observe à tout âge, mais plus particulièrement dans la *seconde enfance* et chez l'adulte jeune.

Bien qu'elle puisse revêtir divers aspects cliniques au début surtout, nous prendrons comme type l'OSTÉO-ARTHRITE FONGUEUSE, forme la plus fréquente.

SYMPTOMATOLOGIE

Elle évolue schématiquement en trois périodes :

Période de début;
Période d'état;
Période de complications.

Elle évolue d'une façon plus générale en quatre ans.

Les deux premières années répondent au cycle des lésions destructives.

La troisième année commence la réparation.

La quatrième marque le début de la convalescence qui doit être surveillée attentivement.

I. **Période de début.** — Le début est lent, insidieux, progressif.

A. Souvent marqué par l'apparition de *quelques signes fonctionnels.*

Une douleur sourde, légère, surtout marquée le soir après fatigue, disparaissant spontanément par le repos, irradiant parfois jusqu'au pied.

Une boîterie discrète apparaissant aussi le soir après fatigue.

B. Parfois c'est seule l'*augmentation de volume du genou* qui attire au début l'attention.

Ces symptômes sont souvent apparus quelques mois après une *maladie anergisante*, rougeole, coqueluche, et sont presque toujours *rapportés par les parents à un traumatisme.*

Examen : enfant nu jusqu'à la ceinture.

Debout : peut prendre au bout de quelques instants une attitude hanchée, genou demi-fléchi.

Fait-on marcher l'enfant, l'on note parfois une claudication légère qui peut être même plus nette à l'oreille rappelant le signe du maquignon de Marjolin.

Couché sur un plan résistant.

Le genou :

Inspection : couleur normale, mais un peu augmenté de volume, *légèrement globuleux.*

Palpation. Il faut rechercher :

1. *L'élévation locale de la température*, signe de grosse valeur.

2. *L'épaississement synovial* :

Au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital;

Au niveau de l'interligne, et souvent le ménisque interne paraît épaissi;

Enfin, si l'on trouve un choc rotulien c'est un choc sourd, étouffé, assourdi et non le choc clair de l'hydarthrose.

3. *L'empâtement profond, léger*, péri-articulaire.

4. *Les points douloureux osseux*, surtout à la partie antéro-interne du tibia, à la partie postéro-externe du condyle externe, qui prennent une grosse valeur s'ils sont limités, fixes, constants.

L'on recherchera encore :

La limitation des mouvements comparativement des deux côtés.

L'amyotrophie et surtout l'hypotonie du quadriceps.

L'adénopathie, enfin.

Elle peut manquer au début, l'adénopathie n'apparaissant que du quatrième au sixième mois le plus souvent, l'absence de ganglion ne doit donc pas faire rejeter le diagnostic.

L'adénopathie inguinale n'a de valeur que par rapport au côté opposé.

L'adénopathie iliaque est plus importante.

C'est une adénopathie *froide, indolore, sans empâtement.*

Radiographie des deux genoux *sur une même plaque* en position symétrique.

a. Elle est souvent *négative*, car les signes radiologiques sont tardifs;

b. Les premiers symptômes radiographiques seront :

1. Parfois une *augmentation de hauteur de l'interligne* avec *décalcification légère*;

2. Un peu plus tard :

Le pincement de l'interligne;

Le flou de la ligne conjugale;

Enfin, chez les sujets jeunes, l'*avance de l'ossification du noyau épiphysaire.*

En résumé, les symptômes observés sont ceux d'une arthrite subaiguë. En l'absence des signes radiologiques ou de lésions tuberculeuses concomitantes, il est impossible à cette phase d'affirmer le diagnostic. Il faut faire l'épreuve du repos au lit, et seule l'évolution viendra trancher le diagnostic.

Abandonnée à elle-même, en huit à douze mois, insensiblement l'affection a

II. **Période d'état.** — **Signes fonctionnels.** — *Douleurs* et *claudication* se sont accrues.

Signes physiques. — Inspection :

Membre demi-fléchi, la jambe en rotation externe.

Le genou est gros, globuleux, la peau est blanche, blafarde, sillonnée de veinosités dilatées.

L'amyotrophie du quadriceps, considérable, rend le genou plus gros encore.

Palpation :

Augmentation considérable de la chaleur locale.

Hypertrophie des épiphyses, en réalité due à l'œdème péri-articulaire, est donc plus apparente que réelle.

Fongosités qui forment des masses molles peu saillantes, distendant la synoviale.

Mouvements. — Genou, immobilisé en demi-flexion, ne peut être *redressé*.

L'adénopathie inguino-iliaque est considérable.

La radiographie montre :

Le flou articulaire;

La décalcification intense;

L'aspect dentelé de la ligne de contour de l'os;

L'atrophie du cylindre osseux diaphysaire;

L'hypertrophie du noyau épiphysaire chez les sujets jeunes.

Mais à cette période :

a. La déformation est fixée par la contracture, l'extension continue ou l'anesthésie générale permettront l'immobilisation en bonne position.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

GYNOCRINOL
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE
LIPOÏDE OVARIEN
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

IODONE ROBIN
Gouttes - Comprimés - Injectable
ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS À L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928
DELBIASE
STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET
PRINCIPALES INDICATIONS
TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES — ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX — PROPHYLAXIE DU CANCER
DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — M. le docteur Metzger a été nommé chirurgien titulaire du service des enfants, en remplacement de M. le docteur Ch. Martin.

M. le docteur Testard a été nommé médecin titulaire du service des nourrices, en remplacement de M. le docteur Cocard.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours pour un emploi de chef des travaux d'histologie à l'Ecole de médecine s'ouvrira devant l'Ecole, le lundi 8 octobre 1929, à 9 h.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant la date du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Puyhaubert (d'Alexandrie), Etchegoïn (Argentine).

Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Joseph Hug (de Merlebach), Jullich (de Saulces-Monclin), Lebreton (de Marseille).

Agriculture. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Javal (de Paris).

Colonies. — *Au grade d'officier.* (Titre civil.) — M. le médecin principal de 1re classe Nemorin.

Au grade de chevalier. (Titre civil.) — M. le docteur Ranaivo (de Tananarive).

Ministère des Pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Georges Virenque.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Augistrou (de Bordeaux), Barbe (de Nice), Bouchez (d'Amiens), Bouissou et Brun (de Marseille), Bulliard (de Paris), Carrieu (de Montpellier), Clausmann (de Paris), Coudray, Ferrari et Goinard (d'Alger), Golse (de Bordeaux), Hesnard et Marcandier (de Toulon), Mélis, Montpellier, Porot et Raynaud (d'Alger).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bastide (de Toulon), Benard (de Paris), Béthoux (de Grenoble), Boyer (de Marseille), Charrier (de Bordeaux), Cleuet (de Lille), le médecin commandant Codvelle ; Colldécarréra (de Montpellier), Condat (de Toulouse), Cordier (de Lille), Dausset (de Paris), Debono (de Sétif), Debray (de Paris), Dechambre (de Clermont-Ferrand), Duboucher et Dumolard (d'Alger), Durand (de Paris), Fabre (de Lille), Fontès (de Strasbourg), Fourest (d'Alger), Gallois et Gaté (de Lyon), Gaudier (de Lille), Mlle Giboulot et MM. Hazard (de Paris), Hermann (d'Alger), Jeanneney (de Bordeaux), Lagarde (de Marseille), Margaillan (d'Alger), Mercier (de Paris), Miginiac (de Toulouse), Morel (de Lille), Philibert (de Paris), Roblin (de Poitiers), les médecins commandants Solier et Toullec ; Tourneux (de Toulouse), Turchini (de Montpellier), Vincent (de Poitiers), Vintemberger (de Strasbourg), Vullien (de Lille).

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — M. le docteur Hamel est nommé médecin des Affaires étrangères.

ACADÉMIE DE FRANCE A ROME. — L'indemnité allouée au médecin chargé du service médical à l'Académie de France à Rome est portée, à partir du 1er janvier 1929, à 2.400 lires. Cette indemnité sera payée mensuellement à raison de 200 lires.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXIVe Session du Congrès des médecins aliénistes et neu-

COQUELUCHES
AQUINTOL MIALHE

rologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Lille, du 21 au 26 juillet 1930.

Président : M. le professeur Abadie (de Bordeaux); vice-président : M. le docteur Pactet, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine; secrétaire général : M. le docteur Pierre Combemale, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, médecin des Asiles.

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIVe Session.

Psychiatrie. — « Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. » Rapporteur : M. le docteur Lamache, ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris.

Neurologie. — « Les réflexes de posture élémentaires. » Rapporteur : M. le docteur Delmas-Marsalet, chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Assistance psychiatrique. — « L'application de la loi sur les Assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux. » Rapporteur : M. le docteur Calmettes, médecin chef de l'Asile de Limoges.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Pierre Combemale, secrétaire général de la XXXIVe Session, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

Le prix de la cotisation est de 50 fr. pour les membres adhérents et de 30 fr. pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 10 juin 1930 recevront les rapports dès leur publication.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duburque (de Bersée).

PRATIQUE MÉDICALE

UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE (1)

Par M. le docteur Marcel GUESNÉ (de Nort-sur-Erdre).

Après avoir passé en revue les différents traitements de la coqueluche et montré combien les résultats des médicaments spécifiques, vaccins, sérums, sont aléatoires, combien délicat est l'emploi des différents anti-spasmodiques jusqu'ici proposés, l'auteur donne la préférence au somnifène dans le traitement de l'élément spasme qui, conditionnant la violence des quintes, les vomissements, les efforts de toutes sortes, fait en somme la gravité de la coqueluche.

Certes, l'auteur avait déjà utilisé avec succès le somnifène dans de multiples indications : les insomnies, l'agitation, le mal de mer, etc. Aussi, eut-il l'idée de l'employer chez les enfants atteints de coqueluche grave. Chez ces malades, toute la thérapeutique habituelle avait échoué; M. Guesné fit donc prendre du somnifène à la dose de III gouttes toutes les deux heures et il eut la satisfaction de constater, non seulement l'arrêt des vomissements, mais encore la terminaison rapide de la maladie.

Depuis cette époque, il traite ainsi tous ses cas de coqueluche et il n'a jamais eu un seul échec. Il donne I, II, III, IV gouttes toutes les deux heures suivant l'âge de l'enfant. Ainsi traitée, la maladie ne dure pas plus de quinze jours et l'auteur n'a jamais eu le moindre ennui. Sans doute, les enfants sont un peu somnolents pendant toute la durée du traitement, mais cette somnolence n'est pas un inconvénient puisqu'elle permet de les maintenir au lit et de les surveiller plus facilement.

A la fin de sa communication, M. Guesné cite l'avis de ses confrères qui ont employé cette méthode et en ont obtenu les meilleurs résultats. Il ajoute que cette nouvelle indication du somnifène est, en somme, la conséquence logique des propriétés puissantes de ce médicament utilisé par tant d'auteurs dans tous les cas d'hyperexcitabilité du système nerveux.

(1) *Concours médical*, Paris, n° 53, 30 déc. 1928.

Insomnies Toux nerveuses BROMÉINE MONTAGU

REVUE DES THÈSES

De la Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère dans la vessie (1), par Yves GOURRIOU.

On peut donner de la lésion décrite par Gourriou la définition suivante : saillie dans la vessie, sous la muqueuse vésicale refoulée, de l'extrémité terminale de l'uretère, dilaté en amont d'une sténose méatique.

Le premier travail d'ensemble sur la question a été fait par English (1898); de nombreuses études ont suivi jusqu'à la récente thèse de Marmier (1913). Gourriou rapporte trois observations intéressantes, dont deux inédites, qui lui ont été confiées par le professeur Jeanbrau.

La lésion ne sera pas confondue avec le prolapsus ou les kystes de l'extrémité inférieure de l'uretère, si l'on tient bien compte des caractères donnés dans la définition.

Anatomiquement, elle se présente avec un volume habituellement petit (dans le cas de Lechler, toutefois, elle a pu remplir la vessie); l'orifice méatique est rétréci ou imperforé; le pseudo-kyste est recouvert par la muqueuse vésicale.

La pathogénie peut être, à l'heure actuelle, conçue de la manière suivante : sténose congénitale du méat; dilatation rétro-stricturale; saillie intracavitaire facilitée par la faiblesse de la paroi vésicale.

Cliniquement, le seul signe est la dysurie, nullement pathognomonique; la cystoscopie seule précisera les caractères de la lésion.

Des complications assez fréquentes peuvent survenir : hydronéphrose, infection, formation de calcul dans la cavité pseudo-kystique, engagement de la tumeur dans l'urètre et procidence au méat urétral.

Dans les cas non compliqués, le diagnostic est à faire avec : prolapsus, bourgeon inflammatoire, polype, calcul intramural. Dans les cas compliqués, avec : cystite et pyélonéphrite, tumeurs du vagin ou de l'urètre, polypes pédiculés, prolapsus vésicaux.

Le traitement consiste dans l'incision, la discision ou la résection circulaire du pseudo-kyste, complétée par la suture des lèvres muqueuses uretérale et vésicale. On accédera à la tumeur par les voies naturelles ou par la taille hypogastrique.

Les complications pourront nécessiter lavages du bassinet ou néphrectomie.

ANDRÉ GUIBAL.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

(1) *Th. de Montpellier*, 1928, n° 11, 31 pages. — « L'Ouvrière », édit., Nîmes.

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie, le

SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE PUR)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique **l'éliminateur naturel**
(*acide thyminique*) élaboré normalement par l'organisme sain;
assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,**
sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. *DOSE MOYENNE :* 3 à 6 comprimés par jour.

L'acide thyminique est un médicament qui, employé pur, suffit à la cure complète de l'arthritisme. Son association avec d'autres médicaments ne repose sur aucune nécessité scientifique et ne peut qu'entraver l'institution d'une posologie convenable.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, PARIS 1371

R. C., 78.026, Seine

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

LES ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS-4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE · AMÉNORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

NÉVRAXITE AIGUE ET GROSSESSE

PAR MM.

LÉON TIXIER, Médecin de la Charité, et STANISLAS DE SÈZE, Interne des hôpitaux de Paris.

Les cas d'encéphalite, si répandus il y a seulement quelques années, ne sont plus observés actuellement que d'une façon exceptionnelle : et les quelques réflexions que nous suggère uue observation récente d'une névraxite aiguë mortelle chez une femme enceinte de sept mois et demi, ne peuvent prétendre au mérite de l'actualité. De tels faits posent cependant des problèmes assez importants — problèmes obstétricaux et problèmes neurologiques — pour que nous ayons voulu nous efforcer, sinon de les résoudre, du moins d'en esquisser les principales données.

Une femme de vingt-huit ans, enceinte de sept mois et demi, entre à l'hôpital de la Charité, le 15 mai 1928, pour une *phlébite* du membre inférieur gauche, présentant tous les caractères cliniques de la « phlegmatia alba dolens » banale.

Dès le premier jour, on trouve notée sur l'observation l'existence d'un *nystagmus* spontané, apparaissant de façon intermittente, par périodes de dix à quinze minutes, au cours de la journée. Nous apprenons, par l'entourage, que ces secousses sont apparues pour la première fois lorsque la malade avait six ans, à la suite d'une période de convulsions (?). Très fréquentes pendant toute l'enfance de la malade, ces crises de nystagmus s'étaient espacées par la suite au point de disparaître presque complètement : le mari de cette femme ne les avait jamais remarquées. On nous apprend encore, à cette occasion que, quelque temps après la période des convulsions s'était produit un épisode de mouvements involontaires : d'après la description très vague qu'on nous en donne, il paraît s'être agi de mouvements choréiques. En outre, cette affection nerveuse passagère aurait laissé derrière elle, à titre de véritables séquelles psychiques, un certain degré d'instabilité nerveuse avec émotivité excessive, crises de larmes difficilement explicables, à propos de la plus légère contrariété.

Une douzaine de jours après son entrée à l'hôpital, la malade, qui depuis quelque jours se plaignait d'*insomnie*, fait, dans le courant de la nuit, une *crise épileptique bravais-jacksonienne* localisée au bras gauche. En même temps, la température monte à 38°5. La nuit suivante, se produisent une dizaine d'accès; le lendemain, pendant toute la journée, les crises comitiales se répètent de façon subintrante; tantôt, il s'agit de crises purement brachiales; tantôt les convulsions envahissent l'hémiface gauche, ou même se généralisent : la malade perd alors connaissance, ses sphincters se relâchent, et la crise est suivi de stertor. Chacun des accès convulsifs n'est guère séparé du suivant que par quelques minutes. Pendant ce court intervalle, elle reste plongée dans une torpeur profonde. On remarque que le nystagmus qui, les jours précédents, ne se produisait que d'une façon intermittente, tend à devenir permanent. Vingt-quatre heures plus tard, malgré le chloral, le gardénal, la morphine donnée à haute dose, aucune amélioration ne s'est manifestés. Au contraire, non seulement l'état de mal épileptique dure toujours, mais encore on voit persister entre les accès, une paralysie flasque complète du membre supérieur gauche avec parésie faciale du même côté. Le nystagmus ne cesse plus, surtout l'état général s'aggrave : le facies s'altère, la température monte à 39 degrés, la malade reste plongée dans une somnolence continuelle, prostrée et inconsciente; l'incontinence des sphincters est totale. A noter, sur la lèvre supérieure, deux vésicules d'herpès.

C'est alors que, dans l'après-midi, la situation vient encore se compliquer d'un début de travail. Le soir, dans le service du docteur Levant, on pratique l'extraction au forceps d'une fille vivante pesant 5 livres, la mère étant toujours en état de mal comitial.

L'accouchement est suivi d'une sédation des phénomènes convulsifs, malheureusement très courte. Après quelques heures de calme, les secousses épileptiques reparaissent. Pendant les très rares et très brèves accalmies, on note des *secousses myocloniques* très nettes au membre supérieur ot au membre inférieur gauche, ainsi que dans l'hémiface gauche... Dès lors, la situation s'aggrave rapidement. Malgré l'injection répétée de salicylate de soude et l'uroformine à hautes doses, malgré une tentative thérapeutique par l'anesthésie générale au somnifène intraveineux, les événements se précipitent.

La fièvre reste élevée à 39 degrés. Les troubles moteurs s'aggravent. Aux crises convulsives succèdent d'abord une hémiplégie flasque de tout le côté gauche, contrastant avec une *hypertonie* intense des membres supérieurs et inférieurs droits; puis, une *quadriplégie* flasque et douloureuse, avec atteinte des muscles du cou, tête ballante. Les signes oculaires se modifient : le nystagmus, qui ne cessait plus depuis quelques jours, disparaît d'abord par intermittence, puis cesse complètement, faisant place à *une paralysie des mouvements oculaires de latéralité*, avec *ptosis* transitoire. Très rapidement apparaissent des *escarres* fessières et talonnières, des troubles psychiques à type de confusion mentale.

La mort survient le 29 mai, hâtée par une broncho-pneumonie de la base droite.

*
* *

Bien que les circonstances nous aient permis de pratiquer seulement l'examen macroscopique des centres nerveux et de constater une hyperhémie vasculaire de la région corticale, nous avons posé sur le cas de cette malade l'étiquette de névraxite, ou, si l'on veut, d'encéphalomyélite aiguë à symptomatologie corticale prédominante. Ce tableau clinique, fait de fièvre, d'herpès, de somnolence, de symptômes neurologiques multiples (convulsions, secousses musculaires cloniques, paralysies oculaires, nystagmus, etc.) est déjà suffisamment explicite. Une ponction lombaire, pratiquée dans le cours de la maladie, mit simplement en évidence, avec une légère albuminose et une réaction lymphocytaire discrète, une très forte hyperglycorachie : 1g58 de sucre par litre, apportant au diagnostic un nouvel appoint.

Il est bien évident qu'en l'absence d'examen histologique et de test biologique, on ne peut porter une affirmation tout à fait absolue; il est impossible, notamment, d'écarter sans réserves l'hypothèse d'une forme très anormale de maladie de Heine-Medin, ou d'une névraxite aiguë à virus neurotrope spécial, distinct à la fois de celui de l'encéphalite et de celui de la poliomyélite. C'est donc en prenant ce terme dans son sens le plus large que nous avons prononcé le mot d'encéphalomyélite ou de névraxite infectieuse aiguë.

*
* *

Il n'est pas fréquent, certes, de voir des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne constituer l'accident initial, puis l'élément symptomatique prédomi-

nant d'une névraxite aiguë. On trouve cependant, dans la littérature médicale, des exemples assez nombreux d'encéphalite, même d'encéphalite épidémique bien définie, à symptomatologie convulsive.

— Rappelons d'abord le cas d'Alfred Khoury (1), où l'on voit survenir tout d'un coup, au cours d'une encéphalite typique, avec ptosis, strabisme, fièvre, une crise d'épilepsie bravais-jacksonienne brachiale gauche. Ces crises se répètent et la mort survient au bout de trente-six heures.

— Dans un cas de Verbizier (2), l'état léthargique s'installe brusquement, au cours d'une crise épileptique. Chez un autre malade observé par le même auteur, la mort survient au cours d'une violente crise d'épilepsie; l'autopsie montre une simple congestion méningée avec suffusions sanguines dans l'écorce de la région psycho-motrice.

— Dumolard et Aubry (3) ont observé à Alger plusieurs cas d'encéphalite aiguë avec prédominance de manifestations convulsives. Dans un de ces cas, par exemple, le malade présentait des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne localisées à la moitié du corps et se reproduisant de façon très fréquente. Il existait un coma incomplet qui s'accentuait à chaque crise... Aux convulsions succéda bientôt une hémiplégie complète du même côté, avec abolition des réflexes, de sorte que les auteurs crurent à une irritation corticale mécanique et firent pratiquer une décompressive... Cependant ce malade présentait, entre les grandes convulsions jacksoniennes, quelques secousses convulsives rythmiques isolées des membres, de la face et de l'abdomen du même côté. C'est l'histoire même de notre malade. Il est intéressant de noter que, dès 1920, ces deux auteurs insistaient sur le pronostic particulièrement sévère de ces formes « corticales ».

— Quelques mois plus tard, Guillain (4) publiait un nouveau cas d'encéphalite léthargique avec crise épileptique initiale. Il s'agissait d'une crise épileptique bravais-jacksonienne typique à début facial avec morsure de la langue, incontinence des urines, stertor. La fièvre ne vint qu'ensuite, bientôt suivie de somnolence, de ptosis. L'affection guérit.

— La localisation du virus neurotrope sur la région corticale apparaît bien plus élective encore dans une curieuse observation de Litwak (5). Une encéphalite, contractée en 1918, s'accompagne d'accès convulsifs, d'hémiplégie droite et d'aphasie. L'encéphalite guérit, mais laisse derrière elle, comme séquelles, une hémiparésie avec hémianesthésie, une alexie et une agraphie totales, et des *crises d'épilepsie typiques*, à prédominance droite, se répétant périodiquement, à la manière d'un véritable mal comitial. En 1924, une nouvelle poussée aiguë avec céphalée, fièvre et *hoquet* vient affirmer à nouveau la nature vraiment encéphalitique de cette séquelle corticale.

(1) KHOURY. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 mai 1918.
(2) VERBIZIER. *Réunion médicale interalliée de la 11e région*, 4 sept. 1918.
(3) DUMOLARD et AUBRY. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mars 1920.
(4) GUILLAIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 oct. 1920.
(5) LITWAK. *Revue neurol.*, 6 mars 1924.

— Bériel et Devic (1) avaient porté le diagnostic de méningite tuberculeuse probable chez un sujet présentant des *crises convulsives* généralisées, avec phase tonique, phase clonique et stertor, aboutissant au coma permanent et à la mort : l'autopsie montra des lésions absolument caractéristiques de l'encéphalite.

— Bien d'autres observations de ce genre ont été publiées. Chauffard, Netter et Achard (2) ont rapporté des cas analogues. Poligone (3) en a retrouvé dans les travaux américains. H. Durand (4), dans une revue générale de 1920, fait déjà mention de ces accidents d'épilepsie bravais-jacksonienne au cours de l'encephalite épidémique. Il parle même des cas où les accès épileptiques se succèdent d'une façon quasi-subintrante, comme chez notre malade.

Il est bien vraisemblable que cette symptomatologie convulsive, au cours de la névraxite aiguë, traduise une extension insolite du virus vers la région corticale. Il semble bien qu'on doive rapprocher ces observations de certaines formes « psychiques » et aussi de certaines formes aphasiques décrites par L. Kindberg et M. Lelong (5) pour les faire entrer dans le cadre des *formes hautes corticales* de la névraxite épidémique. Elles formeraient en quelque sorte le pendant des *formes basses*, médullaires, radiculaires et polynévritiques qui ont retenu davantage, jusqu'à présent, l'attention des auteurs.

*
* *

Devions-nous voir, dans l'éclosion d'une encéphalite aiguë chez cette femme enceinte de sept mois et demi, l'effet d'une simple coïncidence? Ou bien, au contraire, y a-t-il lieu d'établir entre l'état de gravidité de cette malade et l'apparition de la névraxite, un lien étiologique? Nous nous posions cette question lorsque nous entendîmes parler d'une autre malade entrée quelques jours auparavant dans un service voisin du nôtre pour une encéphalite aiguë très grave. Elle était enceinte de neuf mois. Quelques heures après l'accouchement d'un fœtus macéré, elle mourait dans le coma.

La coïncidence était assez frappante pour que nous pussions nous demander si la grossesse ne constituait pas, pour le virus de ces névraxites aiguës, un terrain d'élection.

Etant donnés les antécédents si particuliers de notre malade, nous devions, en outre, envisager la question sous un angle plus spécial : la grossesse était-elle donc capable de réveiller une infection encéphalitique de l'enfance, éteinte en apparence depuis de longues années?

Telles sont les deux questions que nous nous poserons successivement.

I. La grossesse prédispose-t-elle à l'encéphalite? — A vrai dire, la question n'est pas nouvelle. Il y a

(1) BÉRIEL et DEVIC. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 mars 1926.
(2) CHAUFFARD, NETTER et ACHARD. *Soc. anat. de Paris*, séance du 4 nov. 1926.
(3) POLIGONE. *Th. de Paris*, 1926.
(4) H. DURAND. *Revue de méd.*, 1920, n° 6.
(5) L. KINDBERG et M. LELONG. *Soc. méd. des hôpit.*, 4 nov. 1921.

près de dix ans, MM. Lereboullet et Mouzon (1), ayant observé deux encéphalites aiguës à forme choréique, survenues l'une chez une convalescente de grippe, l'autre chez une jeune femme enceinte de six mois, se demandaient « si un certain degré d'anergie ne joue pas un rôle important dans le développement du virus de l'encéphalite, et dans sa fixation sur les différents étages du tronc encéphalitique. L'anergie « grippale » lui crée un terrain d'élection. Mais l'anergie de la grossesse ne peut-elle pas également jouer un rôle dans son apparition? »

Il est à peu près impossible de répondre à cette question. Certes, le nombre de cas publiés d'encéphalite survenant chez des femmes enceintes, est extrêmement élevé. Lereboullet et Mouzon, Couvelaire et Trillat, Anderodias, Klippel et Baruk, Marinesco, Voron et Pigeaud, Purget, Houel et Gruny, Mercier, Andrieux et Mlle Bonneaud, Achard, Jorge, pour ne citer que ces quelques noms, en ont rapporté, en France, de très nombreux exemples. De plus nombreux exemples encore ont été cités à l'étranger, par Novaès e Sousa, Santi, Schwartz, Repond, Bonnister, Garnett, etc. On trouvera d'ailleurs dans plusieurs thèses (Th. de Robinson (1921), de Jandot (1922), de Poligone (1927), de Debon (1928), la bibliographie très abondante de cette question. Qu'on nous permette seulement de citer la statistique vraiment impressionnante donnée par Mlle Lévy, dans sa thèse : sur 77 cas de manifestations post-encéphalitiques tardives observées chez la femme, *17 fois* l'encéphalite était survenue au cours d'une grossesse ou pendant les suites de couche. Une proportion aussi élevée ne permet guère d'admettre la simple coïncidence. Si l'on songe, en outre, que, selon toute apparence, beaucoup de prétendues *chorées gravidiques* doivent rentrer en réalité dans le cadre des *encéphalites gravidiques* à type choréiforme, on ne peut se défendre de partager l'impression de Mlle Lévy, de Debon : à savoir que l'état de gravidité constitue pour le virus encéphalitique, un véritable foyer d'appel.

Evidemment, il ne peut s'agir d'autre chose que d'une impression. On ne pourra jamais savoir si, dans tel cas déterminé, l'encéphalite ne serait pas tout aussi bien survenue en l'absence de grossesse. C'est pourquoi nous considérerons comme plus probantes, peut-être, pour établir l'existence de cet état d'anergie encéphalitique créé par la gravidité, les observations où l'on voit une grossesse réveiller une infection encéphalitique éteinte en apparence depuis de longues années.

II. La grossesse peut-elle réveiller une infection encéphalitique ancienne? — On se rappelle que, dans les antécédents de notre malade, on retrouvait, à l'âge de six ans, une épisode de convulsions, ayant laissé à sa suite, comme séquelles, un nystagmus apparaissant de façon très intermittente, quelques mouvements choréiques, et un certain degré d'instabilité psychique. Etait-il légitime d'établir un rapport intime entre cette première atteinte des centres nerveux et l'affection nerveuse qui a causé la mort? La lecture attentive de l'observation montre en tout cas ceci : *convulsions* et *nystagmus* résument l'épisode ancien. *Convulsions* et *nystagmus* furent constamment au premier plan de l'épisode terminal : la réapparition du nystagmus, par crises de plus en plus fréquentes, ouvre la scène, les crises convulsives s'y joignent bientôt; convulsions et nystagmus finissent par devenir permanents; enfin les syndromes d'excitation font place aux syndromes de dépression : au nystagmus, succède une paralysie de fonction des mouvements latéraux, tandis qu'aux mouvements épileptiques, succèdent les paralysies flasques.

L'analogie entre l'un et l'autre épisode était assez frappante : nous pouvions nous demander s'il ne s'agissait pas d'une seule et même affection, et si nous n'avions pas assisté, selon toute probabilité, *au réveil brutal, provoqué par une grossesse, d'une infection névraxique apparemment guérie depuis près de vingt ans.*

Le fait qu'une encéphalite apparemment éteinte puisse se rallumer des années et des années après l'épisode initial, n'a rien qui puisse aujourd'hui surprendre, le pouvoir de persistance extrêmement prolongée du virus encéphalitique au sein de la substance nerveuse, ayant été cliniquement et expérimentalement démontré. Faut-il admettre que la grossesse puisse exercer une action favorisante sur cette réviviscence? Notre observation, qui tendrait à faire admettre cette influence fâcheuse, est d'autant plus intéressante à cet égard, qu'elle ne constitue pas un fait clinique isolé. Si les observations analogues n'abondent pas, il en existe cependant, quelques-unes, où l'enchaînement des phénomènes apparaît si clairement, que leur petit nombre n'enlève rien à leur valeur démonstrative.

— Une femme, observée par Mlle Gabrielle Lévy (1), présente, au début d'une grossesse, un syndrome parkinsonnien. On apprend alors que, deux ans auparavant, en janvier 1919, cette femme avait présenté une encéphalite légère... Depuis lors, elle était restée en parfaite santé apparente : il avait fallu cette grossesse malencontreuse pour provoquer le réveil de l'infection nerveuse. A propos de cette observation Mlle Lévy pose déjà, très formellement, la question de l'influence fâcheuse de la grossesse sur l'évolution tardive de l'encéphalite.

— Dans le cas de *Danhing et Becuwe* (2) une femme présente, à la fin d'une grossesse normale, une encéphalite léthargique aiguë. Elle accouche normalement. Les suites de couches sont normales. L'encéphalite s'apaise et guérit. Quelques mois plus tard, cette femme est à nouveau enceinte : au huitième mois, éclate une nouvelle poussée d'encéphalite aiguë qui détermine la mort.

— Dans deux cas de del Sol (3), on retrouve cette

(1) Lereboullet et Mouzon. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 mars 1920.

(1) Mlle G. Lévy. Loc. cit.

(2) Dauhing et Becuwe. Réveil d'une encéphalite léthargique provoqué par une grossesse, *Soc. de méd. du Nord*, fév. 1924.

(3) Del Sol. *Revista di obst. e gyn. prat.*, mars 1924. Cité par Poligone.

même influence néfaste de la gestation, réveillant une encéphalite ancienne et apparemment guérie.

— Voici maintenant, très résumée, la belle observation de Martin, Dechaume et Mallastre (1), où l'on voit se manifester avec évidence le rôle excitant et aggravant de la gestation et de l'accouchement, agissant sur l'encéphalite comme le soufflet sur la braise.

Une femme de vingt-quatre ans, apparemment bien portante, est accouchée au forceps le 7 mars 1926. Le 9 mars, dans la matinée, la malade perd brusquement connaissance et présente une crise de contracture des membres supérieurs accompagnée par moments de légers mouvements athétosiques. A partir de ce moment, se produisent, environ toutes les demi-heures, de semblables crises tétaniformes; il existe en même temps du nystagmus horizontal. La malade sort quelques instants de son coma, puis y retombe définitivement; le soir, apparaissent des troubles respiratoires et la mort ne tarde pas.

A l'autopsie, on ne trouve qu'une augmentation de volume, avec consistance œdémateuse, de la région des noyaux gris et de la région sous-thalamique. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un état inflammatoire *subaigu* ou même *chronique*, caractérisé par la présence de manchons lymphocytaires autour des vaisseaux, par une augmentation considérable du nombre des noyaux névrogliques, par de petites hémorragies discrètes et un état œdémateux prédominant dans les gaines périvasculaires. Les lésions cellulaires sont très discrètes. Bref, le diagnostic histo-pathologique d'encéphalite ne semble pas douteux. D'autre part, les lésions des tuniques vasculaires (infiltration des espaces lymphatiques et des tuniques vasculaires elles-mêmes par des pigments ferriques) indiquent qu'il s'agit là d'un *processus subaigu* évoluant depuis plusieurs semaines au moins, et peut-être bien davantage.

Que conclure, sinon que cette encéphalite torpide latente a été *réveillée*, ou, pour employer l'expression des auteurs, démasquée par cette fatigue physiologique intense qu'est l'accouchement.

N'est-ce point d'ailleurs ainsi que les choses se passent dans le domaine expérimental? Et n'a-t-on point montré (2) que chez le lapin des lésions subaiguës d'encéphalite peuvent rester très longtemps en sommeil, absolument latentes, jusqu'au jour où, grâce à l'intervention d'une infection secondaire, des accidents graves éclatent, entraînant la mort en quelques heures?

Comme Mlle Lévy, nous ne croyons point à la coïncidence. Il est logique, nous semble-t-il, d'admettre que la grossesse peut se comporter, vis-à-vis de l'encéphalite, comme elle se comporte si souvent à l'égard du rhumatisme cardiaque ou de la tuberculose : c'est-à-dire qu'elle est capable de déclancher une nouvelle *poussée évolutive* de l'infection; de donner, à des lésions en apparence stabilisées, le *coup de fouet* qui leur fait reprendre leur marche.

Il s'agit là d'une manière de voir dont l'intérêt pratique est assez évident pour qu'il nous ait paru utile de lui donner l'appui d'une nouvelle observation. Encore qu'on ait publié des cas négatifs (1), on fera bien de se souvenir, à l'occasion, des cas moins heureux où la grossesse a exercé, sur l'évolution tardive de l'encéphalite, l'influence la plus désastreuse. « Si la femme a eu une encéphalite, écrit Poligone (2), on interdira absolument la survenue d'une grossesse, alors même que la maladie semble guérie; car nous savons comment celle-ci est réveillée facilement par la gestation. » Nous sommes assez tentés de nous ranger à cette opinion.

III. **La grossesse modifie-t-elle le tableau clinique de l'encéphalite?** — Lorsque, soit prédisposition, soit hasard, une femme enceinte contracte une névraxite aiguë, se comporte-t-elle vis-à-vis de la maladie comme n'importe quel autre sujet? Il semble bien au contraire, que la grossesse, après avoir favorisé l'éclosion de l'encéphalite, imprime ensuite un caractère spécial à l'évolution des accidents.

S'il n'est pas démontré que la grossesse modifie la symptomatologie même de l'encéphalite, il est absolument certain qu'elle en aggrave la marche.

A vrai dire, on ne peut pas l'affirmer. Debon énonce dans sa thèse récente cette opinion que l'encéphalite garde au cours de la puerpéralité, l'allure symptomatique qu'elle aurait en dehors de cet état physiologique... Nous avons été frappés, cependant, par ce fait que, chez ces deux jeunes femmes admises presqu'en même temps à l'hôpital de la Charité pour encéphalite gravidique, les *troubles excito-moteurs* avaient été chaque fois au premier plan, à telle enseigne qu'on avait envisagé le diagnostic d'éclampsie dans un cas, de tétanos dans l'autre.

On se rappelle que, chez notre malade, le principal élément symptomatique fut un état de mal épileptique. Chez l'autre malade (3), c'était une hypertonie considérable qui fit penser au tétanos, à une hémorragie méningée, à une intoxication par la strychnine. Peut-être, après tout, s'agissait-il d'une coïncidence... Cependant des observations semblables se retrouvent assez nombreuses.

— Chez une des malades de Purget, Houel et Gruny (4) les convulsions dominaient la scène et le diagnostic posé à l'entrée fut, comme dans notre cas, le diagnostic d'*éclampsie*. N'est-ce pas assez significatif? L'histoire d'une malade de Novaës et Sonsa (5) est la réédition de notre observation : encéphalite au terme de la grossesse, *mouvements convulsifs* du bras droit, de la jambe droite et de la face, fièvre... accouchement; aggravation de tous les symptômes, fièvre plus élevée..., enfin les mouvements convulsifs de l'hémiface et du bras droit disparaissent, tandis que l'état général s'aggrave. La malade tombe dans le coma et meurt.

---

(1) Martin, Dechaume et Mallastre. Encéphalite épidémique latente démasquée par l'accouchement, *Soc. anat. de Paris*, séance du 4 nov. 1926.

(2) Kling, David et Liljenqwist. *Soc. de biol.*, 1922, t. II, p. 71.

(1) Guillain et Gardin. Observation d'une grossesse évoluant, chez une parkinsonienne, sans réveil de l'encéphalite, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 oct. 1921.

(2) Poligone. *Th. de Paris*, 1926.

(3) Th. de Delor, obs. I.

(4) Purget, Houel et Gruny. *Sud méd.*, 15 déc. 1921.

(5) Novaës et Sonsa. Cité par Ricardo Jorge. *Paris méd.*, 4 juin 1921.

Voici maintenant, dans l'observation de Martin, Dechaume et Mallastre (1), déjà citée plus haut, une réédition de l'observation de Debon : quarante heures après un accouchement qui semblait normal, la malade perd brusquement connaissance, et présente aussitôt *des contractures* des membres supérieurs. Quatre crises semblables se reproduisent dans la matinée. L'après-midi, nouvelles séries de *crises subintrantes tétaniformes, avec opisthonos* : toute tentative d'examen détermine une telle augmentation de la contracture, que la ponction lombaire est impossible. Noter que les urines ne contiennent pas d'albumine. Les crises de contractures se répètent jusqu'au soir, et la malade meurt dans la nuit.

— Dans bien d'autres observations encore, concernant des femmes enceintes, nous voyons l'encéphalite réaliser principalement des mouvements involontaires inusités. Faut-il rappeler l'observation de Mercier (2), où la malade présente, au septième jour de son encéphalite, des mouvements cloniques épileptiformes des deux membres inférieurs ? Faut-il rappeler que Poligone (3) a retrouvé dans des observations américaines, des encéphalites gravidiques avec crises épileptiques localisées? Chez la malade de Lereboullet et Mouzon (4), enceinte de cinq mois dominait le tremblement des membres supérieurs, avec des secousses musculaires fréquentes et amples aux membres supérieurs. Les deux encéphalites observées par Marinesco (5), chez des femmes enceintes de cinq mois et demi et huit mois, étaient caractérisées essentiellement par des mouvements rythmiques intenses du membre supérieur droit. Dans un des deux cas publié un peu plus tard par le même auteur (6), c'était encore par des mouvements involontaires de la face, des bras et des jambes, que la névraxite s'extériorisait.

Ajoutons à cela qu'un très grand nombre de chorées aiguës apparaissant chez des femmes enceintes, et groupées sur l'étiquette de chorées gravidiques, doivent en réalité rentrer dans le cadre des *encéphalites* gravidiques à type choréiformes. Harvier et Levaditi (7) en ont donné la preuve expérimentale. Beaucoup d'auteurs parmi lesquels Sicard (8), Lereboullet et Mouzon (9), Babonneix, en ont donné la démonstration clinique. Tous ces cas — et ils sont nombreux — viennent encore grossir le nombre des encéphalites gravidiques où les troubles excito-moteurs constituent l'élément dominant de la symptomatologie... Peut-être y a-t-il là un simple hasard : c'est assez peu probable; encore qu'on n'en puisse donner une explication précise, bien des faits donnent à penser que, survenant chez des femmes enceintes, l'encéphalite s'accompagne de *convulsions*, *de contractures*, *de tremblements*, *de mouvements involontaires choréiques*, bien plus fréquemment que chez tout autre sujet.

IV. La grossesse aggrave-t-elle l'encéphalite? — Ici, il est permis d'être très affirmatif : *sans aucun doute, la grossesse aggrave l'encéphalite.* Comme ils sont capables de faire, d'une encéphalite latente ou assoupie, une encéphalite évolutive, la gestation et l'accouchement peuvent faire, d'une névraxite bénigne, une névraxite mortelle.

Il est inutile de nous livrer ici à une énumération fastidieuse. Il suffit d'ailleurs de se reporter aux observations nombreuses que nous avons citées au cours de cet article. On sera frappé de la proportion extraordinairement élevée des cas mortels, et rapidement mortels. La statistique de Ricardo Jorge (1), où l'on voit que l'encéphalite chez la femme enceinte tue exactement deux fois plus que chez les autres sujets, paraît être encore au-dessous de la vérité. Dans le cas particulier de la femme à terme, ou au voisinage du terme, les choses se passent de la façon suivante : l'encéphalite provoque l'accouchement. L'accouchement est à peu près toujours le signal d'une aggravation : *jamais*, la terminaison de la grossesse n'amène une sédation des phénomènes. Presque toujours, l'accouchement et la délivrance constituent l'événement redoutable, après lequel la maladie brûle les étapes.

C'est dire l'inutilité, le danger même, des interruptions provoquées. Toute intervention — avortement thérapeutique, accouchement provoqué, ou césarienne — tendant à arrêter l'évolution d'une encéphalite gravidique, non seulement manquera sûrement son but, mais encore déterminera une aggravation de la maladie. Après d'autres auteurs, nous avons cherché les observations où l'évacuation artificielle de l'enfant ou du fœtus avait amené l'amélioration des phénomènes infectieux : nous n'en avons trouvé aucune.

*
* *

Arrivés au terme de cette brève étude, nous sommes bien loin d'avoir seulement envisagé la question sous tous ses divers aspects. Nous n'avons pas même abordé, par exemple, le problème de l'avenir immédiat et de l'avenir éloigné de l'enfant né d'une mère encéphalitique. Dans notre cas, en effet, l'enfant, qui ne présentait aucun trouble, fut malheureusement perdue de vue, après la mort de la mère, et n'a pu être retrouvée.

N'apportant aucun appoint personnel qui soit de nature à éclairer ce dernier aspect du problème, nous ne pouvons que renvoyer aux travaux de Klippel et Baruk (2), de Lemaire (3), de Levaditi, Harvier et Nicolau (4), de Mercier, Andrieux et Mlle Bonneaux (5), de Guillain et Gardin (6), et de bien d'au-

(1) MARTIN, DECHAUME et MALLASTRE. *Soc. anat. de Paris*, 4 nov. 1926.
(2) MERCIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 31 mai 1921.
(3) POLIGONE. *Th. de Paris*, 1926.
(4) LEREBOULLET et MOUZON. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 mars 1920.
(5) MARINESCO. *Revue neurol.*, janv. 1921.
(6) MARINESCO. *Revue neurol.*, nov. 1921.
(7) HARVIER et LEVADITI. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1921.
(8) SICARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 mai 1920.
(9) LEREBOULLET et MOUZON. Loc. cit.

(1) JORGE. Loc. cit.
(2) KLIPPEL et BARUL. *Revue neurol.*, 1923, t. I, p. 383.
(3) LEMAIRE. *Th. de Paris*, 1923.
(4) LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. *Soc. de biol.*, 20 mai 1921.
(5) MERCIER, ANDRIEUX et Mlle BONNEAUX. Loc. cit.
(6) GUILLAIN et GARDIN. Loc. cit.

tres encore. Ces travaux établissent, somme toute, que la transmission de la maladie à l'enfant n'est pas constante, mais qu'elle est possible, non seulement par le placenta, mais aussi par le lait de la mère. Tantôt, cette encéphalite entraîne la mort, tantôt elle se réduit à quelques troubles passagers (somnolence, myoclonies, fièvre...), qui finissent par guérir.

Il serait d'ailleurs très utile, au point de vue de l'avenir éloigné des enfants qui survivent, de déterminer, s'il s'agit vraiment de la transmission du *virus*, ou si le simple passage des *toxines* maternelles rend compte suffisamment des troubles observés.

Dans l'ignorance où nous sommes de la véritable nature du virus encéphalitique, la question paraît d'ailleurs bien difficile à résoudre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1929)

Sur un cas d'ostéomalacie amélioré par la radiothérapie ovarienne. — MM. O. CROUZON et L. JUSTIN-BESANÇON présentent une malade atteinte d'ostéomalacie datant d'un an avec douleurs, déformations osseuses considérables, et altération de l'état général.

Sous l'unique influence de la radiothérapie ovarienne, les altérations osseuses ont cessé d'évoluer, l'état général s'est considérablement amélioré et les douleurs ont disparu.

Lithiase biliaire intra-hépatique. — MM. BRULÉ, LEVEUF, et STEHELIN. A l'autopsie d'un malade, opéré pour lithiase du cholédoque, mais chez lequel on ne put faire qu'une cholécystostomie par suite de la gravité de son état, on trouva, en outre, de nombreux calculs dans le cholédoque, une lithiase intra-hépatique.

L'examen histologique décela une cirrhose biliaire peu accentuée et une dégénérescence hépatique, qui, en l'absence de lésions inflammatoires, semblait surtout secondaire à la rétention biliaire. L'examen chimique du calcul montrait une composition se rapprochant de celle de la bile normale, mais avec un remplacement des alcalins par les alcalino-terreux. Il semble que la bile se soit progressivement précipitée derrière l'obstacle cholédocien.

Œdème à rechute et anémie grave chez un nourrisson carencé atteint de bronco-pneumonie récidivante. — MM. RIBADEAU-DUMAS, Max LÉVY et Louis VILLEMIN rapportent l'observation d'un enfant de seize mois, pesant 8k400, qui, depuis l'âge de un an, était atteint de troubles digestifs et d'anorexie, ayant entraîné une stagnation du poids; il présentait, en outre, un léger œdème périphérique, une anémie marquée, un certain degré de rachitisme, le tout entretenu par un régime lacté exclusif et par une infection rhino-pharyngée chronique. Cette observation met en évidence l'extériorisation sous l'effet d'une infection grave, d'un état latent d'œdème larvé lié à des troubles alimentaires.

Influence de la grossesse sur le seuil de sécrétion du glucose au cours du diabète. — M. Max LÉVY rapporte l'observation d'une femme atteinte de diabète bénin caractérisé par une glycémie critique peu élevée, et par un élément rénal peu marqué.

Le développement d'une grossesse accentue la glycosurie. L'étude systématique des variations du seuil de sécrétion révélant son écartement progressif de la glycémie, met en évidence le rôle primordial de la gravidité sur le facteur rénal qui s'accentue au fur et à mesure du progrès de la grossesse.

Insulino-résistance dans le diabète. — MM. F. RATHERY, Maurice RUDOLF, THOYER et H. VILLIERS, après avoir éliminé les fausses insulino-résistances, distinguent l'insulino-résistance complète extrêmement rare et les insulino-résistances partielles ou relatives très fréquentes, ils isolent parmi ces derniers celles portant sur les signes du diabète, et celles relatives à la marche générale de la maladie. Ils rapportent un certain nombre de ces insuffisances partielles.

En ce qui concerne les insulo-résistances se rapportant à la marche générale du diabète, ils décrivent les cas où la glycémie et l'excrétion des corps acétoniques, continuent à s'élever malgré des doses d'insuline identiques ou progressivement croissantes. Ils montrent que dans d'autres cas, il faut pour obtenir le même effet qu'au début augmenter progressivement la quantité d'insuline.

Diabète et hypoglycémie. — MM. RATHERY et M. RUDOLF rapportent l'observation d'une malade qui, atteinte d'une glycosurie de 38 grammes avec acétonurie importante, acétone et acide diacétique 0g76, acide β oxybutyrique 4 grammes, présentait une glucosurie de 0g90. Ils ont fait chez cette malade une série de recherches. En augmentant les féculents, ils ont déterminé une réduction d'excrétion des corps acétoniques et cétogènes en même temps qu'une élévation de la glycosurie et de la glycémie. Ils ont pu par le régime strict très pauvre en féculents, provoquer une augmentation de la glycémie, de l'excrétion des corps acétoniques et de l'acide cétogène, tandis que la glycosurie ne variait pas. Ils montrent l'extrême variabilité des résultats obtenus et la complexité de la question du diabète rénal qui ne paraît pas répondre à un simple abaissement du seuil du rein pour le glucose.

Sur l'emploi dans le régime des diabétiques des sucres caramélisés. — MM. LABBÉ, BOULIN, et Gilbert DREYFES ont étudié le mode d'assimilation chez les diabétiques des sucres caramélisés, soit en l'introduisant dans le régime de malades probablement équilibrés, soit en pratiquant des épreuves d'hyperglycémie provoquée. Il en ressort que ces sucres sont à peu de chose près aussi mal toléré que le glycose ou la saccharose, non soumis à la caramélisation.

Septicémie pneumococcique chez un malade atteint de néphrite chronique. — MM. DE GENNES, BOULIN et THOMAS.

Erythème polymorphe avec streptococcémie. — M. DE GENNES et Mlle DREYFUS-SÉE.

Méningite aiguë, probablement hérédo-syphilitique chez une gynandre. — MM. E. TRÉMOLIÈRES, André TARDIEU et Paul VÉRAN communiquent l'observation d'une pseudo-hermaphrodite de vingt-six ans, atteinte d'un syndrome méningé aigu, mais apyrétique, avec hypercytose. Au cours d'un traitement mercuriel (cyanure), la guérison clinique se produisit en un mois; mais, consécutivement, survint une paralysie unilatérale du nerf cochléaire, rebelle à la thérapeutique spécifique.

Cette observation est intéressante pour la rarissime exception que constitue le fonctionnement glandulaire normal chez une gynandre hyposexuée et sur la coexistence paradoxale de la menstruation abondante et de caractères sexuels secondaires masculins accentués.

Thrombose cérébrale multiple post-pneumonique. — MM. E. DE MASSARY et Y. BOQUIEN. Malade âgé de vingt-sept ans, ayant présenté lors de l'épidémie de grippe de l'hiver dernier (février 1929), une pneumonie grippale typique ; défervescence normale avec crise classique; le lendemain de la crise, réascension de température à 40 degrés, coma, symptômes neurologiques d'excitation pyramidale diffuse ;

hyperréflectivité tendineuse, Babinski en extension bilatérale, hypertonie musculaire des membres. Mort le même jour. A l'autopsie, thrombose de l'artère sylvienne droite avec ramollissement cortical étendu; thrombose artérielle et veineuse des vaisseaux, de l'hémisphère gauche avec foyers multiples de ramollissement.

Maladie rhumatismale à longue précession pleurale, puis à localisation pluriséreuse de diagnostic difficile avec la tuberculose. — MM. F. Bezançon, R. Weismann-Netter et Mlle J. Scherrer. Les auteurs relatent l'observation d'une malade atteinte, de décembre 1927 à février 1928, d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche, ayant laissé à sa suite des séquelles de pleurite adhésive. De février à juillet 1928, sont apparues successivement : une réaction péritonéale simulant une appendicite, une pleurésie droite, une endo-péricardite, puis enfin des manifestations articulaires discrètes.

A l'inverse de la pleurésie initiale, toutes ces localisations ont eu l'allure fluxionnaire de la maladie rhumatismale. Leur guérison a été rapidement et complètement obtenue par le traitement salicylé.

Essais de traitement des staphylococcies cutanées par les lysats-vaccins. — MM. Flandin et Duchon ajoutent aux observations antérieures de septicémie et de pleurésies purulentes à staphylocoques, une série d'observations de staphylococcies cutanées (furonculoses, anthrax) traitées par les lysats-vaccins. Ils notent les bons effets, obtenus dans les furonculoses rebelles, les furoncles de la lèvre supérieure, les anthrax chez les diabétiques.

Amylose rénale pure avec troubles lipidémiques et protéidémiques. — MM. Pr. Merklen et E. Aron rapportent un cas d'amylose rénale pure qu'ils opposent aux faits d'amylose avec néphrite. La polyurie, une forte albuminurie, l'absence de culot de centrifugation et de cylindrurie, l'hypotension affirmaient le diagnostic; pas de signes d'insuffisance rénale. A signaler, au point de vue clinique, des douleurs lombaires, qui semblent exceptionnelles en pareilles circonstances.

Par ailleurs, il y avait exagération de la lipidémie : chiffres élevés de cholestérol, de l'insaponifiable X et des acides gras. Taux des albumines et de la sérine plutôt faibles, pas d'inversion de la formule.

Etudiant spécialement la lipidémie, les auteurs trouvent des chiffres analogues à ceux des états dits néphrose lipoïdique. Ils rappellent à ce propos que Bard et Labbé acceptent un rapprochement entre cette dernière et la dégénérescence amyloïde, et ils se rallient à cette façon de voir. Ils n'en considèrent pas moins que l'on n'est pas en droit jusqu'à plus ample informé de retirer à l'amylose rénale l'autonomie qu'elle tient de la clinique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 17 mai 1929)

La polydactylie est une anomalie réversive. — M. Brodier, à propos de la communication de M. Muller à la dernière séance, soutient que la polydactylie chez l'homme est une anomalie réversive; il suffit de comparer les membres des êtres humains aux nageoires des poissons et, si la théorie atavique semble rendre compte des malformations observées, il faut bien avouer qu'au point de vue ontogénique ou phylogénique cette théorie n'est pas prouvée expérimentalement et n'est qu'une hypothèse.

A propos du cerclage de la rotule. — M. Judet, sur cinq cas de cerclage de la rotule, a observé une fois la rupture du fil de bronze-aluminium avec fracture itérative au cours d'une chute; dans un autre cas, le fil de bronze a dû être enlevé trois mois après l'opération parce qu'il occasionnait des poussées douloureuses; une fois, le tendon de renne a été utilisé avec succès.

Diverticulite par perforation d'un diverticule de Meckel par une arête de poisson. — M. Blanc rappelle cette observation à propos de l'appendice perforé par une arête de poisson présenté par M. Petit de la Villéon à la dernière séance.

Sur la cæco-sigmoïdostomie. — M. Francais fait un rapport sur un travail de M. Max Manon (de Toulon) concernant quatre cas de cæco-sigmoïdostomie pratiqués chez des femmes de quarante ans environ, atteintes de stase cæco-colique invétérée. Les malades, dont l'opération remonte à trois à quatre ans, ont bénéficié de cette intervention qui a amené la disparition de la constipation chez trois d'entre elles; chez la quatrième, la constipation a reparu mais avec moins de ténacité.

L'emploi de Mikulicz en gynécologie. — M. Petit de la Villéon fait un rapport sur un travail de M. Max Manon (de Toulon). L'auteur a utilisé le Mikulicz dans onze cas d'opérations pour salpingites suppurées, cancer du col, grossesse extra-utérine rompue enkystée et suppurée. Il pense que ces opérées doivent la vie à ce mode de drainage.

Torsion de la trompe et de l'ovaire. — M. Lanos fait un rapport sur cette observation de M. Pierre Laurent (de Paris) concernant une fillette de sept ans. En présence des accidents péritonéaux, on avait fait le diagnostic d'appendicite aiguë. L'opération montra la cause des accidents.

Des difficultés d'interprétation des images radiographiques du petit bassin. — M. Luys fait un rapport sur une observation de M. Pruvost (de Cannes). Il insiste, en particulier, sur la nécessité, pour conclure à la présence de calculs de l'uretère, du cathétérisme de ce conduit avec une bougie opaque et sur l'utilité de plusieurs radiographies pratiquées en différentes positions.

La technique du procédé de Von Acker dans le traitement des hypospadias. — M. Mayet insiste sur les avantages du procédé de Von Acker, simple, facile, rapide, donnant un méat en bonne place sur un gland libre de bien se développer, sans aucune bride ni attache préputiale et de plus, en cas d'échec, ne compromettant, en aucune façon la possibilité d'exécution de procédés plus compliqués. L'auteur indique quelques modifications utiles de ce procédé.

Volumineuse hernie inguino-scrotale étranglée avec double sac dont l'un avec réaction séreuse. Kélotomie. Guérison. — M. Muller (de Belfort) communique l'observation suivante. Chez un homme de soixante-six ans, une hernie, qui avait débuté vingt-cinq ans auparavant, s'étrangle; réduction par taxis et port constant d'un bandage. Depuis ce moment le malade constate la présence d'une petite tumeur à côté de cette hernie volumineuse grosse comme un petit melon. Nouvel étranglement herniaire un an après. A l'opération, on trouve un premier sac contenant une anse grêle; un second sac plus volumineux situé sur un plan postérieur et contenant du liquide séreux. Guérison.

Grossesse et fibrome. — M. Duchet-Suchaux (de Vesoul) communique l'observation suivante. Chez une femme de trente-trois ans, primipare, un fibrome utérin est diagnostiqué pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, le travail se prolonge pendant vingt-quatre heures, puis s'arrête; l'enfant souffre. L'auteur fait une césarienne; il trouve un fibrome derrière la corne droite, et, parce que l'utérus est farci de noyaux fibromateux, il fait une hystérectomie totale. Guérison après une phlébite droite.

Du danger des injections sous-cutanées de novocaïne-adrénaline et de sérum adrénaliné. — M. Bressot (de Constantine) rappelle les accidents de gangrène locale qui peuvent se produire avec ces injections et en communique trois cas observés à la suite d'injections de sérum physiologique adrénaliné.

Diastasis tibio-péronier traité par le transfixateur. — M. Juvara (de Bucarest) en communique deux observations dans lesquelles il a, par l'emploi de sa méthode et de son instrumentation, obtenu d'excellents résultats.

DOCUMENTS OFFICIELS

CONSTITUTION DES CADRES ET AVANCEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

I. *Cadres des officiers de réserve du Service de santé.* — Article premier. — Le Corps de santé militaire est complété à la mobilisation par un cadre d'officiers de réserve recruté dans les conditions fixées par les articles 37 de la loi sur le recrutement de l'armée, 5 de la loi du 8 janvier 1925 et 1er de la loi du 15 mars 1927, et dans chaque grade, par voie d'avancement.

Ce cadre comprend :

1° Des médecins, depuis le grade de médecin sous-lieutenant jusqu'à celui de médecin colonel;

2° Des pharmaciens, depuis le grade de pharmacien sous-lieutenant jusqu'au grade de pharmacien colonel;

3° Des dentistes militaires, du grade de dentiste militaire de 2e et de 1re classe.

Les pharmaciens de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine et justifiant qu'ils exercent la profession de médecin peuvent, sur leur demande, être autorisés par décret à passer avec leur grade et leur ancienneté de grade dans le cadre des médecins de réserve.

Art. 2. — Le Corps des officiers d'administration du Service de santé est complété à la mobilisation par un cadre d'officiers de réserve qui est recruté dans les conditions fixées par les articles 31 à 36 de la loi sur le recrutement de l'armée et l'article 5 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres de réserve de l'armée de terre et, dans chaque grade, par voie d'avancement et qui comprend des officiers d'administration depuis le grade de sous-lieutenant d'administration jusqu'à celui de lieutenant-colonel d'administration.

II. *Avancement.* — Art. 3. — Les médecins et pharmaciens sous-lieutenants, les dentistes militaires de 2e classe et les sous-lieutenants d'administration de réserve sont promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent quatre années de grade de sous-lieutenant et s'ils ont accompli une période d'exercices avec ce grade.

Art. 4. — Le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années, s'ils ont accompli une période d'exercices avec leur grade, pour les sous-lieutenants d'administration de réserve provenant des sous-officiers retraités ou provenant des sous-lieutenants d'administration démissionnaires de l'armée active.

Toutefois, les sous-lieutenants d'administration provenant des sous-lieutenants d'administration du Service de santé démissionnaires de l'armée active qui ont servi un an comme officier dans l'armée active sont promus lieutenants d'administration, lorsqu'ils comptent deux ans de grade, sans être astreints à l'accomplissement d'une période d'exercices.

Art. 5. — Les médecins et pharmaciens sous-lieutenants de réserve bénéficient des majorations d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, prévues par l'article 2 de la loi du 15 mars 1927, soit lors de leur libération, s'ils ont été nommés pendant l'accomplissement de leur service actif, soit lors de leur nomination si celle-ci intervient alors qu'ils appartiennent à la disponibilité ou aux réserves.

Les médecins sous-lieutenants de réserve qui, compte tenu soit du temps passé en activité de service comme officier de réserve et des majorations d'ancienneté de grade de la loi du 15 mars 1927, soit seulement des majorations d'ancienneté de grade de la loi du 15 mars 1927, réunissent quatre années d'ancienneté dans le grade de sous-lieutenant, sont promus médecins lieutenants sans être astreints à l'accomplissement d'une période d'exercice, les promotions de cette nature ne pouvant toutefois remonter au delà du 18 mars 1927, date de la promulgation de la loi du 15 mars 1927.

Art. 6. — Les médecins et pharmaciens lieutenants de réserve, les lieutenants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six ans de grade de lieutenant et ont accompli avec ce grade deux périodes d'exercices. Une seule période est exigée lorsqu'ils proviennent des médecins ou pharmaciens lieutenants ou lieutenants d'administration du Service de santé démissionnaires de l'armée active.

Art. 7. — Les médecins et pharmaciens capitaines de réserve, les capitaines d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de grade de capitaine et ont accompli avec ce grade deux périodes d'exercices et sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grade à celles qui sont ou pourront être exigées des officiers du Service de santé de l'armée active. Une seule période est exigée pour ceux de ces officiers qui proviennent des médecins ou pharmaciens capitaines ou des capitaines d'administration du Service de santé retraités, ou démissionnaires de l'armée active.

Art. 8. — Les médecins et pharmaciens commandants de réserve, les commandants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur s'ils comptent quatre années de grade de commandant et ont accompli avec ce grade une période d'exercices et sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grade à celles qui sont ou pourront être exigées des officiers du Service de santé de l'armée active. Aucune période n'est exigée pour ceux de ces officiers qui proviennent des médecins ou pharmaciens commandants ou des commandants d'administration du Service de santé retraités ou démissionnaires de l'armée active.

Art. 9. — Peuvent être promus médecins ou pharmaciens colonels, lorsqu'ils comptent quatre ans de grade de lieutenant-colonel, les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels de réserve provenant des officiers retraités de l'armée active et, à titre exceptionnel, s'ils ont, en outre, accompli une période d'instruction avec leur grade, les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels de réserve qui ont rendu des services signalés en collaborant à la préparation militaire scientifique, industrielle et technique de la défense nationale.

III. *Dispositions communes et dispositions finales.* — Art. 10. — Aucune période d'exercice n'est exigée pour la promotion au grade supérieur des médecins et pharmaciens de réserve et des officiers d'administration du Service de santé de réserve qui figuraient au tableau d'avancement pour ce grade dans l'armée active.

Art. 11. — L'avancement pour les officiers de réserve du Service de santé a lieu exclusivement au choix, sur l'ensemble de chaque catégorie d'officiers du service, sauf en ce qui concerne les promotions au grade de médecin lieutenant, pharmacien lieutenant, dentiste militaire de 1re classe, lieutenant d'administration, qui ont lieu dans les conditions particulières prévues par les articles 3, 4 et 5 du présent décret.

Art. 12. — L'aptitude des candidats à l'avancement est constatée d'après leur manière de servir au cours des périodes d'exercices sans recourir à des examens spéciaux donnant lieu à la délivrance d'un certificat. Il est tenu compte pour l'avancement des titres acquis en dehors des périodes d'exer-

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : R. C., 27.894, Seine. *ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE*

SIROP REINVILLIER, un flacon G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

PAS D'ACIDE LIBRE

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE

AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT



Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

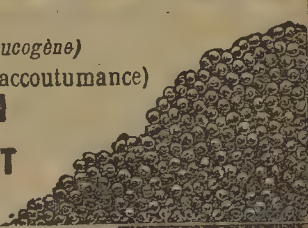
AGISSENT *par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)*
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

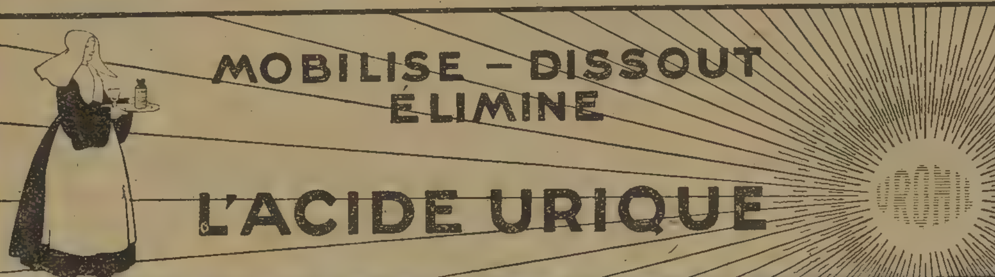
DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES



ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34. Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE

ELIXIR ET PILULES GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants* : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, *Rue de Maubeuge, PARIS* — Envoi franco Echantillons.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION

CRÉSYL-JEYES

EXIGER BIEN LE " JEYES

Désinfectant Antiseptique

Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène

Échantillon, Tarif et Références Scientifiques

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

cices; assiduité et travail fourni aux écoles d'instruction, services rendus à l'armée et notamment à la préparation militaire supérieure, titres scientifiques, etc.

Art. 13. — L'ancienneté de grade des officiers de réserve du Service de santé entre eux est déterminée par la date fixée par le décret qui les a nommés à leur grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, déduction faite des interruptions de service et du temps passé dans la non-disponibilité, le temps passé dans un grade en situation d'activité ou dans l'armée active comptant pour le double de sa durée effective sans que toutefois le temps de service à accomplir pour l'avancement puisse être inférieur à celui fixé pour la promotion au grade supérieur des officiers du Service de santé de l'armée active du même grade et dans les mêmes circonstances.

Art. 14. — Les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de santé de réserve sont inscrits au tableau d'avancement et peuvent en être rayés dans les mêmes formes que les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de santé de l'armée active.

Art. 15. — En temps de guerre, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de santé de réserve peuvent obtenir de l'avancement dans le grade dans les mêmes conditions que les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de santé de l'armée active, mais au titre de réserve. Ils peuvent, dans les mêmes conditions que les officiers du Service de santé de l'armée active, accéder à tous les grades de la hiérarchie propre à chacune des catégories d'officiers du Service de santé.

Art. 16. — Sont et demeurent abrogés les décrets du 22 mai 1909, 23 juillet 1918 et 11 janvier 1919, et toutes les dispositions contraires contenues dans les décrets ou règlements antérieurs au présent décret.

LIVRES NOUVEAUX

Les courants continus et les courants faradiques (1), par les docteurs L. Delherm et A. Laquerrière.

Les docteurs Delherm et Laquerrière, auteurs d'un Traité d'électrologie aujourd'hui classique, apportent à la collection publiée sous les auspices du docteur Delherm une collaboration très intéressante en publiant ces deux volumes qu'une phrase de la préface justifie pleinement : « le succès des médications nouvelles ne doit pas faire délaisser d'abord, oublier ensuite, les procédés qui sont vraiment utiles; nous n'avons jamais trop de moyens à notre disposition et c'est une mauvaise tactique que de se cantonner dans la connaissance exclusive des nouveautés. »

Dans ces deux volumes sans prétention, mais où le praticien trouvera tout ce qu'il lui faut connaître de l'application des courants continus et faradiques, les auteurs n'ont réservé que quelques pages aux généralités (courants utilisés en médecine, passage de l'électricité à travers l'organisme. Par contre ils ont insisté sur les données pratiques (choix de la source et de l'instrumentation, technique des applications) et ont réservé la plus grande partie de leurs ouvrages aux principales applications de ces courants.

Le premier volume est consacré aux applications du courant continu (système nerveux et sympathoses, maladies de l'appareil digestif, de la nutrition, de l'appareil circulatoire, affections chirurgicales) et comporte un chapitre réservé à l'électricité statique dont « nous pourrions encore, reprenant les travaux de nos précurseurs, au XVIIIe siècle, tirer profit ».

Le deuxième volume concerne les courants faradiques et envisage les affections médicales, celles de l'appareil circulatoire et les affections médicales, chirurgicales. Une place importante est réservée à l'étude de l'exercice électriquement provoqué (chapitre qui intéressera tous ceux que préoccupe la question des accidents du travail) et à celle de la méthode de Bergonié qui permet d'obtenir « sans que la volonté du sujet intervienne, c'est-à-dire sans fatigue nerveuse, tous les effets physiologiques et thérapeutiques d'un exercice actif intense. »

Ces deux volumes ne pourront qu'inciter nos confrères à avoir recours à une thérapeutique simple, inoffensive et efficace.

MOREL KAHN.

(1) Deux volumes in-16 « Collection des actualités physiothérapiques » publiées sous la direction du docteur Delherm. — Paris, 1929, Gauthier-Villars et Cie.

Diagnostic et thérapeutique par le lipiodol (1), par J.-A. Sicard et J. Forestier.

La très ingénieuse méthode d'exploration proposée, dès 1921, par le regretté professeur J.-A. Sicard et son élève le docteur J. Forestier (d'Aix-les-Bains) trouve dans cet ouvrage sa pleine et brillante consécration.

Appliqué d'abord à l'exploration de la cavité médullaire (espaces sous-arachnoïdien et épidural) le lipiodo-diagnostic a vu rapidement — grâce à la faveur avec laquelle il a été accueilli par tous tant en France qu'à l'étranger — s'étendre ses indications et il n'est pas, à l'heure actuelle, de cavité physiologique ou pathologique de l'organisme où on n'ait songé à l'utiliser.

Il est désormais devenu indispensable, et de pratique courante, non seulement pour le neurologiste, mais aussi pour l'étude de la pathologie pulmonaire, pour l'exploration gynécologique, pour le rhinologiste comme pour l'urologiste.

Ce succès, le lipiodo-diagnostic le doit à son innocuité d'abord, à sa facilité d'emploi ensuite, qui le met à la portée de tous les praticiens, à la netteté enfin de sa lecture radiologique.

Les avantages du lipiodol dépassent même le champ pourtant si vaste du diagnostic et les bienfaits de la thérapeutique par le lipiodol sont également incontestables : les auteurs les exposent dans un dernier chapitre où les indications de la lipiodothérapie sont nettement posées et s'appliquent non seulement aux algies (algies essentielles, rhumatismales, arthrites), mais aussi aux cavités suppurantes broncho-pulmonaires, et également enfin aux abcès froids et aux sérites tuberculeuses.

THOYER-ROZAT.

La Rachianesthésie (2), par André Chalier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

La rachianesthésie a été la grosse question à l'ordre du jour en 1928. Au dernier Congrès français de chirurgie, M. le professeur Forgue et M. Basset ont apporté un rapport d'une merveilleuse documentation et absolument concluant à cet égard.

Il faut savoir gré à M. André Chalier de donner aujourd'hui aux praticiens, chirurgiens, gynécologues et accoucheurs un livre essentiellement pratique où sont résumés tous les travaux sur la question.

A ce *Traité de la rachianesthésie*, André Chalier ajoute les données que lui apporte sa longue expérience de la rachianesthésie. Il l'a employée, en effet, sur plus de 5.000 malades. Il en fixe la technique dans ses moindres détails, et avec son esprit critique si juste et si précis il réduit à néant les griefs que l'on invoque trop souvent contre l'anesthésie médullaire.

Voilà un excellent livre qui rendra d'inappréciables services.

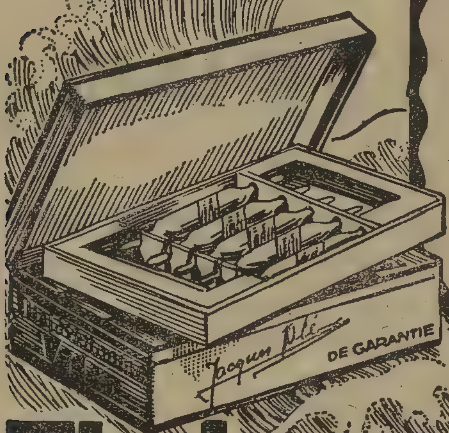
F. L. S.

(1) Un volume. — Paris, Masson.
(2) In-16 de 106 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

FORMULE :
Nucléino-phosphoglycérate de Soude 0.100
Cacodylate de Soude . 0.050
Sulfate de Strychnine. 0.001
Eau de mer isotonique. 5.000



Déficiences générales cellulaires

Une injection indolore sous-cutanée profonde tous les 2 jours ou plus souvent suivant l'état du malade de

Thalassotonine Vadam

Triade Leucocytogène et tonique associée à l'action catalytique de l'Eau de Mer

exalte la phagocytose, reconstitue la cellule, agit rapidement dans tous les cas de dépressions, convalescences, neurasthénie, asthénie lymphatisme, prétuberculose, paludisme, pyrexies, soins ante et post opératoires.

Littérature et échantillons franco à Messieurs les Docteurs.

Laboratoires J. PLÉ

Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Licencié es-sciences.

111 bis, Rue de Turenne, Paris (3e)
Téléphone : Archives 08-27

Thalassotonine Vadam

dans les

Hypertensions

et tous les

États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 131.569

CURE DE
DIURESE

EVIAN
SOURCE
CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Fehann, 58, Bould Ornano, PARIS

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — (Année scolaire 1929-1930.) — **Examens.** — 1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir 1er octobre 1929.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au 27 mai 1930.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1929.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1929, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1929, sont informés que les épreuves pratiques et orales des premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année auront lieu à partir du 21 octobre 1929. (Consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi 1er et mercredi 2 octobre 1929, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1929-1930. — Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la deuxième, la sixième, la dixième, la quatorzième ou la dix-huitième inscripuion en janvier 1930.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par le candidat, du 1er octobre 1929 au 27 mai 1930.

3° THÈSE. — La date limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 17 juin 1930.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

— **Examens de chirurgie dentaire.** — SESSION D'OCTOBRE 1929. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 30 octobre 1929.

L'ouverture de la session est fixée au lundi 4 novembre 1929.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté guichet n° 3, les mardi 1er et mercredi 2 octobre 1929, de midi à 15 heures.

SESSION DE JUIN-JUILLET 1930. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 26 mai 1930.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 10 et mardi 11 mars 1930, de 12 à 15 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 21 mai 1930.

Premier, deuxième et troisième examens. — La session s'ouvrira le lundi 16 juin 1930.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 17 et mardi 18 mars 1930, de 12 à 15 heures, en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 11 juin 1930.

— LILLE. — M. Cordier, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à dater du 1er octobre 1929, professeur d'anatomie à ladite faculté (chaire vacante : M. Gérard (Georges), dernier titulaire).

— Le titre de professeur sans chaire est conféré, à dater

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

du 1er octobre 1929, à M. Combemale, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— NANCY. — La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire de clinique médicale infantile.

M. Caussade, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est nommé, à compter du 1er octobre 1929, professeur de clinique infantile à ladite Faculté (chaire transformée).

— M. Gillot, chargé de cours à la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1929, professeur de matière médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Bruntz, dernier titulaire).

— TOULOUSE. — M. Escande, agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université da Toulouse, est nommé, à dater du 1er octobre 1929, professeur de physique biologique et médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Marie, dernier titulaire).

LEGS EN FAVEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le doyen de la faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter, sous bénéfice d'inventaire, le legs universel en toute propriété que M. Malterre (Sébastien-Théophile) a fait à ladite faculté de médecine, à charge par elle d'instituer des bourses au profit d'étudiants peu fortunés.

Les fonds provenant dudit legs seront placés en rentes sur l'Etat français et immatriculés au nom de ladite faculté, avec mention de leur destination.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE (rue Serpente, 28, Paris, VIe). — UN ÉVÉNEMENT IMPORTANT POUR LES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE. — Le 9 juillet 1929 a été constituée définitivement la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, groupant les quatre syndicats existants : Seine, Paris, banlieue Ouest-Nord et banlieue Est et Sud.

Le bureau élu jusqu'au 1er janvier 1931 est ainsi formé :

Président : docteur Boyer (S. M. S.); vice-présidents : docteur Piot (S. M. P.); docteur Fanton d'Andon (banlieue Est et Sud); secrétaire général : docteur Jolly (S. M. S.); trésorier-archiviste ; docteur Hilaire (banlieue ouest et nord).

Font en outre partie du Conseil d'administration huit autres membres, chacun des Syndicats étant représenté suivant son importance numérique.

La nouvelle Fédération s'occupera de faire aboutir les questions spéciales à la région parisienne lorsque l'accord intersyndical aura été réalisé. Elle constituera aussi, dans son sein, un conseil de famille pour arbitrer les conflits entre membres ne dépendant pas d'un même syndicat et servir d'autre part de tribunal d'appel.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 20e décade (11-20 juillet 1929), 1.270 décès totaux, dont 1.023 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 958 pendant la décade précédente et de 975, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 247 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.023 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 126, au lieu de 174 pendant la décade précédente (moyenne 97).

La scarlatine n'a causé aucun décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 73; il s'élevait à 126 pendant la décade précédente (moyenne 93).

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 66, comme pendant la décade précédente (la moyenne est 69).

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

NOTES DE PRATIQUE

ÉTATS HYPOSYSTOLIQUES

Digitaline : V gouttes de la solution alcool à 1/1000e pendant dix à quinze jours, interrompre cinq à dix jours reprendre et ainsi de suite.

Pendant la période de suspension de la médication digitalique, prescrire la *Théosalvose scillitique*, dont la double action cardiaque et rénale assure les meilleurs effets : deux cachets de 0g50 par jour.

Régime très faiblement chloruré.

CONGRÈS

LE XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE

Le XIIIe Congrès international de physiologie se tiendra du 19 au 23 août à Boston, à « Harward Medical School », sous la présidence du professeur William H. Howell (de Baltimore).

C'est en 1881, au congrès de médecine de Londres, que la Société britannique de physiologie invita les physiologistes étrangers à une réunion qui décida la création d'un Congrès internationnal triennal de physiologie.

Le premier eut lieu à Bâle en 1889 et groupa 123 savants appartenant à 13 pays différents, puis les Congrès tinrent leurs assises triennales, comme il suit, sauf pendant la guerre :

1892, Lüttich; 1895, Berne; 1898, Cambridge; 1901, Turin; 1904, Bruxelles; 1907, Heidelberg; 1910, Vienne; 1913, Groningue; 1920, Paris; 1923, Edimbourg; 1926, Stockholm.

On annonce déjà que le XIIIe Congrès surpassera tous les précédents tant par l'importance de ses travaux que par le nombre des congressistes qui représenteront 36 nations différentes. Il y aura 90 Allemands, 80 Anglais, 70 Français, etc.. m'écrit le professeur Graham Lusk, de New-York. Avec ceux-ci, je m'embarque sur la *France*, au Havre, demain à 2 heures, nous serons à New-York le 13 et à Boston le 19, d'où je vous ferai part de mes impressions et des principaux travaux du Congrès. C'est M. Gley, professeur de biologie générale au Collège de France, président du groupe français qui a réglé les détails du voyage avec un talent dont on ne saurait trop le féliciter.

Quelques congressistes français s'embarqueront, le 9, à Boulogne, sur un bateau de l'Atlantic transport line, la *Minnekahda* qui ira directement à Boston.

Enfin, quelques-uns prendront passage, le 13, sur l'*Ile-de-France*.

J.-M. LE GOFF.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LE PREMIER EXTRAIT ORGANIQUE HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ANGINE DE POITRINE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE

une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs.

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J.B. FIALIP, PH CIEN
97, RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph. : LITTRÉ 68-24

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3°) R. C. 5.386 Seine



diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ

prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

LES RÉACTIONS NEURO-VASCULO-TISSULAIRES EN CLINIQUE [1]

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Séméiologie des réactions aux membres. — Aux membres, les conditions anatomiques impriment à l'examen clinique une orientation particulière. Pour les autres régions, l'exposé des signes fonctionnels et l'examen des organes permettent de dégager des syndromes cliniques dans lesquels l'étude des réactions neuro-vasculo-tissulaires montre la part attribuable à ces réactions. Aux membres, l'examen objectif prime tout : il recherche d'abord les signes des diverses affections organiques, puis doit explorer les tissus, en y cherchant l'infiltrat et l'engorgement lymphatique qu'il faut suivre en remontant le long des voies du drainage lymphatique. On trouve, ainsi, fréquemment, soit dans le membre, soit au delà de sa racine, le barrage interrompant la circulation lymphatique ou l'infiltrat réflexogène, irritant un ganglion nerveux, d'où, rétractions tissulaires et troubles vaso-moteurs pouvant se produire à distance. Notre étude portera donc sur les points suivants : 1° infiltrats et engorgements; 2° troubles musculaires; 3° troubles névritiques; 4° affection des vaisseaux sanguins.

1° **Infiltrats et engorgements.** — Nous avons dit ailleurs (2) combien est fréquent l'infiltrat cellulitique avec engorgement lymphatique, sans la rougeur, la tuméfaction spéciale et la chaleur permanente qui caractérisent l'inflammation. En dehors de toute stase sanguine, des cachexies, ou des affections telles que le myxœdème, de certaines parasitoses, etc., susceptibles d'engendrer des œdèmes, on constate diverses bouffissures, étudiées ailleurs (3). Rappelons que ces bouffissures ont tantôt le caractère d'exsudat par irritation (maladie des sérums, œdèmes toxi-alimentaires, variété angioneurotique de Quincke, etc.); d'autres fois, on peut les rapporter à la stase lymphatique (œdème sous-jacent à une cicatrice ou un barrage lymphatique interrompant le drainage des tissus; éléphantiasis par barrage inguinal; celui-ci, dû à l'imperméabilité des ganglions et à la rétraction tissulaire attribuable, peut-être, à une irritation nerveuse permanente). Il convient, enfin, de rappeler spécialement les caractères de l'œdème sympathique : sujet à de brusques variations et diffusant rapidement, il apparaît considérable, uniforme, avec le minimum de rétractions tissulaires et un aspect régulièrement tendu, trop dur pour garder l'empreinte du doigt; il envahit tout un segment de membre, cessant en dégradé; il ne correspond pas à l'engorgement lymphatique; le traitement de l'engorgement ne suffit pas à résoudre l'œdème; au contraire, il cède dès qu'on agit sur le point réflexogène dont l'irritation a pu lui donner naissance. C'est ainsi, croyons-nous, que peuvent être compris l'œdème de certaines causalgies, de certains troubles physiopathiques, des fractures, entorses, etc., où le point réflexogène consiste en de petits nœuds de cellulite adjacents à un tronc nerveux, principalement le médian, dont on connaît la richesse en fibres sympathiques.

Dans d'autres cas fréquemment observés, on trouve les synoviales tendineuses et articulaires empâtées, avec poussées de gonflement, rétraction péri-articulaire, enfin des traînées d'engorgement lymphatique, montant à partir des points atteints dans le sens du drainage lymphatique de la région. En réduisant rétraction et engorgement, on peut espérer une certaine détente de l'empâtement, avec atténuation des douleurs et de l'impotence. Ce résultat n'est obtenu que si toute inflammation est bien éteinte; dans le cas contraire, il faut surveiller, avec la plus grande attention, les réactions nuisibles qui peuvent être de deux ordres : 1° en cas d'arthrite infectieuse, une détente tissulaire, survenant alors que l'infection ou les réactions inflammatoires qu'elle a provoquées sont seulement latentes, les réveillera, si le patient abuse, le moins du monde, de la mobilité qui lui est rendue; 2° s'agit-il de synovite, d'arthrites chroniques d'emblée, comme on observe chez les arthritiques rhumatisants, à l'occasion de fermentations intestinales, d'insuffisance bilio-pancréatique, etc., le rétablissement du drainage lymphatique aggrave l'état du malade s'il ne peut supporter le supplément de produits nocifs arrivant, de ce fait, au sang; dans le cas contraire s'opère une véritable immunisation aboutissant parfois à des améliorations inespérées.

2° **Troubles musculaires.** — L'état des réactions neuro-tissulaires mérite attention dans l'enraidissement musculaire, lors de certaines dystrophies, dans les crampes et certaines contractures; elles peuvent enfin modifier, parfois, le régime des réflexes.

Enraidissement musculaire. — Lorsqu'elle atteint le tissu interstitiel d'un muscle, la cellulite lui donne un aspect particulier : c'est le muscle des arthritiques, fatigable à l'effort, impropre à l'entraînement sportif (1).

Au lieu d'un corps charnu, de forme régulière, aux contours nets, d'une consistance homogène, partout souple, on trouve un corps inégal, mal limité, en raison de la cellulite qui l'enveloppe. Certains faisceaux semblent atrophiques, d'autres sont enraidis, ces modifications pouvant n'occuper qu'une portion de la longueur du muscle surtout au voisi-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 45, p. 825, n° 53, p. 965, et n° 57, p. 1033.

(2) Quelle place la cellulite doit occuper en nosologie, *Monde méd.*, 1926, p. 869.

(3) Œdèmes et engorgements lymphatiques, *Revue de méd.*, 1922, p. 19-35.

(1) Rendement fonctionnel du muscle et engorgement lymphatique, 1922, communication faite avec le docteur Jacquet, Soc. de neurol., janv., in *Revue neurol.*, 1922, t. I; et même année, même sujet, Th. de doctorat, G. Jacquet, Paris, Legrand, éditeur.

nage des insertions. Après assouplissement et disparition de la cellulite, le muscle reprend l'aspect normal et le conserve tant que la cellulite ne s'est pas reproduite.

Les mêmes caractères, mais plus accentués, se retrouvent dans le rhumatisme musculaire. Le même enraidissement musculaire cellulitique s'ajoute souvent à la paralysie flasque ou spastique des affections organiques du système nerveux cérébro-spinal ou des nerfs périphériques; en pareil cas, la notion des réactions neuro-vasculo-tissulaires apporte au traitement un double appoint : 1° comme il est dit plus haut, en améliorant le drainage lymphatique dans les centres nerveux malades, on peut, dans certains cas, améliorer leur nutrition et leur fonctionnement; 2° la cellulite des muscles est une cause d'impotence surtout marquée en cas d'altération des centres nerveux.

Dystrophies musculaires. — Dans les myopathies, les tissus interstitiels sont, le plus souvent, infiltrés. Cet infiltrat a l'aspect de la cellulite ordinaire des muscles, ou se généralise à tout l'ensemble des tissus s interstitiels, leur donnant une apparence pseudo-lipomateuse; sa présence et l'enraidissement musculaire qu'il détermine gênent la motricité, et son traitement procure une amélioration variable, suivant l'importance relative des lésions musculaires et de l'infiltrat, à condition, cependant, que le traitement ne fatigue pas outre mesure, ce que l'on doit redouter surtout dans les formes graves ou à infiltrat abondant, et de consistance gélatineuse. Les rétractions tissulaires permanentes expliquent l'étranglement des membres et du cou, la taille de guêpe, la cassure lombaire, et certains traits du facies myopathique; leur traitement assure plus d'aisance aux mouvements, améliore la statique, sans modifier beaucoup le rendement musculaire (1).

Dans le syndrome de Volkman, les muscles sont littéralement noyés dans une cellulite très dense, qui s'étend, d'ordinaire, à tout le tissu interstitiel des segments de membres atteints; et le traitement malaisé en raison de la tenacité de la cellulite peut, en réduisant celle-ci, grandement améliorer l'état dystrophique et le fonctionnement des muscles. Chez quelques malades atteints de spasticité cérébrale ou spinale, avec enraidissement musculaire cellulitique, la cellulite agglutinait les uns aux autres muscles et tendons, dont la commande volontaire était, de ce fait, très défectueuse, mais redevenait bonne après traitement de la cellulite.

Crampes. — En cherchant la cellulite des muscles atteints, on la trouve, je crois, à peu près toujours sous le muscle; entre lui et l'os, spécialement au point d'entrée des nerfs moteurs, existe un nodule réflexogène, dont l'excitation détermine la crampe, celle-ci ne se reproduisant plus, après disparition de la cellulite.

Des points cellulitiques réflexogènes se retrouvent dans les contractures de posture, les torticolis spasmodiques, certains tics et mouvements involontaires aussi bien que dans certaines contractures d'origine pyramidale. Leur disparition procure une amélioration variable, d'un cas à l'autre, parfois considérable.

Troubles des réflexes. — Dans ma thèse (Paris 1903, Rousset) je signalais, dans la maladie de Parkinson, la surréflectivité des muscles qu'envahit l'enraidissement; cette particularité, alors inexpliquée, est due à la cellulite, cause immédiate de l'enraidissement. Je l'ai depuis retrouvée dans des circonstances diverses, avec ou sans présomption d'affection pouvant intéresser la voie pyramidale. C'est encore à la cellulite, je le crois aujourd'hui, qu'il faudrait rapporter certains faits de clonus d'origine périphérique, comme celui que j'ai rapporté à la Société de neurologie avec le docteur Hagelstein, voire les cas de l'extension de l'orteil par déséquilibre de cause locale entre extenseurs et fléchisseurs, si cette pathogénie était définitivement admise.

Signalons enfin que les mouvements de la main peuvent être singulièrement gênés par la périsynovite cellulitique, agglutinant, en quelque sorte, les tendons extenseurs et fléchisseurs. Chez un homme de trente ans, atteint d'hémiplégie spastique cérébrale infantile, la commande des mouvements volontaires de la main droite, de ce fait absolument incoordonnée et insuffisante, fut ramenée presque à la normale par l'application, sur la main, de lumière bleue chaude, avec petits chocs électriques pour réduire la périsynovite. Malheureusement, les excitations ainsi produites ayant réveillé quelques crises jacksoniennes, le traitement ne put être poussé jusqu'au bout.

3° **Troubles névritiques.** — *Algies.* — On sait combien souvent la topographie des algies est loin de répondre à la distribution de l'innervation sensitive de la peau. En recherchant la cellulite dans les territoires douloureux, c'est elle qu'on trouve comme cause immédiate de la douleur à laquelle elle répond exactement et que sa disparition supprime. Rappelons que pour devenir algogène, la cellulite doit irriter l'innervation sensitive de la région, soit par congestion du nodule, soit par rétraction tissulaire. Mais nous savons que la cellulite peut irriter, non plus les terminaisons nerveuses cutanées, mais les troncs nerveux, si bien que nous pouvons la trouver responsable, non seulement des douleurs superficielles, à topographie imprécise, mais encore de névralgies véritables, des douleurs à la pression des masses musculaires, et, nous l'avons dit plus haut, des crampes.

J'ai trouvé la même rétraction tissulaire algogène dans les affections des viscères ou du grand sympathique. Les douleurs cutanées me paraissent alors assimilables aux autres algies; dans tous les cas, l'irritation neuro-végétative produit la rétraction tissulaire qui engendre la douleur par action directe sur l'innervation sensitive locale.

Etat des muscles. — Sans revenir sur l'enraidissement et les rétractions musculaires, ajoutons que certaines dystonies avec émaciation, flaccidité, impotence, cèdent parfois avec une rapidité surprenante, dès la disparition de la cellulite. Celle-ci nous a, dans

(1) Voir *Soc. de neurol.*, juillet 1929. Discussion à propos du traitement des myopathies.

l'ensemble des cas observés jusqu'ici, paru jouer un rôle prépondérant en cas de griffes et de rétractions tendineuses, que son traitement améliore toutes les fois qu'on ne se trouve pas en présence de brides fibreuses irréductibles.

La cellulite peut relever de l'infection ou intoxication qui a produit la névrite ; elle peut aussi témoigner de l'irritation des filets sympatiques des nerfs.

4° **Affections des vaisseaux sanguins.** — Les périvascularites qui ne s'accompagnent pas des signes de l'inflammation aiguë ou subaiguë se présentent cliniquement sous l'aspect de l'engorgement lymphatique et de la cellulite. L'adjonction fréquente d'irritation lymphatique et d'œdème par stase lymphatique vient compliquer le tableau clinique de troubles vaso-moteurs et de bouffissures variables, pouvant parfois simuler plus ou moins la maladie de Buerger ou un début de phlébite. Mais alors, si l'examen montre la cellulite, avec rétraction tissulaire nette et non l'inflammation, quelques étirements et pressions mettant en jeu l'élasticité des tissus modifient séance tenante l'aspect clinique et permettent le diagnostic.

Lors des affections chroniques des veines, la périphlébite présente les mêmes caractères cliniques d'engorgement lymphatique et de cellulite, qui s'étendent bien au-dessus des altérations veineuses, remontant jusqu'aux ganglions lymphatiques iliopelviens et périaortiques. Inversement, l'engorgement de ces ganglions ou des inguinaux, ou la rétraction tissulaire inguino-pelvienne, déterminent souvent l'encombrement et la stase lymphatique de tout le membre, avec les troubles que nous allons indiquer. Ceux-ci sont identiques, quels que soient la cause et le niveau de l'engorgement. On peut les ranger en trois catégories : 1° Troubles dus à la présence de l'engorgement et de la cellulite : douleurs, fourmillements, refroidissement du membre, bouffissures, infiltrat, œdème de stase lymphatique, immédiatement sous-jacent à l'obstacle ; 2° Gêne de la paroi vasculaire qu'ils compriment ou dont ils réduisent l'élasticité. Signalons, en particulier, les varicosités milliaires sous-cutanées multiples, qui cèdent facilement, d'ordinaire, à l'effleurage électrique, alors qu'elles sont rebelles aux autres moyens thérapeutiques. Elles me paraissent dues à de petits étranglements annulaires par rétraction périphlébétiques, perceptibles au cours du traitement, et cédant souvent brusquement à la manière d'un spasme qui se relâche ; 3° Troubles par réflexes nerveux végétatifs : crises vaso-motrices avec sudation et chair de poule, que l'on peut à volonté provoquer ou arrêter en excitant ou en assouplissant la rétraction tissulaire réflexogène. Celle-ci peut se trouver au niveau des gros vaisseaux pelviens, alors que les réflexes végétatifs s'observent au bas de la jambe.

Aux membres, l'interprétation nosologique des réactions neuro-tissulaires rencontre des difficultés particulières.

Lors des traumatismes : contusions, entorses, fractures, tiraillements, etc., on observe souvent un œdème survenant par poussées, au moindre effort, facilement exaspéré par les manœuvres de physiothérapie, et présentant les caractères de l'œdème sympathique, plus ou moins accompagné d'infiltrat cellulitique et d'œdème de stase lymphatique. Comme cause, on trouve quelques nodosités de cellulite réflexogène, accolées au tronc nerveux, et dont on peut suivre la migration ascendante, marquée par des poussées nouvelles, à chaque excitation de la cellulite réflexogène. Celle-ci résorbée, tout rentre dans l'ordre. D'autres fois, avec ou sans appareil compressif, l'ensemble des tissus interstitiels est envahi par une cellulite dense, rétractile et muscles et tissus interstitiels, durs et ratatinés, se confondent en une induration diffuse donnant l'aspect du syndrome de Volkman.

Il m'a semblé que ces formes spéciales de cellulite tenace et produisant l'œdème sympathique sont surtout en rapport avec les ruptures des synoviales et la résorption difficile de la synovie qui arrive dans les tissus interstitiels voisins. J'ai pu suivre, dans bien des cas, les diverses étapes du processus, et constater combien la synovie est irritante pour le tissu interstitiel ; lorsqu'elle migre dans les lymphatiques accolés à un nerf, ou dans une gaine périvasculaire, se produit l'œdème sympathique. D'ailleurs, au cours de certaines synovites chroniques, on peut observer les mêmes phénomènes, avec, de la jointure atteinte jusqu'à la racine du membre, des traînées de cellulite particulièrement irritable et rétractile, augmentant chaque fois qu'on peut constater une nouvelle effraction de la synoviale, et diffusion de synovie dans les tissus voisins.

Un autre aspect mérite d'être signalé ; les parties molles de tout un segment de membre sont émaciées et enraidies, avec fatigues et crampes au moindre effort ; on n'a pas de peine à reconnaître, comme cause, l'engorgement des principaux lymphatiques du membre, susceptible d'engendrer, comme précédemment, des troubles sympathiques et un degré variable de stase veineuse et lymphatique ; tout traitement échoue, qui néglige l'engorgement : la disparition de ce dernier assure la guérison.

En résumé : aux membres, la présence de douleurs, d'enraidissements ou de troubles vasculaires doit faire rechercher l'état des réactions neuro-vasculo-tissulaires.

Toute cause d'irritation locale : traumatisme, inflammation, surtout si elle atteint les synoviales, engendre cellulite et engorgement lymphatique ascendant vers la racine du membre. Si cet engorgement vient à irriter une gaine sympathique périvasculaire ou quelque filet d'innervation végétative, cette irritation peut déterminer l'œdème sympathique et des rétractions tissulaires particulièrement étendues et tenaces.

En l'absence de toute cause locale, l'engorgement lymphatique, avec ou sans œdème de stase lymphatique, peut relever d'un obstacle situé à la racine du membre, ou plus haut : adéno-cellulite des régions scaléniques, abdomino-pelviennes ou inguinales. Celle-ci, irritant quelque filet ou ganglion du système nerveux végétatif, cause des rétractions tissulaires douloureuses, des troubles vaso-moteurs, enfin, l'œdème sympathique. Œdème et troubles

vaso-moteurs prédominent vers les extrémités, les rétractions sont surtout accentuées aux points déjà atteints de cellulite. Ainsi s'expliquent et peuvent être efficacement traités de nombreux symptômes actuellement encore inexpliqués.

Comme conclusion générale de ce travail, nous pouvons grouper ainsi les symptômes attribuables aux réactions fonctionnelles neuro-vasculo-tissulaires :

1° En l'absence de toute inflammation, les infections, intoxications, troubles endocriniens, traumatismes peuvent, en altérant la lymphe, déterminer la bouffissure des tissus interstitiels, ou, par obstruction de ses voies de drainage, produire l'engorgement lymphatique, avec ou sans œdème de stase lymphatique. La présence de l'infiltrat est cause d'une gêne mécanique plus ou moins importante d'après la localisation et l'intensité des modifications tissulaires; une mauvaise circulation lymphatique entrave la nutrition générale, et, en particulier celle des muscles, dont le rendement laisse, alors, beaucoup à désirer.

2° Infiltrat et engorgement lymphatique exercent un retentissement considérable sur le système nerveux.

A. Système cérébro-spinal. — En désencombrant les lymphatiques du voisinage, on peut améliorer le tableau symptomatique d'un grand nombre d'affections organiques du névraxe.

L'irritation cellulitique des nerfs ou de leurs terminaisons explique bien des crampes et douleurs, augmente certaines contractions et mouvements involontaires, et modifie peut-être quelquefois certains réflexes cérébro-spinaux.

B. Système nerveux végétatif. — A l'irritation de la bouffissure et de l'engorgement lymphatique, il répond par les troubles vaso-moteurs périphériques ou viscéraux et par la rétraction tissulaire. Celle-ci, encore trop peu connue, enraidit les muscles, déforme parties molles et squelette, gêne ou comprime les viscères et les vaisseaux sanguins. A ses paroxysmes, correspondent les douleurs et crampes par irritation des nerfs périphériques, ainsi que d'innombrables troubles vaso-moteurs, sécrétoires et mentaux. On comprend, dès lors, pourquoi les réflexes neuro-végétatifs, provoqués par les troubles lymphatiques, sont proportionnels, moins à leur intensité qu'à leur localisation en des points plus ou moins réflexogènes; et, si nous rappelons que les perturbations morales d'ordre affectif suffisent à provoquer les mêmes réflexes, on est moins étonné d'enregistrer des différences si considérables entre deux localisations cellulitiques objectivement semblables. Enfin, les réflexes neuro-végétatifs se produisent, avec une intensité particulière, aux points déjà atteints d'infiltrat ou d'engorgement, et ceci explique la localisation et l'intensité, autrement incompréhensibles, de nombreux troubles nerveux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 6 juillet 1929)

Anomalies électrocardiographiques dans le rétrécissement mitral. — MM. A. Clerc et I. Schwartzmann, après d'autres auteurs, insistent sur la fréquence avec laquelle on observe chez les malades en question le crochetage et l'amplitude exagérée de l'onde P unis fréquemment à une prépondérance électrique droite auriculaire. Ces anomalies peuvent toutefois faire défaut et la valeur diagnostique est moindre que leur valeur pronostique. On les observe surtout, en effet, en cas de fléchissement du ventricule droit, même en dehors de toute sténose mitrale.

Acidose urinaire du jeûne hydrocarboné chez le chien. Adaptation et accoutumance. — MM. F. Maignon et E. Knithakis. Le jeûne hydrocarboné ne produit chez le chien qu'une cétose extrêmement légère s'accompagnant d'une forte diminution du volume d'urine, au point que si la teneur par litre d'urine en acétone totale et en acide β-oxybutyrique est toujours nettement augmentée, l'excrétion des vingt-quatre heures peut être diminuée. On observe, sur certains animaux, un pouvoir d'adaptation en vertu duquel l'excrétion des corps cétoniques, après avoir augmenté sous l'influence du régime carné, diminue et revient à la normale. Sur d'autres sujets, ce pouvoir d'adaptation fait complètement défaut.

Influence de l'administration de bicarbonate de soude sur l'excrétion urinaire des corps cétoniques chez le chien soumis au jeûne hydrocarboné. — MM. F. Maignon et E. Knithakis. On peut observer, chez le chien soumis au jeûne hydrocarboné, une rétention partielle et passagère des corps cétoniques. Chez ces sujets, l'administration de bicarbonate de soude augmente la diurèse et produit une décharge urinaire de corps cétoniques.

Lorsqu'on a la chance de tomber sur un sujet qui ne présente ni rétention, ni accoutumance, l'administration de bicarbonate de soude en quantité juste suffisante pour neutraliser l'hyperacidité urinaire a pour effet, malgré l'augmentation de la diurèse, de diminuer l'excrétion urinaire des corps cétoniques et par conséquent leur production.

Sur la dispersion des bacilles paratuberculeux de la fléole inoculés au cobaye par la voie sous-cutanée. — MM. A. Boquet, L. Nègre et J. Valtis. Il résulte des expériences des auteurs que les bacilles de la fléole, inoculés dans le tissu sous-cutané de l'extrémité d'une patte postérieure, atteignent en trente minutes les ganglions inguinaux et iliaques correspondants. Vers la quatre-vingt-dixième minute ils font irruption dans la circulation sanguine, d'où ils disparaissent rapidement. L'infection des ganglions trachéo-bronchiques est exceptionnelle et tardive; celle de la rate et des poumons se manifeste tantôt au moment de la bacillémie, tantôt vingt-quatre ou soixante-douze heures plus tard. A partir du vingt-cinquième jour après l'inoculation, les ensemencements des ganglions lymphatiques et des viscères restent stériles.

Essai de transfert au lapin de l'hypersensibilité pollinique de l'homme. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Paul Giroud et Mme Andrée Hugo. On ne peut transférer au lapin l'hypersensibilité pollinique de l'homme. Des lapins ont reçu par voie sous-cutanée ou veineuse du sérum d'homme sensibilisé à l'extrait pollinique de *Dactylis glomerata*. L'injection déchaînante a été pratiquée par voie veineuse avec de l'extrait de *Dactylis glomerata*. A l'appareil enregistreur, on ne nota pas de chute de la pression artérielle. Par conséquent il n'y

eut pas de choc. L'hypersensibilité pollinique n'a donc pu être transmise au lapin.

Par des recherches antérieures, les auteurs avaient montré que les essais de transfert de l'hypersensibilité pollinique de l'homme au cobaye par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale, avec injection déchaînante intracérébrale, sont également négatifs.

Par contre, chez l'homme on peut transférer localement l'hypersensibilité pollinique en utilisant la méthode de Prausnitz et Küster.

Ces expériences montrent que les réactions d'hypersensibilité passive ne sont pas identiques chez l'homme et chez l'animal.

Etude comparative du vibrion septique et du Bacillus chauvoei par la réaction de fixation. — MM. M. Weinberg, J. Davesne, M. Mihailesco et C. Sanchez ont pratiqué la réaction de fixation en utilisant comme antigènes des émulsions microbiennes provenant de cultures de vibrion septique ou de *B. chauvoei* et comme sérums sensibilisants des sérums antivibrion septique et anti-*B. chauvoei* préparés sur lapin. En présence d'un sérum sensibilisant antivibrion septique, des antigènes de *B. chauvoei* donnent des réactions de fixation positives, comme en présence d'un sérum sensibilisant anti-*chauvoei* des antigènes antivibrion septique donnent des réactions de fixation positives. Bien qu'en général un antigène vibrion septique ou *chauvoei* donne en présence du sérum homologue une fixation plus accusée, on peut rencontrer des sérums antivibrion septique ou anti-*B. chauvoei* déviant une plus grande quantité d'alexine en présence de l'antigène hétérologue.

Il est impossible de distinguer, par la réaction de fixation, le *B. chauvoei* du vibrion septique. Cette réaction est spécifique; elle n'a lieu, pourvu qu'on emploie le sérum à un taux de dilution suffisant, qu'en présence d'antigènes provenant des cultures de ces deux germes, et apporte un nouveau caractère commun à l'évidente parenté qui unit le *B. chauvoei* au vibrion septique.

Sur l'affaiblissement de la virulence du bacille tuberculeux par repiquages précoces. — MM. L. Nègre, A. Boquet et J. Valtis. Par des repiquages successifs effectués sans interruption tous les quatre jours pendant onze mois sur le milieu synthétique de Sauton, les auteurs ont réussi à affaiblir progressivement la virulence de la souche bovine Vallée dont on connaît le pouvoir pathogène très prononcé pour le lapin et le cobaye.

Au cinquante-deuxième passage (sept mois) la culture inoculée à la dose de 1 milligramme par voie veineuse au lapin et par voie sous-cutanée au cobaye s'est montrée inoffensive.

L'affaiblissement de la virulence provoqué par ces repiquages successifs paraît se maintenir dans les milieux artificiels car les animaux inoculés avec les cultures des mêmes passages mais âgés d'un mois se sont comportés à peu près de la même façon que dans les expériences précédentes.

L'influence de la thyroïdectomie et de la thyroxinisation sur l'équilibre protéique du sérum. — MM. Loeper, A. Lemaire, A. Lesure et J. Tonnet. Le taux de la sérine dans le sang, nettement augmenté chez les basedowiens, revient à la normale quand l'amélioration clinique se produit, que cette amélioration succède à une thyroïdectomie ou à un traitement médical.

La thyroïdectomie expérimentale chez le chien abaisse le taux de la sérine qu'un traitement thyroxiné, secondairement institué, ramène à son chiffre normal.

Ces différents résultats démontrent l'existence d'une fonction protéocrasique du corps thyroïde.

La calcification des lésions d'encéphalite chronique sous l'influence de l'ergostérol irradié. — MM. C. Levaditi et Li Yuan Po concluent, à la suite de leurs recherches expérimentales, que les altérations névraxiques du type chronique provoquées par des virus neurotropes, tels le germe herpéto-encéphalitique, ont une certaine tendance à se calcifier; le calcium apparaît d'abord dans le cytoplasme des cellules granulo-adipeuses et des neurones, par suite d'un trouble du métabolisme calcique intracellulaire. L'ergostérol irradié, administré par voie buccale, intensifie la calcification des foyers d'encéphalite chronique et paraît aider la réparation cicatricielle de ces altérations.

Cancer du goudron et système réticulo-endothélial. — MM. Remond, Sendrail et Roudil ont étudié les modifications apportées à l'évolution du cancer du goudron, chez le lapin, par la suppression fonctionnelle du système réticulo-endothélial, réalisée grâce à des blocages répétés au collargol, parfois associés à la splénectomie. Ces interventions ont exercé une action nettement inhibitrice sur la croissance néoplasique. En revanche, c'est une réduction des délais de cancérisation que l'on observe chez les animaux soumis à l'injection d'extraits éthérés d'organes réticulo-endothéliaux. Tout se passe comme s'il existait dans l'appareil d'Aschoff des foyers générateurs d'hormones destinées à activer les multiplications cellulaires.

Système réticulo-endothélial local du cerveau. Rôle de la pie-mère profonde et superficielle. Rôle de la mésoglie. — MM. Serban Bratiano et Antoine Hombart, à la suite de recherches entreprises sur des animaux normaux et malades (lapin avec maladie de Borna ou blessure cérébrale), arrivent à la conclusion que la pie-mère superficielle et profonde représente par ces histyocites le système réticulo-endothélial du cerveau.

La mésoglie représente l'élément phagocytaire du système nerveux présentant dans les cas pathologiques des réactions similaires aux autres éléments mésenchymateux.

Sur la spécificité de la réaction de Florence. — M. E. Kahane montre que les précipités de lactones iodées auxquels donnent lieu certains acides non saturés ne peuvent en aucune façon, contrairement à ce qui a été affirmé, prêter à confusion avec les cristaux de periodure de choline. De la discussion qui suit, résulte que M. Blanchetière maintient les conclusions qu'il avait formulées jadis sur la non-spécificité de la réaction de Florence.

M. Strohl présente un **modèle mécanique de l'excitabilité électrique.**

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 MAI 1929)

Hypertension artérielle chez des convalescents de grippe. — M. Sigismond Bloch rappelle que les convalescents de grippe sont des hypotendus. Leur hypotension est parfois très marquée. Aussi la constatation d'une hypertension, même relative chez ces malades, doit interdire l'étiquette commode, mais certes erronée, d'asthénie postgrippale et oblige à chercher une explication de ce paradoxe tensionnel.

Dans certains cas, l'auteur a décelé, comme cause de cette hypertension, une hypertension jusque-là latente, une néphrite subaiguë, un Basedow fruste.

Les abcès de fixation en médecine vétérinaire. Influence de la ponction sur les effets thérapeutiques. — M. J. Rousseau, docteur vétérinaire, ayant eu pendant la guerre la direction d'un dépôt de réception de chevaux étrangers à Saint-Nazaire, constata que les animaux, arrivant avec de larges plaies suppurées contractées au cours du voyage, étaient généralement exempts de lésions gourmeuses ou ne faisaient par la suite qu'une affection très bénigne.

M. Rousseau fit des abcès de fixation à tous ses sujets gourmeux et obtint d'excellents résultats. Sur un lot de mille chevaux gourmeux injectés d'essence thérébentine, l'auteur ponctionna l'abcès au sixième jour sur 500 animaux et l'abandonna à lui-même sur les 500 autres. Il constata chez les non ponctionnés une guérison plus rapide avec une moindre proportion de complications secondaires (névrites, endocardites, néphrites, etc.).

La production d'abcès de fixation sur les non contaminés exerça une véritable action préventive. Ces animaux mis en contact avec des gourmeux graves ne contractèrent pas la maladie ou firent une affection exceptionnellement bénigne.

Des résultats tout à fait superposables, en ce qui concerne l'action préventive, ont été obtenus par l'auteur sur le chien, dans des meutes atteintes de pneumonie infectieuse.

L'auteur rapporte également que les bovins porteurs d'abcès des ganglions parotidiens ou sous-glossiens contractent rarement la fièvre aphteuse en période d'épizootie.

Sur les cultures d'épiploon. — MM. Bécart et Gaehlinger présentent les résultats d'expériences, faites sur des cultures d'épiploon, que voici :

1° Les fragments d'épiploon, non atteints d'épiploïte, ne poussent pas en milieu nutritif;

2° Les fragments d'épiploon, atteints d'épiploïte, poussent en milieu nutritif (la flore microbienne rencontrée est composée de colibacille, entérocoque, staphylocoque);

3° Si l'on fait un filtrat vaccinal mixte avec ces différentes espèces microbiennes, l'on constate que celui-ci empêche le développement des microbes signalés.

Les conclusions thérapeutiques pratiques sont les suivantes :

Il y a une période médicale du traitement des épiploïtes (diathermie, infrarouges, etc.), méthodes auxquelles on ajoutera la vaccination par voie buccale associée à la lutte antiparasitaire.

Dans le cas où l'épiploïte est trop avancée, il est nécessaire de recourir à la chirurgie, et dans ce cas, afin d'éviter autant que faire se peut les adhérences secondaires, il sera bon que le chirurgien, pendant l'opération, se mette en milieu vaccinal par des compresses imbibées de filtrat.

Traitement des dystonies gastriques par la gastrotonométrie clinique. — M. René Gaultier présente à nouveau son appareil, le gastrotonomètre, et fait une démonstration sur une malade même avec une extrême facilité. Il accompagne en même temps cette démonstration d'une explication sur le tonus musculaire de la paroi gastrique, insistant en particulier sur ce point, savoir :

Que les dyspepsies s'accompagnent surtout de troubles de la tonicité du muscle gastrique. Ces dyspepsies tirent en réalité toute leur importance, moins des troubles du chimisme (ceci gardant toutefois son importance) que de la tonicité même du muscle.

(Séance du 12 juin 1929)

Linite gastrique syphilitique. Estomac triloculaire. — MM. G. Caussade et G. Leven montrent un cas type de linite gastrique syphilitique, dont l'examen histologique, fait avec une rigueur toute spéciale, et l'emploi en particulier de la méthode du muci-carmin de Mayer, permet d'éliminer l'existence du cancer.

Leur étude oblige à admettre l'existence d'une linite syphilitique pure qui trouve sa place à côté de la linite cancéreuse.

Une rétropéritonite, une sclérose du pancréas (glycosurie), des artérites généralisées dans l'estomac, le pancréas, les poumons caractérisaient ce cas. La triloculation gastrique avait été observée radioscopiquement, l'autopsie la confirma. La malade mourut peu de jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu d'une hémorragie gastrique. Sa syphilis qui ne fut jamais régulièrement traitée avait été contractée à l'âge de vingt ans. Elle mourut à cinquante-sept ans, après avoir présenté des crises douloureuses très violentes durant dix-sept années (pas de tabes).

Quelques accidents causés par des vaccins anticolitiques. — M. Gaston Durand cite deux accidents par vaccination anticolitique.

Le premier qui présente tous les signes d'accident de choc a eu pour cause un auto-vaccin Weinberg.

Le deuxième accident a été dû à un vaccin par injections : il semble que dans les deux cas il y ait eu véritablement des troubles dus au fait vaccinal lui-même.

Des risques possibles au cours du tubage gastrique. — M. Gaston Durand rapporte un accident rétrospectif de perforation par tubage chez un ulcéreux gastrique, mais ceci à la suite de deux à trois lavages au perchlorure de fer pour un ulcus hémorragipare.

Les injections hypodermiques d'acétylcholine peuvent-elles provoquer de la glycosurie? — M. R. Huerre signale que chez un hypertendu non diabétique une injection hypodermique de 5 centigrammes d'acétylcholine fut suivie pendant trois jours d'une légère glycosurie. La glycosurie n'existait plus le cinquième jour. Elle se manifesta à nouveau le lendemain d'une nouvelle injection de 5 centigrammes d'acétylcholine.

La feuille d'artichaut. — M. J. Brel indique l'avantage d'utiliser dans les ictères l'extrait de feuilles d'artichaut; l'auteur apporte à la démonstration de ce fait toute une série d'observations cliniques.

CHRONIQUE

LE VOYAGE D'ÉTUDES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE LORRAINE ET D'ALSACE.

Les internes des hôpitaux et les étudiants de cinquième année de la Faculté de médecine de Montpellier, ont visité du 24 au 28 mai 1929 les principales stations hydrominérales et climatiques de Lorraine et d'Alsace. Ils étaient au nombre de 43 conduits par le professeur Gaston Giraud, qu'assistait le professeur agrégé Albert Puech. Mme le docteur Gaussel, ancien chef de clinique à la Faculté, Mlle le docteur Giraud, chef de laboratoire, les docteurs Chaptal, chef de clinique et Grenier s'étaient joints à leur groupe.

Ce voyage qui a connu le plus grand succès s'est effectué en auto-cars de la gare de Culmont-Chalindrey à celle de Bourbonne.

Après la visite de Contrexéville et de Vittel, les voyageurs ont visité la Faculté de médecine et les hôpitaux de Nancy, Nancy-Thermal. Dans l'après-midi, trajet de Nancy à Morsbronn, par Dieuze et ses champs de bataille, Sarrebourg, Phalsbourg, Saverne, Niederbronn; Visite de Niederbronn.

Le troisième jour, visite de Morsbronn, visite de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Strasbourg. Trajet de Strasbourg à Géradmer par Erstein, Selestat, Colmar, Soultzbach (visite des sources), Munster, l'Altenberg (visite du sanatorium), le col de la Schlucht.

Le quatrième jour, dans la matinée : visite de Gérardmer et promenade sur le lac; trajet de Gérardmer à Bussang par La Schlucht, Le Hohneck (ascension), la route des Crêtes, la descente sur Ranspach, Wesserling, le col de Bussang; dans l'après-midi, visite de Bussang; trajet de Bussang à Luxeuil par le ballon d'Alsace, le réservoir d'Alfeld, Masevaux, Belfort et Lure.

Le dernier jour, dans la matinée, de bonne heure, visite de Luxeuil (qui, projetée pour la veille au soir, n'avait pu avoir

lieu en raison du retard causé par un accident bénin du car); visite de Pombières. Dans l'après-midi, visite de Bains et de Bourbonne,

Les stations visitées ont rivalisé de bonne grâce pour que les voyageurs conservent de leur visite des notions techniques précises et un souvenir agréables : elles y ont parfaitement réussi. Il n'y a pas eu d'autres incidents de route que deux beaux orages essuyés, l'un à l'Altenberg, l'autre au col de Bussang, et l'endomagement, malheureusement irrémédiable, du moteur d'un car, à la descente du ballon d'Alsace, cause du retard de l'arrivée à Luxeuil.

L'enseignement technique, au cours du voyage a été assuré :

A Contrexeville, par le docteur Bricout, conférencier et les docteurs Boursier et Poupelain;

A Vittel, par le professeur Giraud, qui a exposé à grands traits les caractéristiques hydrogéologiques du bassin lorrain et ce qu'on peut attendre de lui du point de vue thérapeutique; par le docteur Boigey, qui a fait une conférence générale sur Vittel et par le docteur Darricau sur la cure d'exercice à Vittel, conférence appuyée de démonstrations pratiques;

A Nancy, par le doyen Spillmann et par le professeur Perrin, au cours de la visite des hôpitaux; par le docteur Vitoux, à Nancy-Thermal;

A Niederbronn, par le docteur Munsch, conférencier;

A Morsbronn, par le docteur Paul Blum, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, qui avait bien voulu venir au devant du voyage montpelliérain, accompagné de sa préparatrice Mlle Achard et qui a fait un exposé général des stations de cure hydro-minérale alsaciennes et par le docteur Wimmer, qui s'est occupé de Morsbronn;

A Strasbourg, par le docteur Paul Blum;

A Soultzbach, par le directeur du voyage;

A l'Altenberg, par le docteur Fath.

A Gérardmer, par le docteur Grosjean, qui a traité de la station de Gérardmer; par M. Giraud, à propos des indications thérapeutiques générales des stations climatiques des Vosges; par le docteur Mage qui a dirigé la visite de sa maison de santé qui va fonctionner comme dispensaire d'hygiène;

A Bussang, par le docteur Baros, conférencier;

A Luxeuil, par le docteur de Langenhagen, conférencier, et le docteur Pierra;

A Plombières, par le docteur Jacquot, conférencier;

A Bains, par le professeur Lassang, conférencier;

A Bourbonne, par le docteur Joyeux, conférencier et le médecin-commandant Delacroix.

Réceptions. — Le premier jour, des réceptions avaient été organisées à Contrexéville où M. le premier adjoint au maire à l'issue du banquet, s'est associé aux docteurs Boursier et Poupelain pour saluer les voyageurs, et à Vittel où le banquet fut présidé par le docteur Jean Bouloumié, maire de Vittel et administrateur de la Société des eaux, où la bienvenue au nom du Corps médical fut souhaitée par le docteur Monsseaux; le colonel Herbillon conduisit en voiture les hôtes de Vittel au sommet du Mont Saint-Jean, d'où le point de vue est très beau; enfin, une soirée brillante a été donnée dans les salons du Casino de Vittel.

A Nancy, M. le doyen Spillmann, les professeurs Perrin et Lucien, le docteur Benech, M. Godfrin, administrateur délégué de Nancy-Thermal, ont bien voulu s'asseoir à la table des étudiants montpelliérains qui, déjà aimablement traités à Nancy-Thermal même, ont apprécié, après déjeuner, l'invitation de ses administrateurs au Palais de la bière. Au préalable, M. Godfrin et Benech avaient dirigé en voiture la visite rapide, mais assez incomplète de l'élégante ville lorraine.

Dans l'après-midi du 25, les voyageurs se sont recueillis avec émotion aux confins des grands cimetières de la région des étangs lorrains, et sur les terrains de combat, près de Vergaville, où leur directeur, témoin oculaire, leur a simplement dit ce qui se passait à cette même place les 19 et 20 août 1914.

L'entrée dans la fraîche Alsace, le parcours de Saverne à Niederbronn et Morsbronn furent enchanteurs. Cordial accueil et vin d'honneur à Niederbronn. Dans la soirée, Morsbronn avait organisé une fort agréable réception au cours de laquelle M. le directeur Richet avec les docteurs Paul Blum et Wimmer, a souhaité aux voyageurs languedociens une aimable bienvenue et où la *Marseillaise* a retenti dans la grande salle, bâtie sur le sol même que foulèrent les chevaux des cuirassiers de Reichshofen.

A Strasbourg, le docteur Paul Blum, chargé de cours à la Faculté de médecine, a consacré toute sa matinée aux voyageurs et les a conduits lui-même dans les hôpitaux, à l'Institut de bactériologie, où le professeur Borrel leur a fait les honneurs de ses magnifiques laboratoires, à la Faculté de médecine, à la Cathédrale, à travers le vieux et le nouveau Strasbourg, et jusqu'au pont de Kehl. Puis les montpelliérains ont été l'objet de la part de Mme Blum et du docteur Blum d'une réception intime et charmante dans les jardins de leur villa de l'avenue de la Robertsau. M. Blum avait tenu à leur faire connaître ce qu'est la Frühschoppe strasbourgeoise. Au déjeuner, servi au Crocodile, ont bien voulu participer, avec le docteur Blum et le professeur Fontès, de la Faculté de médecine de Strasbourg, et ancien élève de Montpellier, Mme Fontès et Mlle Achard, préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

A Soultzbach, dans l'hôtel de la source Gondernach, un lunch succulent a été fort apprécié par des appétits aiguisées au plein air.

Gérardmer, le lendemain, a eu l'aimable pensée de faire faire à ses hôtes le grand tour de son beau lac que la pluie fouettait sans lui enlever son charme. Malgré cette pluie, le programme qui prévoyait la visite du Hohneck et le passage par la route des Crêtes a été maintenu, parce qu'interrogée téléphoniquement La Schlucht avait signalé que le ciel était clair sur les hauteurs.

Au Hohneck, le directeur du Grand Hôtel a bien voulu ouvrir librement l'accès de son belvédère aux touristes médicaux.

A Bussang, très belle et cordiale réception, présidée par M. Mathiot, secrétaire général de la Société qui poussa l'amabilité jusqu'à participer lui-même au circuit de l'après-midi, d'ailleurs organisé sur ses conseils. Le remorquage obligatoire d'un des cars pendant de longs kilomètres a bousculé le programme de la soirée du 27 à Luxeuil, qui était pourtant bien alléchant. Disons à la gloire de l'hôtel de La Pomme d'Or et de son chef cuisinier que le dîner offert par l'établissement thermal de Luxeuil, prévu pour vingt heures et servi à vingt-quatre ne paraissait pas avoir attendu sur les fourneaux et était demeuré une merveille gastronomique.

A Luxeuil, les voyageurs étaient, pour la nuit, les hôtes du Syndicats des hôteliers et personne ne leur fit grise mine malgré leur retard involontaire dont ils étaient eux-mêmes marris et qui les a privés d'une belle réception au casino.

Beau banquet aussi offert par Plombières et présidé par le très aimable M. Deschazeaux, maire de Plombières et président de la Société fermière.

Lunch appétissant à Bains.

A Bourbonne, où le séjour était malheureusement limité, M. le maire Soriot n'a pas été aimable qu'en paroles à l'égard des montpelliérains; par ses soins, ces derniers ont été très attentivement approvisionnés, au départ, à 8 h. 32, pour leur voyage nocturne.

Ce furent cinq jours utilement et agréablement remplis, dont le programme assez dense, mais très varié, a pu être exécuté dans d'excellentes conditions. La portée d'enseignement d'un tel voyage a été très grande, parce que, ce qu'il fallait voir a été bien vu, et d'une manière bien faite pour laisser des souvenirs durables.

LIVRES NOUVEAUX

Phlébites, thromboses et embolies postopératoires (1), par J. DUCUING.

Ce bel ouvrage résume tout ce que nous ont appris les trente dernières années sur les complications veineuses post-opératoires. Tout est exposé avec clarté et méthode; les notions classiques et universellement connues sont résumées brièvement, mais avec précision, tandis que l'auteur consacre plus de développement aux notions moins connues ou d'actualité. Son effort personnel représente six années de labeur : nombreuses interventions et autopsies, études spéciales des formes intestinales et vésicales, expériences sur l'hirudinisation; citons également le chapitre de la vaccination post-opératoire.

Ecrit par un chirurgien, ce livre résume admirablement les indications de la cure de Bagnoles-de-l'Orne, et la physiothérapie, pour lesquelles l'auteur s'est personnellement renseigné auprès des spécialistes.

Certes le sujet est aride en raison des nombreuses formes successivement décrites, mais sa lecture, illustrée de belles figures, est rendue particulièrement attachante, grâce au style à la fois brillant et précis. C'est l'œuvre d'un praticien qui avant tout veut mettre bien en lumière les signes prémonitoires et indiquer dans chaque cas la technique à suivre pour éviter cette redoutable complication de la chirurgie moderne que représente aujourd'hui encore l'embolie.

L. ALQUIER.

Etude de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses (2), par André BRETON, ancien interne des hôpitaux de Lille, préparateur à l'Institut Pasteur.

La réaction de floculation de Vernes dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses est principalement l'objet de ce travail.

Si l'auteur s'étend également sur la réaction de complément de Bordet et Gengou, c'est d'abord pour la valeur diagnostique et pronostique qui lui a été attribuée; d'autre part, à cause de sa nature même qui la rapproche jusqu'à un certain point de la réaction de Vernes.

Ces deux réactions étudient également les réactions colloïdales du sérum, mais la floculation qui en résulte est microscopique dans un cas et peut être visible à l'œil nu dans l'autre; d'autre part, les deux suspensions colloïdales antigènes ne sont pas de même nature. L'une, la résorcine, est une substance chimique définie, l'autre un extrait alcoolique de bacilles de Koch, donc un colloïde organique et spécifique.

Parce que les éléments de la réaction sont différents dans les deux cas, il était intéressant de rapprocher les résultats fournis par ces deux méthodes et d'en tirer des conclusions.

L'auteur rappelle rapidement les procédés opératoires et étudie les résultats fournis par ces deux réactions de laboratoire dans l'étude des diagnostics et des pronostics des tuberculoses pulmonaires et chirurgicales.

Dans la première partie, il résume les résultats épars dans la littérature médicale. Dans la deuxième partie, il apporte les conclusions de ses recherches personnelles.

Ces conclusions sont actuellement en faveur de la réaction de Vernes.

L. G.

(1) Un vol. de 478 pages et 63 figures. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. de 152 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Vie et reproduction (1), par Max ARON.

Sous ce titre à la vérité peu précis, le lecteur trouvera un exposé des principaux problèmes généraux relatifs à la vie cellulaire, aux corrélations fonctionnelles, à la croissance, à la sexualité et à l'hérédité.

L'ouvrage de M. Max Aron est rédigé assez clairement pour que le lecteur non spécialisé puisse en prendre connaissance sans fatigue. A ce propos, je me permettrai de regretter que M. Aron, qui fait une place si large à l'histologie, ne figure guère les cellules qu'en coupes optiques alors que la représentation en perspective est infiniment plus significative : les vues perspectives de la blastula et de la gastrula, empruntées à Hatschek, en sont la preuve. « Vie et reproduction » pourrait également être consultés par l'étudiant en biologie et par le médecin qui désirent avoir une vue d'ensemble sur les résultats récents obtenus par les biologistes.

A. PETTIT.

Les médecins (2), vus par BARRÈRE, CHIMOT, GUILLAUME, POULBOT.

Poursuivant leurs éditions artistiques, les laboratoires Cortial présentent aujourd'hui au Corps médical quelques silhouettes médicales vues par les artistes en renom de notre époque. Ces charmantes gravures sont préfacées avec esprit par le docteur P. Rabier dont ses collègues connaissent l'art d'écrire et la valeur de critique.

Les quatre artistes qui ont composé cet album : Barrère, Chimot, Guillaume, Poulbot ont représenté chacun le médecin sous le jour qui convient le mieux à leur talent personnel.

Barrère habitué des services d'hôpitaux et des salles de garde a représenté le « Maître à l'hôpital »; il est au lit du malade entouré de ses chefs de clinique attentifs, sérieux, de ses internes, de ses externes, de ses assistants étrangers aussi. La malade est une pulmonaire, à laquelle sans doute il conseille sans doute de l'iodaseptine.

Chimot nous montre une femme-médecin auscultant avec attention une malheureuse victime des stupéfiants.

Guillaume, avec esprit, nous fait assister à la visite du médecin de théâtre dans une loge d'artiste et il prend un certain plaisir à palper la jambe bien moulée de l'artiste en renom.

Pour Poulbot, c'est le vieux médecin de famille faisant tirer la langue à un gosse qui, pour un instant, a mis de côté son « ours » favori.

Cette collection, luxueusement éditée » sera précieuse à tous les médecins, car tous aiment les arts et les artistes.

L. G.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES AU DÉPART DE CHAMONIX. — Chaque jour, partent de Chamonix les autocars P.-L.-M. qui font le « Tour du Mont Blanc ». L'excursion s'effectue en deux étapes d'une journée chacune. La première comporte, au delà de Combloux, la traversée des gorges de l'Arly et du col du Petit Saint-Bernard; déjeuner à Brides-les-Bains en Tarentaise; dîner et coucher à Courmayeur. Le lendemain, les cars s'acheminent à travers la vallée d'Aoste, vers le col du Grand Saint-Bernard où a lieu le déjeuner. Par Martigny et les lacets de la Forclaz, on atteint, dans l'après-midi, le gouffre de la Tête Noire, puis Vallorcine, Argentière et enfin Chamonix. — On peut également visiter, en une journée : Sixt et le Fer à Cheval; en une demi-journée, chacun des sites suivants : le col des Montets-le Chatelard; Notre-Dame de la Gorge; les gorges de la Diosaz; le glacier du Tour du Mont-Roc; le Lac Vert; le glacier des Bossons.

Ces services fonctionnent de juillet à septembre. Pour en connaître les jours de fonctionnement, s'adresser au Pavillon P.-L.-M. des autocars, avenue de la Gare, à Chamonix.

(1) Un vol. de 366 pages avec 190 fig. — Paris. Masson et Cie.
(2) Edition des laboratoires Cortial, — Paris. 15, boul. Pasteur.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE, FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS, ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE : 6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107, Rue des Dames, PARIS

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927) .

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS

Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

1 à 3 comprimés le soir au coucher

AUCUNE IRRITATION

PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TUMEUR BLANCHE DU GENOU

(SIGNES ET DIAGNOSTIC) (1)

b. Il faut surveiller, même sous plâtre, l'apparition DES ABCÈS :

1. Souvent ils évoluent d'une façon *lente* et *insidieuse*, ils sont une découverte d'examen à moins que leur fistulisation, tâchant le plâtre, ne vienne en révéler l'existence.

2. Parfois quelques symptômes attirent l'attention :

Réapparition des douleurs;

Poussées fébriles ou température à grandes oscillations.

Il faut les rechercher aux points d'élection :

A la face interne du tibia;

Sous le quadriceps.

Précoces dans leur apparition ils sont d'un mauvais pronostic.

Tardifs, le pronostic est plus favorable.

Il faut à tout prix éviter leur *fistulisation* qui aggrave considérablement le pronostic.

Attitudes vicieuses viennent souvent dans les cas mal traités aggraver encore le pronostic.

La subluxation de Volkmann est la plus fréquente. La contracture des ischio-jambiers, joint à la destruction de l'appareil ligamenteux du genou, entraîne une déformation caractéristique :

Jambe demi-fléchie, subluxée en arrière, en rotation externe.

Cette attitude, fixée d'abord par contracture, devient irréductible par hypertrophie antérieure des condyles fémoraux.

A cette attitude caractéristique peut s'ajouter :

Une légère abduction, plus *rarement adduction*, par destruction plus marquée d'un condyle, entraînant un genu valgum ou genu varum suivant les cas.

Parfois une subluxation en dehors ou en dedans.

Enfin, une incurvation antérieure du tibia, par écrasement de la zone diaépiphysaire du tibia entraînant une déformation en baïonnette.

Evolution : Si parfois la troisième et la quatrième année sont la période terminale d'une tumeur blanche multifistuleuse, mal ou insuffisamment traitée, c'est aussi la période de réparation, donc de guérison d'une tumeur blanche correctement traitée.

La guérison lente, progressive, est difficile à affirmer, il faudra se baser sur :

La clinique : le genou doit être *froid, sec, indolore, l'adénopathie disparue.*

La radio : à la fin de la troisième année et dans le cours de la quatrième, *recalcification osseuse*, en même temps les lésions se cernent d'un trait noir.

Elle peut se faire :

1° **Par ankylose.** — a. *Excellente* si elle est *complète* et en *position correcte*, en extension.

b. *Mauvaise* au point de vue fonctionnel si elle se fait en *attitude vicieuse*, elle nécessitera une correction par ostéotomie ultérieure.

2. **Avec conservation de mouvements articulaires.** — a. *Rarement, évolution favorable* et seulement dans les formes légères pouvant guérir par la restitutio ad integrum.

b. *Généralement déplorable*, car elle donne un membre *douloureux*, impotent, plus exposé aux entorses et aussi aux

Rechutes qui sont fréquentes dans la convalescence, elles peuvent être d'un *diagnostic difficile avec les entorses d'un col fibreux*. L'absence d'adénopathie dans ce dernier cas est le meilleur signe.

Séquelles sont fréquentes, et bien que le membre ait subi un *allongement ostéogénique* au cours de la convalescence, cet allongement atrophique n'est que temporaire. Finalement le membre sain dépasse en longueur le membre malade; cette inégalité de longueur peut entraîner une *scoliose statique*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 63, p. 1146.

FORMES CLINIQUES

Forme hydarthrosique synoviale, plus fréquente *chez l'adulte*, bien souvent n'est qu'un mode de début de la forme fongueuse. Caractérisée par l'apparition *d'une hydarthrose* abondante ou légère.

Il faudra rechercher :

a. L'épaississement de la synoviale;

b. L'atrophie du quadriceps et surtout

c. L'*adénopathie inguinale.*

La radio ne donne que des signes très tardifs, par contre l'*inoculation au cobaye* du liquide de ponction vient parfois confirmer le diagnostic.

Forme hyperostosante sèche avec :

De gros condyles saillants et douloureux;

Une articulation très raide et peu gonflée;

Evoluant lentement sans formation d'abcès vers l'ankylose.

Forme aiguë à début brusque avec :

Température élevée;

Douleurs violentes ne cédant qu'à une immobilisation absolue;

Grosse réaction inflammatoire articulaire;

Formation précoce d'abcès.

Formes associées. — Tumeur blanche double.

Tumeur blanche et mal de Pott.

DIAGNOSTIC

1° **Dans la forme fongueuse.** — *A.* AU DÉBUT :

1. **La gonalgie** de la coxalgie est un diagnostic facile.

2. **Les ostéites juxtaarticulaires** cliniquement réagissent sur l'articulation, seul le siège anormal de la douleur peut attirer l'attention.

La radio permet toujours le diagnostic.

3. **Les arthrites subaiguës et chroniques** :

Arthrites infectieuses, pneumococciques, gonococciques ont une allure plus aiguë, avec fièvre, douleurs, gonflement plus rapide.

L'arthrite hémophylique présente une évolution par poussées, il n'y a pas de ganglions.

Les arthrites infectieuses par corps étranger (piqûre d'aiguilles) peuvent avoir une allure subaiguë. Rechercher la porte d'entrée, les conditions d'apparition.

4. **L'ostéomyélite subaiguë** est plus douloureuse, pas d'adénopathie.

Il est deux diagnostics surtout particulièrement difficiles :

L'arthrite syphilitique peut simuler en tout point la syphilis. Rechercher les stigmates. Faire un Wassermann chez l'enfant et les parents.

Les arthrites passagères dites de croissance, peut-être ostéomyélite atténuée, peuvent simuler la tumeur blanche au début.

B. ETAT. — Le diagnostic est facile.

1. **L'ostéosarcome** est plus volumineux, juxta-articulaire, laisse indemne l'articulation.

La syphilis est plus indolente, plus déformante.

Les mycoses, exceptionnelles.

2. **Forme hydarthrosique** discutable :

Hydarthrose traumatique;

Hydarthrose gonococcique;

Hydarthrose syphilitique, bilatérale, peu tendue.

3. **Formes sèches** :

Le rhumatisme chronique;

Les arthropathies nerveuses.

2° **Dans les formes fistulisées,** les fistules ostéomyélitiques ou mycosiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

Épilepsie!!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE,
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL · PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

Questions cliniques d'actualité, leçons professées à la Charité, service du professseur SERGENT. Un vol. de 254 pages, avec 8 planches hors texte. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 157.148, Seine.

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré

1 tablette Sédobrol "Roche"

= 1gr **NABR**

Traitement bromuré intensif dissimulé

Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux: neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.

Doses: Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Le médecin lieutenant-colonel Gravellat, en service au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales), est affecté au cabinet militaire du ministre de la Guerre.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'ordre du jour suivant a été voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance du 12 juillet 1929.

« Considérant que les méfaits indéniables des stupéfiants et autres toxiques du tableau B ne doivent pas faire oublier les ravages beaucoup plus étendus de l'alcool, poison non seulement de l'individu, mais de la race, pourvoyeurs de prisons, d'asiles d'aliénés, d'hôpitaux et de cimetières.

Réclame des pouvoirs publics qu'ils sortent enfin de leur torpeur et entament contre ce fléau une lutte sans trève ni complaisances.

Considérant que la consommation de l'alcool, en recul pendant la guerre par l'effet des mesures prises, ne cesse d'augmenter en France depuis 1919.

Considérant plus particulièrement, à ce point de vue, Paris et ses communes suburbaines.

Demande :

1° L'application exacte et rigoureuse de la loi sur l'ivresse publique, avec exécution effective des sanctions pécuniaires et corporelles qu'elle comporte, notamment la fermeture temporaire, en cas de récidive, de l'établissement responsable;

2° L'interdiction de la vente ou débit des similaires d'absinthe (vœu déjà émis);

3° L'interdiction du débit de boissons alcooliques autres que les bières, cidres, poirés et vins au-dessous de 9 degrés, à tout enfant manifestement âgé de moins de quinze ans;

4° La fermeture obligatoire, un jour par semaine, des cafés et cabarets, ces locaux et commerce étant éminement insalubres à tous les points de vue;

5° L'interdiction de tenir ces établissements ouverts plus de dix heures sur vingt-quatre;

6° L'interdiction d'en créer de nouveaux tant que le chiffre actuel n'aura pas diminué de moitié;

7° L'application rigoureuse de l'ordonnance obligeant les hôteliers et logeurs qui ont un commerce annexe de boissons à laisser toujours ouverte pour la partie hôtel une entrée séparée et l'interdiction à eux faite que cette entrée ou voûte soit encombrée d'aucune sorte;

8° La défense imposée aux mêmes logeurs de tenir dans leurs débits des boissons alcooliques titrant plus de 9 degrés;

9° L'obligation imposée aux débitants de tabac qui sont en même temps débitants d'alcool d'avoir pour la vente du tabac un compartiment distinct avec entrée séparée;

10° La surveillance rigoureuse et effective des débits de boisson en attendant leur disparition dans le périmètre légal des casernes et établissements publics;

11° L'interdiction de tout affichage ou publicité en faveur des apéritifs et liqueurs dans les locaux relevant de l'Etat, du Département, des communes ou d'entreprises de transports publics, et sur les objets qui y sont mis en vente;

12° Demande enfin que le droit de citation directe pour réprimer les atteintes portées aux lois répressives de l'alcoolisme, soit accordé aux sociétés anti-alcooliques reconnues d'utilité publique. »

LES DÉPARTS DES CROISIÈRES MÉDICALES A ZEEBRUGGE. — C'est un événement dans les annales maritimes belges qui vient de se passer à Zeebrugge le 12 et le 13 de ce mois. Et cet événement fut dû — chose plutôt inattendue — à deux initiatives médicales. Le paquebot de grand luxe *Brazza* des Chargeurs réunis, affecté normalement à la ligne d'Afrique occidentale, et le paquebot de grand luxe *Espagne* de la Com-

VIN GIRARD
Iodo-tannique phosphaté
LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

pagnie générale transatlantique courrier normal du Mexique, sont venus embarquer leurs passagers dans le grand port côtier, désormais historique. Le *Brazza* (15.000 tonnes, 143 mètres, chauffé au mazout, propulsion électrique par moteurs Diezel) entièrement affrété par « Bruxelles-Médical » pour sa croisière au Cercle Polaire, avait à son bord des médecins venus de Belgique, de France, de Hollande, du Grand-Duché de Luxembourg, de Suisse, d'Italie, d'Espagne, de Tchéco-Slovaquie, de Roumanie, du Portugal et d'Egypte. L'*Espagne* (14.000 tonnes, 172 mètres, 14.000 HP.), affecté à une croisière en Baltique, conduisait à Gdynia, d'où ils se rendent à Varsovie, les membres du Congrès international de chirurgie qui vient tenir ses assises dans la capitale polonaise; les nationalités suivantes étaient représentées à bord : Belgique, France, Grande-Bretagne, Argentine, Hollande. Italie, Espagne, Etats-Unis, Suède, Tchéco-Slovaquie, Grèce, Egypte, parmi lesquelles des noms illustres de la chirurgie, soit au total pour les deux navires, près de 600 passagers.

C'est un événement, avons-nous dit. En effet, ces deux paquebots sont les plus grandes unités qui se soient jamais présentées dans le port du littoral belge. Au nombre des passagers, à leur qualité, à leurs nationalités, il convient donc d'ajouter la démonstration désormais faite de la capacité du port de Zeebrugge, que des compagnie étrangères se plaisent à nier. Et ce sont des médecins qui ont réalisé cela!

Enfin, dans une délicate pensée pour ceux qui ont rendu Zeebrugge à jamais célèbre, les commandants et états-majors des deux paquebots, soit une trentaine d'officiers, dont la plupart appartiennent à la réserve de la marine de guerre, et dont certains ont commandé devant l'ennemi, ont déposé une gerbe au monument du *Vindictive,* à la mémoire des héros qui sont morts là-bas pour nous assurer la liberté des mers, condition indispensable de la victoire. Le Bureau de la Société Internationale de chirurgie et *Bruxelles-Médical* avaient tenu à se joindre à eux et à accomplir le même geste.

L'an prochain, la croisière de Bruxelles-Médical *aura vraisemblablement lieu* « Aux Capitales du Nord », *Oslo, Stockholm, Visby (Ile de Gothland, Riga, Helsingfors, Leningrad, Gdynia (Varsovie), Dantzig, les villes hanséatiques, pour arriver à Copenhague pour le Congrès (5 août)*; OU BIEN « de l'Adriatique méridionale au Mont-Athos » *par la Dalmatie, le Monténégro, l'Albanie, Corfou, la Grèce jusqu'à Salonique et retour par la Sicile. La section des voyages de* Bruxelles-Médical *(29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles) insiste auprès de nos lecteurs pour qu'ils fassent parvenir toutes suggestions qu'ils jugeraient utiles.*

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

SOINS DES YEUX ET DES OREILLES

La Cour d'appel de Douai, dans un arrêt du 11 avril 1929, a déclaré que constituait l'exercice illégal de la médecine le fait de se rendre compte, à l'aide d'appareils construits spécialement, de l'insuffisance de la vision et de prescrire le remède, c'est-à-dire des verres appropriés; elle a décidé, en outre que commett le délit d'exercice illégal de la médecine celui qui, après examen des oreilles, prescrivait l'emploi d'un appareil vibrateur destiné à combattre la surdité.

G . n'était pas muni d'un diplôme de docteur en médecine. Il s annonçait comme vendant des appareils de prothèse auriculaire, et il avait vendu à une dame X... un appareil électrique vibrateur qui, selon lui, devait atténuer la surdité de cette dame et même faire disparaître cette infirmité. D'autre part, il s'était installé comme oculiste et se servait couramment pour l'examen de la vue de ses clients de deux appareils, un optomètre et un autovisiomètre, que les experts qui avaient été nommés par le tribunal départemental du Nord (Section d'Avesnes), devant qui l'affaire était tout d'abord venue, avaient unanimement déclaré être des appareils médicaux et servir essentiellement au diagnostic et à la prescription des traitements.

G... ne se bornait pas à vendre des verres et des lunettes à ses clients; à l'aide des deux instruments ci-dessus indiqués, il se rendait compte de l'insuffisance de la vision et prescrivait le remède, c'est-à-dire les verres appropriés. Le Tribunal avait en conséquence décidé que G... avait ainsi pris part habituellement au traitement d'une maladie, *ce mot étant pris au sens large et indiquant qu'il s'agit d'un état de faiblesse ou d'insuffisance de fonctionnement d'un organe.*

Il y avait exercice illégal de la médecine à ce dernier point de vue : il y avait aussi exercice illégal de la médecine du fait que G... avait entrepris de guérir la surdité en procédant à l'examen des oreilles et en prescrivant l'emploi d'un appareil qu'il vendait.

Condamnation fut prononcée par le Tribunal contre G... La Cour de Douai a maintenu le jugement, disant :

« Attendu qu'il résulte de l'information et des débats la preuve que G... a donné des consultations et surveillé le traitement qu'il prescrivait à certains clients, qu'il a examiné les malades de la vue au moyen d'un optomètre et d'un autovisiomètre, qu'il a entrepris de guérir les sourds, qu'il a procédé à l'examen des oreilles au moyen d'un appareil vibrateur; que ces faits constituent bien l'exercice illégal de la médecine;

Attendu que, d'autre part, G... a prescrit à plusieurs clients atteints de maladie des yeux l'emploi de la pommade dite ophtalmique de la veuve F..., et leur a vendu cette pommade qui est un composé de mercure d'après le docteur Valle, expert, qui en a fait l'analyse;

Attendu que le docteur Cautela, autre expert, déclare que cette pommade employée sans discernement présente de graves dangers et que tous deux concluent que ce produit ne peut être vendu que par un pharmacien. »

Le Tribunal et la Cour avaient retenu, en dehors de l'exercice illégal de la médecine, l'exercice illégal de la pharmacie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — PARIS-EVIAN. — Un train rapide de jour (1re et 2e classes) avec wagon-restaurant circule de jour entre Paris et Evian pendant la période du 20 juin au 14 septembre.

Départ de Paris, 11 h. 15.

Arrivée à Thonon-les-Bains, 21 h. 57, à Evian-les-Bains, 22 h. 09.

Au retour : départ d'Evian-les-Bains, 11 h. 30, de Thonon-les-Bains, 11 h. 44; arrivée à Paris, 22 h. 28.

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

LABORATOIRE NATIVELLE
49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

L'emploi de

L'OUABAÏNE ARNAUD

est indiqué dans tous les cas d'insuffisance du myocarde :

Insuffisance du cœur gauche;
Insuffisance ventriculaire droite;
Arythmies et Tachycardies.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

La Solubaïne ou solution au millième d'Ouabaïne Arnaud permet d'administrer l'Ouabaïne Arnaud par voie buccale; elle est aussi maniable que la solution de Digitaline Nativelle.

L'Ouabaïne n'est pas un succédané de la Digitaline. Elle a ses indications propres; presque la totalité des insuffisances cardiaques peuvent en bénéficier : 1° celles consécutives à des lésions organiques du cœur; 2° celles qui sont dues à la répercussion qu'exercent, sur ce dernier, les lésions ou troubles des organes voisins (poumons, par exemple); et les différentes maladies infectieuses.

DIURÉTIQUE PUISSANT

« L'association de l'Ouabaïne Arnaud et de la digitaline Nativelle forme une symbiose médicamenteuse qui produit les plus heureux effets, là où chacune d'elles séparément administrée semble être inefficace. »

THÈSE DU Dr DIMITRACOFF, PARIS 1922.

ACTION CONSTANTE ET SURE

DOSES :

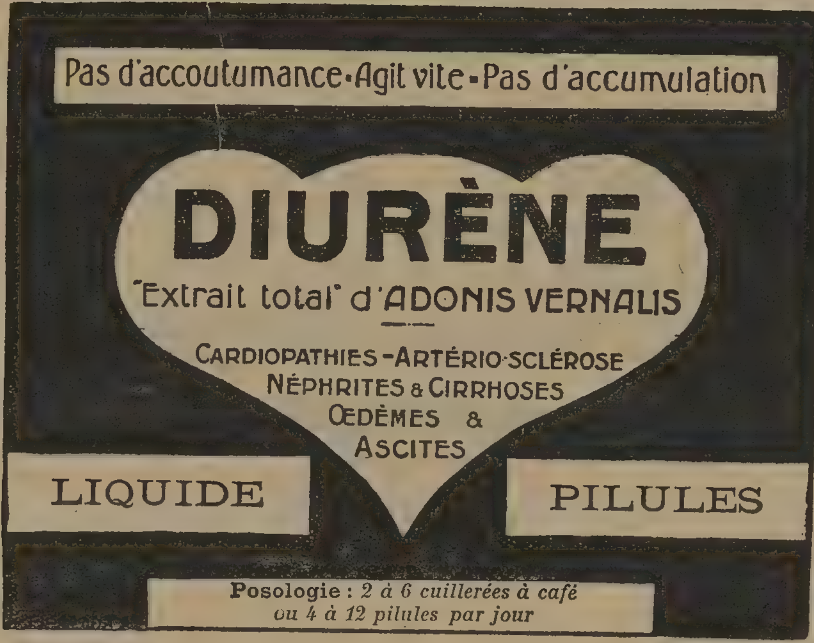
Petites doses prolongées	X à XX gouttes.
Doses moyennes	XXV à L gouttes.
Doses massives	L à CL gouttes.

DOSAGE RIGOUREUX

LABORATOIRE Prof. Arnaud NATIVELLE

DRAEGER

LABORATOIRES CARTERET



R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

LE PANSEMENT GASTRIQUE

au Sous-Nitrate de Bismuth

RÉALISÉ AU MOYEN DU

BISMUTH TULASNE

Préconisé dès 1910, par G. LION, médecin en chef de la Pitié, et préparé sur ses indications par A. TULASNE, son chef de Laboratoire, de façon à ne titrer que 7 % d'acidité.

« Si l'on met en contact du suc gastrique et du sous-nitrate de bismuth on voit toutes les « valeurs du suc gastrique tomber à o et l'Hcl, lui, disparaît constamment.

« L'Hcl s'est fixé sur le bismuth et s'est précipité sous forme d'un sel *insoluble* qui continue « à exercer une action protectrice sur la muqueuse. C'est là un point capital qui différencie nette- « ment le sous-nitrate des autres poudres dites absorbantes, lesquelles sont dissoutes par le suc « gastrique. »

(Travaux du Docteur G. Lion et de A. Tulasne, à la Pitié).

« Nos recherches nous permettent de conclure que le sous-nitrate de bismuth n'agit que « d'une façon indirecte dans les diverses affections gastriques où il donne des résultats si remar- « quables cliniquement. Il ne fait que provoquer la mise en activité du processus normal de « défense de la muqueuse gastrique, la sécrétion de mucus. »

(Travaux du Professeur Surmont et de A. Dubus, de Lille).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

LABORATOIRES BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes, PARIS

VIIIe CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE[1]

Le VIIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie s'est tenu à Varsovie du 22 au 25 juillet 1929 sous le haut patronage de M. Ignace Mosciki, président de la République polonaise et sous la présidence de M. Henri Hartmann (de Paris).

Les séances scientifiques se sont déroulées au Palais de la Présidence du Conseil et il n'est que juste de féliciter de leur organisation le secrétaire général du Congrès, le docteur L. Meyer (de Bruxelles), et le secrétaire, le docteur A. Wojciechowski (de Varsovie).

De nombreuses réceptions, au Palais-Royal, siège de la Présidence de la République, au Palais du Conseil, à l'Hôtel de Ville, ont montré tout le faste et le goût polonais.

Parmi les nombreux congressistes de trente-quatre pays nous relèverons la présence, autour du professeur Hartmann, de MM. Jean-Louis Faure, Okinczyc, Mathieu, Lardennois, Sorel, Richard, Bérard (de Lyon), Brin (d'Angers), Bégouin, Pépin, Rocher, Jeanneney (de Bordeaux), Costantini (d'Alger), Abadie (d'Oran), Calvé (de Berck), Lagoutte (du Creusot), Arnaud (de Saint-Etienne) et de bien d'autres que nous nous excusons d'omettre.

L'assemblée générale tenue le 26 juillet a décidé de tenir le IXe Congrès, en 1932, en Espagne, en acceptant l'invitation du gouvernement de ce pays.

Le président en sera M. LORTHIOIR (de Bruxelles), le vice-président, M. DE QUERVAIN (de Berne).

Il a été décidé d'ajouter aux cinq langues officielles du Congrès (français, anglais, allemand, italien et espagnol), une langue slave, actuellement le polonais.

Enfin trois questions ont été mises à l'ordre du jour pour 1932 :

Diagnostic et traitement des tumeurs rachidiennes;

Chirurgie de l'œsophage;

Suppurations pulmonaires non tuberculeuses.

Une quatrième question sera ultérieurement choisie par le comité scientifique.

Du discours fort applaudi de M. Henri HARTMANN, président du VIIIe Congrès international de chirurgie, nous extrayons les lignes suivantes :

« Appelé par un vote unanime, à Rome, dans cette capitale ancienne de la civilisation, à la présidence de la huitième session de la Société internationale de chirurgie, je tiens tout d'abord à vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait, le plus grand que puisse envier un chirurgien. C'est avec une joie réelle que je me trouve à la place que j'occupe. Je suis d'autant plus heureux que nous sommes aujourd'hui à Varsovie, au centre de la Pologne ressuscitée, que nous, Français, avons appris à aimer dès notre plus tendre enfance.

Je n'ai qu'un regret, celui de ne pas voir parmi nous tous nos collègues de notre Société... Aussi j'espère que dans trois ans mon successeur aura le plaisir de voir les chirurgiens de tous les pays réunis...

Au cours du siècle qui vient de s'écouler, la chirurgie opératoire a pris une extension inconnue auparavant. La découverte des agents anesthésiques, en permettant d'agir plus lentement, partant plus sûrement, l'emploi de la forcipressure en permettant de réaliser une hémostase rapide au cours des interventions, contribuèrent, pour une large part, à étendre le domaine des interventions sanglantes. Ce n'est toutefois qu'après l'application des doctrines pastoriennes à la chirurgie qu'on a vu, avec l'antisepsie d'abord, avec l'asepsie ensuite, les opérateurs, en possession d'une sécurité inconnue jusqu'alors, s'attaquer successivement à tous les organes. La crainte d'ouvrir les grandes cavités viscérales, abdomen, thorax, crâne, a disparu, les interventions sanglantes sur les os et les articulations se sont multipliées...

Aujourd'hui la plus grande partie du travail est faite. Certes tout n'a pas été dit, jamais on n'a le droit de dire que tel ou tel procédé opératoire est définitif. La chirurgie est et restera toujours en évolution. Il est toutefois permis de penser que la technique opératoire est réglée dans ses grandes lignes et qu'il ne s'agira plus que de modifications de détails.

Après la période de la technique opératoire, qui a été celle des chirurgiens de ma génération, les jeunes, auxquels nous allons transmettre le flambeau, vont probablement s'engager dans des voies nouvelles. Quelques-uns y sont déjà entrés.

Certes l'anatomie normale, je serais tenté de dire l'anatomie pathologique également, est et restera, quoiqu'en disent quelques-uns, la base de la chirurgie. Le jour où les études anatomiques seraient délaissées, ce qui, nous l'espérons, n'arrivera jamais, il y aurait un recul considérable de la technique, partant de la chirurgie. L'anatomie n'est toutefois plus suffisante à elle seule. De même qu'on voit aujourd'hui, les médecins après s'être, pendant un siècle, attachés surtout à l'anatomie pathologique, se lancer dans l'étude des réactions humorales, qu'ils cherchent même parfois à provoquer, les chirurgiens commencent à aborder le côté physiologique des questions, les travaux récents sur la chirurgie du sympathique en sont un exemple.

En même temps, les chirurgiens s'intéressent plus qu'ils ne le faisaient autrefois, aux phénomènes biologiques.

A côté de l'instrument tranchant, les sérums, les vaccins, les radiations, etc., prennent une place de plus en plus grande.

La sérothérapie est en voie d'étendre son domaine. Il en est de même lorsqu'on envisage la question des traitements par les radiations...

Dans un tout autre ordre d'idées, les perfectionnements apportés au traitement des fractures ont diminué, dans ces dernières années, le nombre des ostéosynthèses, faisant, de ce côté encore, reculer le domaine des opérations sanglantes.

Comme vous le voyez, la chirurgie entre dans des voies nouvelles. Tout un travail est à faire pour préciser le mode d'application, les indications et les résultats de ces nouveaux traitements, travail comparable à celui qui a été fait pour les opérations sanglantes pendant la période qui vient de s'écouler. Nos prochaines réunions ne manqueront pas de problèmes à étudier. Pour résoudre les questions qui se posent actuellement, la collaboration des chirurgiens de tous les pays est nécessaire; aussi sommes-nous assurés de l'avenir de notre Société. »

PREMIÈRE QUESTION

CAUSES ET MÉCANISME DE L'EMBOLIE POSTOPÉRATOIRE

M. FORGUE (de Montpellier) étant absent, son rapport est résumé par M. Lardennois qui expose que :

M. Forgue place la question sur son terrain *pratique* et *clinique :* à savoir les *indications préventives* que nous pouvons, actuellement, déduire des données *étiologiques apparentes*, assez constantes pour apparaître comme *causes favorisantes*, sinon *efficientes*, de l'embolie postopératoire.

Zone dangereuse : comprise entre le diaphragme et le périnée; les opérations pelviennes (hystérectomies pour fibrome et cancer; prostatectomies) offrent le risque maximum : donc, preuve *du rôle considérable joué* par le facteur *stase*

(1) *Association de la Presse médicale française.*

veineuse; d'où, cette règle prophylactique : *avant l'opération, activer dans ce réseau stagnant la circulation* (cardiotoniques) et *modifier la crase sanguine* (temps de coagulation, ramené à la normale; cure de désintoxication).

Pendant l'opération : valeur prophylactique de l'asepsie; mais l'asepsie opératoire n'est pas une garantie suffisante et il faut compter avec l'*infection autogène*, par le colibacille et l'entérocoque venue de l'intestin : d'où l'importance de la *désinfection intestinale préopératoire* et de la *vaccination préventive*. Eviter les *conditions mécaniques qui lèsent l'intégrité de la paroi veineuse* : tiraillements, ligatures en masse, forcipressures de larges pédicules.

Après l'intervention : mouvements précoces; gymnastique sur place; profondes inspirations; médicaments tonicardiaques; régime très restreint, évacuation régulière de l'intestin; action (discutable) sur le sang pour diminuer sa coagulabilité; indications de l'hirudinisation. Y a-t-il des *signes prémonitoires* de la thrombo-embolie?

Le rapporteur discute les signes classiques et enfin étudie la conduite à tenir dans les diverses éventualités cliniques d'une embolie réalisée.

M. A. Ritter (de Zurich), rapporteur, étudie l'étiologie des thromboses veineuses postopératoires, causes des thrombo-embolies postopératoires.

La formation d'un thrombus constitue un phénomène complexe dans lequel des recherches récentes ont conduit à attribuer une importance plus grande que jadis aux altérations des parois vasculaires et aux modifications sanguines. L'intervention chirurgicale, de même que les soins pré et post-opératoires jouent, de ce chef, un rôle important dans la thrombo-embolie post-opératoire en déclanchant des modifications, des échanges endothéliaux, du chimisme sanguin et du courant circulatoire; ces facteurs étiologiques s'associent souvent à une prédisposition thrombosique.

1. Le *ralentissement du torrent sanguin* modifie les relations normales entre les globules circulant au milieu du courant et la zone du plasma périphérique en amenant une diminution de la masse globulaire médiane et une augmentation du nombre des plaquettes et des leucocytes pariétaux. Il en résulte une agglutination plus facile de ces éléments entre eux et avec la paroi vasculaire dès que des conditions favorisantes se présentent. Le ralentissement permet de plus une action plus intense des produits anormaux du sang sur les propriétés du liquide sanguin et de la paroi des vaisseaux. Il agit principalement comme un facteur adjuvant.

2. Les *modifications post-opératoires de la composition du sang* consistent en une diminution de la teneur en albumine du sérum (hypoprotéinémie post-opératoire) coïncidant avec une augmentation relative de la globuline; la viscosité sanguine, la labilité du plasma et la teneur en fibrine augmentent et favorisent l'agglutination globulaire et l'adhérence aux parois; en même temps la précipitation de la fibrine et la coagulation se trouvent facilitées. Ces conditions favorisent la production d'une première membrane fibrineuse et l'accolement des éléments sanguins à la paroi veineuse, constituant ainsi la première ébauche du thrombus.

3. *Altérations de l'endothélium et des autres tuniques vasculaires*. Tous les endothéliums vasculaires ont nettement le pouvoir de réagir contre les irritants extérieurs dès que la mesure de leur tolérance physiologique est dépassée. L'irritation peut provenir du torrent circulatoire avec ou sans modifications préalables de la composition du sang aussi bien que des tissus voisins de la paroi des vaisseaux. Parmi les produits capables d'irriter l'endothélium, signalons les bactéries et leurs toxines; les albuminoïdes et leurs produits de désintégration provenant des plaies septiques ou aseptiques; des poisons chimiques; des produits de sécrétion interne. La combinaison de certains produits renforce leur action individuelle.

Jusqu'à un certain degré les lésions peuvent rétrocéder et rester localisées; quand les troubles circulatoires et les lésions sanguines sont accentuées, ils s'étendent graduellement et amènent une thrombose progressive des grandes et des petites veines.

Les altérations colloïdales qui produisent les phlébites localisées ou les thromboses à distance dépendent dans une large mesure de processus d'oxydation. Mais il faut, dans chaque cas de thrombo-embolie, envisager une disposition individuelle et générale à la thrombose. L'étiologie générale dépend de particularités héréditaires et constitutionnelles ainsi que de conditions anatomiques générales et de dispositions acquises (âge, opérations antérieures, maladies antérieures, intoxications professionnelles ou alimentaires). Ces facteurs expliquent la disposition spéciale de certains individus à la thrombose et aussi la prédilection de cette affection pour certaines régions.

Les altérations de l'endothélium vasculaire et de la composition sanguine sont favorisées par l'infection grippale et par les injections et transfusions intraveineuses si fréquemment utilisées actuellement; la rapidité du cours du sang est souvent diminuée par des séquelles de guerre, de grippe, etc. Des recherches de physiologie et de pathologie expérimentales confirment ces données cliniques sur l'importance étiologique des facteurs indiqués ci-dessus (grippe, suites de guerre, thérapeutique intraveineuse) qui ont particulièrement manifesté leur influence dans ces dernières années.

M. P. Govaerts (de Bruxelles), invité du Congrès, rapporteur, expose les **causes et le mécanisme physiologiques de l'embolie post-opératoire**.

Les thrombi spontanés sont formés par l'agglutination de plaquettes se faisant dans le sang circulant lui-même et se déposant à l'occasion d'accidents de la circulation, comme l'a montré Aschoff. Ces plaquettes se déposent en particulier autour de microbes injectés dans le sang; elles s'agglutinent plus facilement si elles sont augmentées en nombre et si le sang est riche en fibrine et en fibrinogène, ce qui est le cas des suites post-opératoires ou de la fièvre puerpérale.

La **stase veineuse**, explique bien la structure du thrombus, mais non son origine primordiale.

L'**altération endothéliale**, généralisée ou localisée, fait amorcer en un point l'agglutination des plaquettes, mais ne cause pas l'arrêt du thrombus.

Les **modifications post-opératoires du sang** semblent importantes, mais insuffisantes à tout expliquer, car on trouve des altérations analogues mais encore plus marquées au cours de certaines maladies qui pourtant ne s'accompagnent pas d'embolies.

La cause déclenchante semble être l'agglutination de plaquettes autour de microbes peu virulents et l'arrêt de cette petite formation en un lieu de stase veineuse; là elle va s'accroître progressivent sur place et derrière elle va se former le thrombus rouge.

Cette opinion a été confirmée par l'expérimentation sur l'animal où l'auteur a pu produire ainsi des thrombi typiques dans ces conditions.

M. Chiasserini (de Venise), rapporteur, faisant abstraction des embolies septiques, envisage principalement les grandes embolies pulmonaires consécutives aux thromboses spontanées.

Un bref paragraphe a été consacré aux embolies paradoxales; et, à ce propos, il décrit sa méthode d'artériographie.

Les considérations étiologiques sur la thrombo-embolie post-opératoire ont été suggérées surtout par des faits cliniques et anatomo-pathologiques.

La fréquence des embolies a été étudiée par rapport à la variété des interventions et des maladies; à l'âge des malades; à la pathologie de certains organes; à la constitution individuelle; à la localisation des thrombi primitif.

Du côté expérimental, l'auteur s'est occupé tout particulièrement de recherches visant à la reproduction de la thrombose dans des conditions qui se rapprochent davantage des conditions normales.

Quant aux données hématologiques on peut dire que les modifications qui surviennent dans le sang après des interventions chirurgicales favorisent le processus de coagulation et de thrombose.

Le chirurgien peut, par des recherches bien simples (temps de coagulation, de saignement, sédimentation des hématies), s'apercevoir de ces modifications.

La tendance à la formation de thrombi est augmentée, non seulement après un traumatisme opératoire, mais aussi dans certaines infections; en cas de néoplasies, de dérangement d'origine endocrine, dans la vieillesse; et, en général, par tous les processus de désintégration cellulaire (résorption de substances thromboplastiques).

Le ralentissement local de la circulation, qui peut provenir des causes les plus différentes, a la plus grande importance dans la thrombose post-opératoire.

L'infection agit en favorisant le processus de thrombose spontanée probablement par des modifications du sang qui sont analogues et qui s'ajoutent à celles qui suivent les interventions chirurgicales.

Les altérations locales des parois veineuses ne doivent jouer qu'un rôle très secondaire dans les thromboses qui nous intéressent.

Les thrombi, qui le plus fréquemment se transforment ou donnent naissance aux embolies, sont les thrombi rouges ou mixtes.

M. Matas (Nouvelle-Orléans), rapporteur, montre que beaucoup d'affections pulmonaires : broncho-pneumonies, pleurésies purulentes, abcès pulmonaires, doivent être actuellement attribuées aux embolies. Le nombre de celles-ci semble augmenter, surtout d'après les statistiques scandinaves et allemandes. Il en est d'ailleurs de même dans les services de chirurgie que dans les services de médecine. On a noté de véritables « séries » d'embolies suivies de périodes assez longues sans embolies. Dans certains cas il s'agit d'une « maladie thrombo-embolique » infectieuse (Rosenow).

L'auteur étudie les causes possibles de cette augmentation de fréquence des embolies, en particulier l'influence des traitements intraveineux et insiste surtout sur l'importance des lésions cardio-vasculaires pré-existantes.

Discussion.

M. Meyer (de Bruxelles) apporte les résultats favorables de son expérience personnelle sur le traitement par les sangsues des phlébites au début. Quatre cas lui ont semblé être préservés ainsi d'accidents graves, et il en conseille l'emploi systématique dès le début des phlébites.

M. G. Jeanneney (de Bordeaux). Dans cette question presque insoluble, il importe surtout d'étudier des faits. Jeanneney a pratiqué l'autopsie de deux malades mortes d'embolies. Dans un cas (fibrome pelvien), la thrombose, née au-dessous de la ligature dans une veine forcipressurée en plusieurs endroits, a envahi tout le système veineux hypogastrique en aval. Dans l'autre cas (périnéorraphie), la thrombose est née dans un plexus veineux ouvert et aveuglé par ligature en masse au cours de la myorraphie. On peut déduire de ces observations que le *siège de la thrombose primitive* est dans le territoire opéré; que *l'origine* de cette thrombose doit être cherchée dans les *altérations endothéliales* dues à des manœuvres opératoires difficile (tractions, écrasements, ligatures en masse) et dans la *stase du sang* au niveau des culs-de-sac veineux ligaturés. Les *autres causes* (infection, stase, modifications post-opératoires du sang) peuvent être considérées comme secondaires.

En somme, pour élucider le mécanisme de l'embolie, il faut étudier : 1° les autopsies; 2° les phlébites dites spontanées; 3° les faits expérimentaux.

En pratique, il faut préparer les malades à l'intervention (régime hypo-azoté, digitale, évacuation du tube digestif, vaccination). La technique opératoire sera correcte, nette, sans hésitation ni brutalité.

Malheureusement il est à craindre que ces précautions, par ailleurs utiles, ne permettront pas toujours d'éviter cette terrible complication qui est l'embolie.

M. Condé Jahn (de Caracas) fait remarquer l'extrême rareté des embolies au Vénézuéla malgré les hystérectomies faites pour fibrome énorme. L'absence d'épidémie grippale n'a pu permettre de vérifier l'action de cette maladie. La seule observation d'embolie qu'il connaisse a eu lieu chez une Européenne.

M. Corachan (de Barcelone) insiste sur le rôle de l'infection dans l'étiologie des embolies post-opératoires.

M. Jean-Louis Faure (de Paris) revient à des considérations cliniques et insiste sur l'influence de la grippe et des infections saisonnières sur la fréquence des embolies. Il conseille donc d'éviter d'opérer des malades non urgents en période de grippe.

M. Donati (de Turin) a vu 5 cas d'embolies sur 1.000 opérations, 3 pour tumeurs, 1 pour ulcère gastrique, 1 pour fibrome utérin. Il attribue une grande importance à l'infection et encore plus aux précautions techniques opératoires.

M. Giordano (de Venise) rappelle que toutes les morts post-opératoires sont attribuées trop facilement à l'embolie. Personnellement, chez les opérés qui paraissent candidats à l'embolie, il emploie les injections de biodure de mercure intraveineuses à titre préventif.

M. Lilienthal (de New-York) insiste sur les embolies cérébrales à point de départ *thoracique*. Elles peuvent être gazeuses ou solides (caillots sanguins ou microbiens). Elles prennent une importance plus grande en raison de l'extension progressive de la chirurgie thoracique et elles imposent de traiter avec la plus grande douceur le poumon. En outre, en cas de résection d'un lobe pulmonaire, il faut toujours le lier avant la résection et abandonner la cautérisation sans ligature. Ces embolies entraînent, en général, un abcès cérébral dont le traitement reste actuellement le plus souvent décevant.

PREMIÈRE QUESTION.

RÉSULTATS DE LA RÉSECTION DE L'ESTOMAC POUR ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL

M. Lardennois (de Paris), rapporteur, étudie d'abord le pronostic immédiat de la gastrectomie. La préparation minutieuse de l'opéré, les progrès de l'anesthésie, ceux de la technique et de l'entraînement de chaque opérateur ont abaissé la mortalité à 5 p. 100. L'étude de 15 statistiques portant sur 3.000 cas, montre, suivant les auteurs, qu'elle varie de 2 à 6 p. 100. Elle ne varie guère suivant la technique ni suivant le siège de l'ulcère. Il n'y a guère de différence de mortalité avec la gastro-entérostomie, surtout si l'on tient compte de l'évolution persistante de l'ulcère et d'ulcère peptique (3 à 5 p. 100).

L'estomac, après résection, s'adapte en deux ou trois mois, et son évacuation rapide devient rythmée. La sécrétion de l'acide chlorhydrique au niveau du fond de l'estomac se tarit du fait de la suppression des hormones génératrices de cette sécrétion, hormones qui se sont produites au niveau de l'antre pylorique et disparaissent après gastro-pylorectomie.

La guérison clinique obtenue apres gastrectomie semble excellente : de 90 à 98 p. 100 des cas. Les échecs semblent dus à une résection insuffisante, aux adhérences post-opératoires, ou à la gêne du transit intestinal qui influe tant sur

l'état de l'estomac tant au point de vue motricité que sécrétion.

L'énervation de l'estomac actuellement à l'étude doit être complétée par la gastro-entérostomie. L'excision de l'ulcère a contre elle sa difficulté quand l'ulcère est large, la multiplicité fréquente de l'ulcère, 8 à 30 p. 100, et la crainte du cancer dans les ulcères calleux; elle doit être complétée par une gastro-entérostomie.

Le débat se situe entre partisans de la gastrectomie et partisans de la gastro-entérostomie. Ces derniers (Roux, Hartmann, Gosset) savent ne pratiquer l'opération que dans certains cas choisis. Il ne faut pas, en effet, traiter par gastro-entérostomie les ulcères calleux qui sont peut-être déjà des cancers, les cas de pyloro-duodénites, ceux dans lesquels le pylore est large, ceux où le transit intestinal est entravé.

Personnellement, le rapporteur conclut en disant qu'on fera de plus en plus de gastrectomies en raison de la sécurité des résultats immédiats et éloignés.

MM. Rossi et Scalone (de Milan), rapporteurs, montrent dans un travail très documenté que la thérapeutique chirurgicale des accidents tardifs de l'ulcère s'est étendue au traitement de la maladie ulcéreuse, dans n'importe quelle période de son évolution, même la plus précoce.

Au cours de cette extension progressive des indications opératoires, on a constaté que si la gastro-entérostomie représente un excellent moyen pour améliorer ou pour rétablir la canalisation entre l'estomac et le jéjunum, elle peut rester sans résultat comme traitement de la maladie ulcéreuse au stade actif, surtout dans la période initiale. Alors on a proposé des modifications à la technique et de nouveaux procédés opératoires, voire l'exclusion du pylore ajoutée à la gastro-entérostomie, la résection de l'ulcère et les portions voisines de l'estomac associée ou non à la gastro-entérostomie, la résection gastro-duodénale.

Les rapporteurs discutent les raisons pour lesquelles la résection gastro-duodénale étendue doit être considérée comme l'intervention de choix de la maladie ulcéreuse dans presque toutes ses périodes évolutives, et n'en veulent pour preuve que les résultats éloignés de 200 cas qu'ils ont étudiés et opérés. Ils insistent sur les complications de la gastro-entérostomie. Ils admettent qu'une meilleure connaissance de la pathogénie de la maladie ulcéreuse puisse, à l'avenir, diriger la chirurgie vers une thérapeutique et des opérations plus physiologiques et moins traumatisantes.

M. J. Schœmaker (de La Haye), rapporteur, a rassemblé 350 observations personnelles de malades opérés d'ulcère d'estomac et de duodénum.

Les résections furent toujours faites suivant la première de Billroth.

Description de la technique spéciale de l'auteur dont la mortalité opératoire a été de 5 p. 100.

Les causes de mort furent: blessure du cholédoque, 2; blessure du pancréas, 1; hémorragie dans la cavité abdominale, 1; collapsus, 2; hémorragie dans l'estomac et dans l'intestin, 2; pneumonies, 3; hémorragie du foie, 1; influenza, 1; infection, 1; faiblesse générale, 1; inconnues, 2.

Il résulte de cela que la résection est plus dangereuse que la gastro-entérostomie, car les trois premières causes de mortalité auraient été impossibles dans l'éventualité de cette dernière intervention et très probablement le collapsus ne se serait jamais produit non plus.

Le Billroth I n'est pas plus dangereux que le Billroth II, car la suture a toujours tenu. Il arrive que la nouvelle sortie de l'estomac se trouve légèrement rétrécie au bout de dix à quatorze jours par l'inflammation de la suture.

Il fut nécessaire d'intervenir chirurgicalement trois fois pour vomissements répétés. Deux gastro-entérostomies furent faites et une fois la suture fut excisée à la paroi antérieure jusqu'à la muqueuse avec suture consécutive de la séreuse au moyens de fins points séparés.

M. Puig y Sureda (de Barcelone), rapporteur, montre que l'ulcus évolue tantôt comme maladie locale et tantôt comme maladie ulcéreuse.

Si la simple gastro-entérostomie guérit certains ulcères, probablement quand le facteur dominant est la rétention, la résection amène des résultats supérieurs en nombre et en qualité.

Pourtant l'apparition de l'ulcère jéjunale ou une récidive d'ulcère reste fréquente après les résections étendues; l'hyperactivité peut se manifester après résection de l'antre et de la première portion du duodénum; ces ulcères peuvent apparaître en cas d'hypo-acidité et sans acide chlorhydrique libre.

Tout porte à croire que chaque fois que nous laissons l'estomac réséqué avec une muqueuse saine, nous obtenons un succès opératoire. Quand le résultat est tardif et que nous parlons d'adaptation gastrique, il s'agit sans doute de la régression d'une gastrite de l'estomac résiduel, qui nécessite quelquefois un traitement médical sévère et prolongé. Il est impossible actuellement de préciser la limite de cette gastrite. Dans le doute, le chirurgien doit plutôt pécher par excès et faire une gastrectomie trop large, en tissu sain, seul moyen d'éviter les récidives ou les complications.

M. Ribas-Ribas (de Barcelone), rapporteur, montre que :

1° Ces résultats de la résection gastrique dépendent d'un bon diagnostic, de l'opportunité de l'intervention, de la préparation du malade, de la technique suivie et du traitement diététique et thérapeutique post-opératoire;

2° La gastrectomie est une opération excellente, mais entraîne toutefois une mortalité excessive. Tous les chirurgiens ont la satisfaction d'avoir de meilleures statistiques à mesure qu'ils sont plus sûrs de leur technique et que les indications sont mieux posées :

a. Parce que les difficultés techniques sont énormes et grandes les probabilités d'échec pour les ulcères duodénaux, les ulcères juxta-cardiaques, les ulcères de la petite courbure avec grandes infiltrations chroniques péri-ulcératives;

b. Parce que dans ces cas, l'expérience a démontré que la résection du pylore et de l'antre suivie de l'anastomose Polya négligeant l'ulcère, donne d'excellents résultats éloignés avec un minimum de mortalité.

3° Dans les cas où la gastrectomie est indiquée, les meilleurs résultats que nous ayons obtenus sont avec la gastrectomie étendue avec extirpation de l'ulcère et résection du pylore et de l'antre suivie d'anastomose Polya. La mortalité immédiate oscille entre 6 et 8 p. 100. Les résultats éloignés sont excellents dans 88 p. 100 des cas éloignés, médiocres dans 12 p. 100 et mauvais dans 8 p. 100.

4° L'examen du taux chlorhydrique des opérés, l'étude radioscopique et radiographique et l'examen clinique sont les seuls moyens qui, répétés fréquemment, donnent une certitude sur les résultats éloignés.

5° Les mauvais résultats sont dus soit à l'ulcère peptique ou à la récidive de l'ulcère, soit aux adhérences qui étirent et déforment l'estomac.

6° Enfin, il y a certains opérés qui, sans raison, se plaignent continuellement; ce sont des névropathes, des abouliques ou bien des malades dont les souffrances ont une tout autre origine.

7° On ne peut et on ne doit pas se baser sur des statistiques qui additionnent des cas hétérogènes. Il faut séparer les statistiques des gastrectomies pratiquées pour ulcères non compliqués et qui donnent une mortalité moindre, des statistiques des résections pour ulcères compliqués (ulcères peptiques, perforation, hémorragie) qui entraînent une mortalité plus grande.

8° On doit réserver la gastro-entérostomie pour les obèses, les cardio-vasculo-rénaux, les diabétiques, les cachectiques; on l'utilisera comme opération palliative dans les ulcères infectés, chez les sujets intoxiqués par inanition et

pratiquera ensuite l'opération radicale dans un second temps et dans de meilleures conditions.

9° Tout opéré de l'estomac doit se surveiller et se soumettre à un régime et à un traitement médical.

L'étude radiographique et celle du chimisme gastrique furent pratiquées.

Les examens ultérieurs cliniques donnèrent 82 p. 100 de guérisons absolues, 7 p. 100 des opérés gardèrent des troubles légers, 13 p. 100 ne furent suivis d'aucun résultat.

Les meilleurs résultats furent obtenus pour ulcère de la petite courbure, ils furent moins bons pour les ulcères du pylore et mauvais pour les ulcères du duodénum. Comme inversement pour la gastro-entérostomie, les meilleurs résultats s'obtiennent dans l'ulcère duodénal, l'auteur propose de recourir de préférence à la gastro-entérostomie pour la localisation duodénale de l'ulcère et à la résection pour la localisation gastrique.

Pour l'ulcère pylorique, le choix entre les deux espèces d'opérations dépend des lésions voisines et de la dimension du duodénum. Le Billroth I semble préférable parce qu'il rétablit dans l'abdomen les situations les plus normales.

L'estomac est simplement plus petit mais sa forme et sa situation restent normales. Le contenu de l'estomac reprend le même cours qu'avant l'opération et est mélangé abondamment à la bile et au suc pancréatique avant d'arriver dans le duodénum.

L'ulcus peptique jéjunal ne survient jamais. L'opération n'est pas plus dangereuse que le Billroth II, et l'auteur n'a jamais vu survenir une insuffisance de la suture.

Une étroitesse particulière du duodénum peut rendre l'opération difficile, parce qu'alors l'ouverture de l'estomac ne peut pas être suffisamment large; cette éventualité n'existe jamais dans les ulcères éloignés du pylore. S'il survient une récidive, on peut faire une deuxième résection ou compléter par une gastro-entérostomie si le nouvel ulcère a rétréci le duodénum ou amené de fortes lésions de voisinage.

M. José BARTRINA (de Barcelone), rapporteur, résume ainsi son expérience personnelle :

1° Les résections de l'estomac enlèvent 30 p. 100 d'ulcus gastriques et 2 p. 100 d'ulcus du duodénum qui ont des lésions épithéliales malignes.

2° La pylorogastrectomie est une opération grave. L'étude de ses résultats ne permet pas de se dissimuler la mortalité très élevée qu'elle entraîne.

3° Le procédé de Reichel-Polya et ses variantes (procédé de Finsterer et anastomose antipéristaltique de Moynihan) sont ceux qui peuvent le mieux garantir le résultat de l'opération. L'implantation latérale du jéjunum a pour effet d'effectuer une plastique sur la ligne de section de l'estomac.

4° Les résections de l'estomac laissent un temps cet organe paralysé, conséquence de la stupeur locale provoquée par le traumatisme opératoire et de la loi de Stokes.

5° Le premier facteur qui intervient après l'opération pour déterminer le vidage de l'estomac est le péristaltisme intestinal qui produit, en quelque sorte, une aspiration du contenu gastrique.

6° Dans la méthode de Reichel-Polya et ses variantes, l'évacuation de l'estomac dépend des contractions rythmiques du segment du duodénum qui suit l'anastomose et n'a aucun rapport avec la grandeur de la bouche anastomotique.

7° L'évacuation de l'estomac, dans le procédé de Reichel-Polya et ses variantes, a lieu rapidement. Cette rapidité d'évacuation, loin d'être un inconvénient, paraît constituer un avantage. Après l'acte opératoire, la période de gastroplégie est écourtée; plus tard, les bons résultats de l'opération semblent se maintenir.

8° Les gastro-pylorectomisés sont anachlorhydriques après l'opération. Néanmoins, il n'existe pas toujours des relations constantes entre les résultats favorables éloignés et la chlorhydrie. Parfois, des malades restent bien portants qui vident facilement leur estomac et qui demeurent ana ou hypochlorhydriques. D'autres pour lesquels l'opération a été moins heureuse ont quelques retours de mobilité ou ont une acidité supérieure à celle qu'ils avaient aussitôt après l'opération. Très fréquemment ils souffrent simultanément des deux causes morbides réunies.

M. LAORSKI (de Varsovie), rapporteur, montre que :

Le traitement par gastro-entérostomie suit la voie indiquée par la médecine, son action est seulement indirecte.

La résection du pylore et de l'antre pylorique est la méthode qui écarte non seulement l'ulcération, mais aussi les facteurs qui la provoquent.

La méthode la plus physiologique de résection et de jonction ultérieure des sections est la méthode Péan-Rydygier dénommée injustement méthode Billroth I.

Discussion.

M. ANTIPAS (d'Athènes) préfère les résultats de la résection à ceux de la gastro-entérostomie; pour lui, la gastro-entérostomie a des indications nettes et peut guérir même les ulcères calleux. Il a vu 1,5 d'ulcère peptique chez les malades anémiques.

M. SZPER (de Varsovie) montre les avantages de la gastro-entérostomie, pour lui traitement d'essai, suivi au besoin de résection secondaire. Il résèque les ulcères calleux, qu'il soupçonne toujours de dégénérescence néoplasique.

M. PODLAHA (de Bruno) apporte 610 cas de résection sous anesthésie locale ou des splenchniques avec une mortalité de 4,6 p. 100. Il attribue ses succès à son mode d'anesthésie.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne) a opéré 161 ulcères gastro-duodénaux dont 138 gastro-entérostomies et 23 résections. Il a opéré 7 malades atteints de grosses hémorragies : 1 pylorectomie est morte, 3 gastro-entérostomies à la suture avec 2 morts et 3 au bouton avec 3 guérisons. Il fait un plaidoyer en faveur du bouton de Jaboulay. Souvent après gastro-entérostomie, l'ulcère même calleux *fond*, ce que l'on constate bien lorsque l'on opère en deux temps. Il pratique de préférence le Billroth II avec anastomose au bouton.

M. YOUNG (de Glasgow) est adversaire des gastrectomies en dehors du cancer. Il obtient en effet 88 p. 100 de guérisons avec gastro-entérostomie et n'a vu que 4 ulcères peptiques dont un seul personnel. Dans les ulcères perforés, il préconise le simple enfouissement.

M. FEL ROSSI (d'Aquila) a opéré en dix ans 126 cas : 103 gastro-entérostomies et 23 résections avec 4 morts. La résection est plus grave que la gastro-entérostomie, qui reste plus indiquée.

M. UFFREDUZZI (de Turin) voit dans la résection une opération plus radicale que la gastro-entérostomie, qui est souvent faite sans nécessité.

M. TANACESCO (de Jassy) a pratiqué 49 résections et 208 gastro-entérostomies, mais pour lui c'est la gastrectomie qui est l'opération idéale. Elle lui a donné une mortalité immédiate de 16 p. 100 et une guérison totale de 52 p. 100. Il préconise la position assise le lendemain de l'opération et le lever le troisième jour.

M. PETRESCO (de Roumanie) a pratiqué 244 opérations pour ulcères gastro-duodénaux dont 152 résections surtout Reichel-Polya, et 92 opérations palliatives. Il a eu après résection 2 morts, 1,31 p. 100, ce qu'il attribue au fait qu'il n'opère qu'à l'anesthésie locale. Il a revu 70 malades : 57 étaient guéris, 82 p. 100. Il pratique la résection large, moitié ou trois quarts de l'estomac et ne draine pas pour éviter la fistule duodénale.

M. J. ABADIE (d'Oran), laissant de côté le parallèle entre la

gastro-entérostomie et la résection, question qu'il a envisagée dans les publications antérieures, notamment au dernier Congrès de Paris en 1928, expose uniquement les résultats que lui a donnés la résection. Sur 385 opérations pour ulcères de l'estomac ou du duodénum, dont 288 voisins du pylore et 97 distants du pylore, il compte 320 résections duodéno-gastriques (301 Billroth II, 11 Polya, 8 Péan) avec 5,6 p. 100 de mortalité. Il insiste sur la préparation préparatoire, la rachianalgésie, l'emploi de l'écrasement, l'utilisation de la pince couplée et, par des projections, montre des « tours de main » qui contribuent à accroître la sécurité d'asepsie et la rapidité d'exécution de ces opérations gastriques particulièrement bien réglées. Les résultats éloignés donnent une proportion de 90 p. 100 de guérisons, dont la moitié concerne des opérés de plus de cinq ans. Sur 320 opérés, 6 ulcères peptiques ont été observés; pas un sur les opérés porteurs d'ulcères distants du pylore. C'est un argument de plus en faveur des résections larges. Tant que la médication véritablement causale de la maladie qu'est l'ulcère de l'estomac ne sera pas trouvée, la résection large duodéno-gastrique apparaît de plus en plus comme la méthode chirurgicale de choix.

M. Alessandri (de Rome) croit personnellement que la dégénérescence cancéreuse est rare, même pour l'ulcère gastrique. S'il préconise la gastrectomie dans les ulcères gastriques, surtout ceux de la petite courbure, c'est que les résultats en sont meilleurs. Il pense d'ailleurs que la mortalité des gastro-entérostomies est plus élevée qu'on ne le dit habituellement, surtout en raison des broncho-pneumonies. Il pratique la résection de Reichel-Polya, mais dans plusieurs cas, il a laissé en place un ulcère duodénal, faisant une simple gastrectomie à gauche de l'ulcère. La résection segmentaire lui a donné des résultats durables dans les ulcères hauts de la petite courbure.

M. Corachan (de Barcelone) a pratiqué le drainage à la Mikulicz après 43 gastrectomies, car l'étude bactériologique lui a montré l'infection constante de la région proche des sutures. Il a vu ainsi sa mortalité tomber de 16 à 8 p. 100. Il est partisan de cette méthode surtout dans les gastrectomies pour cancer, mais elle lui semble nécessaire s'il y a infection, s'il y a des surfaces non péritonisées et comme soupape de sûreté contre la déhiscence des sutures.

M. Y. Delagenière (du Mans) apporte 146 gastrectomies dont 140 appartiennent à son père. Il s'agissait de 17 cas d'échecs de la gastro-entérostomie, incapable pour ces auteurs de guérir ni ulcère ni la gastrite ulcéreuse. L'importance des lésions cancéreuses à l'examen des ulcus réséqués, 32 sur 146 et de lésions pré-cancéreuses dans 11 cas leur semble imposer la gastrectomie, d'autant que la mortalité globale est de 8,2 p. 100 seulement.

M. Okinczyc (de Paris) a déjà montré que les opérations de dérivation donnent 65 p. 100 de guérisons éloignées contre 35 p. 100 d'échecs dans la statistique de M. Hartmann, tandis que les résections, 80 p. 100 de guérisons contre 21 p. 100 d'échecs dans les ulcères du duodénum.

La mortalité opératoire reste plus élevée après les gastrectomies. Il faut donc poser exactement les indications de la gastrectomie qui sont, en particulier, les ulcères calleux. Au contraire, chez des sujets affaiblis ou avec un ulcère infecté, il faut savoir opérer en deux temps ou pratiquer une gastrectomie à distance de l'ulcère. Il insiste sur la supériorité de la résection en deux temps quand la gastro-jéjunostomie a été insuffisante.

M. Jacobovici (de Cluj) a pratiqué, sur 930 opérations gastro-duodénales, 225 résections pour ulcères non perforés et 25 pour ulcères perforés.

La mortalité pour ulcère non perforé a été de 28 cas, soit 12 p. 100, mais 7 p. 100 pour ulcus gastrique et 16 p. 100 après ulcère duodénal. Dans ce dernier cas, ce sont les lésions pancréatiques qui causent le plus d'accidents : 17 sur 21 morts. Il faut donc éviter la résection quand le duodénum est très cohérent et difficile à libérer du pancréas.

Il montre les avantages du traitement par l'insuline des fistules duodénales dues, en général, à l'action du suc pancréatique, après lésions du pancréas.

Il insiste enfin sur l'importance du transit gastrique et sur les avantages physiologiques du Péan.

Enfin, il conclut sur les indications de la résection en cas d'ulcère perforé, qui doivent être basées sur l'état général et local.

M. Ramsdell (de New-York) rappelle que bien des résultats mauvais ne sont pas publiés et que la mortalité après gastrectomie est considérée aux Etats-Unis comme plus élevée en réalité que d'après les statistiques.

Quant aux résultats éloignés, ils ne peuvent être appréciés qu'avec connaissance de tous les cas, et il signale 55 récidives d'ulcères après gastrectomie rassemblés par Balfour. Aussi conclut-il en insistant sur les opérations conservatrices et en particulier sur la pyloroplastie.

M. Pauchet (de Paris) étudie une statistique personnelle de 1.432 opérations pour ulcus gastro-duodénal. Il a fait en tout 3 gastro-entérostomies pour ulcus gastrique et 194 pour ulcus duodénal contre 710 gastrectomies. La mortalité globale des résections pour ulcus simple est de 8 p. 100; elle est de 2 p. 100 dans l'ulcus simple et atteint 10 à 25 p. 100 dans l'ulcus compliqué. Cette mortalité est trois fois plus grande chez l'homme que chez la femme. D'autre part, deux tiers des décès surviennent chez l'homme après cinquante ans.

La mortalité de la gastro-entérostomie est pour lui de 6 p. 100, car elle est faite chez les sujets obèses (et alors extérieure et précolique) ou azotémiques. Mais elle doit être suivie, si possible, d'une résection secondaire, bien qu'elle donne deux tiers de résultats satisfaisants.

M. Dziembowski (de Bydgoszcz) a pratiqué 70 gastrectomies suivant Péan, 45 suivant Billroth, et 25 suivant Polya, et a obtenu en général une guérison complète sans incidents. Dans les cas sérieux, malades fatigués, adhérences la mortalité atteint 10 p. 100, et dans les cas simples elle atteint 1,5 p. 100.

Dans les conditions défavorables, il a pratiqué la gastro-entérostomie, dans 72 cas avec 7 morts et 2 évolutions tardives de cancer.

Aussi préfère-t-il la résection immédiate ou mieux secondaire en deux temps.

M. Giordano (de Venise) préfère la gastro-entérostomie, qui lui donne d'excellents résultats et lui réserve la possibilité d'une gastrectomie secondaire, tandis qu'après l'échec d'une gastrectomie, il n'y a plus guère de ressources.

M. Vana (de Trebic) expose ses recherches sur l'équilibre acido-basique du sang avant et après les interventions, qui explique les avantages de la résection.

M. Mayer (de Bruxelles) a eu l'occasion de réexaminer 250 opérés pour ulcères gastro-duodénaux depuis de longues années. Bien entendu, comme l'a dit M. Donati, les plus beaux succès de la gastro-entérostomie s'obtiennent dans les sténoses pyloriques; mais il ne lui paraît pas juste de considérer la résection comme opération à systématiser. Même dans les mains les plus expertes, elle reste chargée d'une trop grosse mortalité quand il s'agit d'une affection bénigne où la gastro donne au maximum 2 p. 100 de mortalité avec 80 p. 100 de beaux résultats durables.

M. Chialoransa (de Naples) expose les résultats de sa pratique personnelle.

M. Richard (de Paris) est partisan de la gastrectomie large, en particulier dans les ulcères infectés et dans les ulcères perforés avant la dixième heure. Il faut savoir

s'adapter à chaque cas personnel. Il préconise la vaccination pré-opératoire contre l'entérocoque et le streptocoque.

La rachi-anesthésie haute à la dixième dorsale, la suture au fil de lin lui semblent des points de technique importants.

M. Travieso (du Vénézuela) pratique la gastro-entérostomie pour les ulcères du duodénum, la résection pour les ulcères gastro-pyloriques. Sous le climat tropical de son pays les complications pulmonaires n'existent pas, mais en revanche les accidents post-opératoires hépatiques ou intestinaux sont fréquents.

M. Pieri (de Bellune) s'occupe des ulcères peptiques, aussi bien après gastro-entérostomie qu'après gastrectomie. Leur origine nerveuse lui semblant bien prouvée, il a pensé modifier le système parasympathique de l'estomac par section du pneumogastrique gauche au-dessus du diaphragme. Il suit 3 cas depuis vingt-deux, vingt et treize mois et a obtenu la guérison des signes cliniques et l'amélioration des signes radiologiques.

Il se demande si la vagotonie, bien différente de l'énervation gastrique n'agirait pas sur les ulcères primitifs, en particulier sur ceux qui, juxta-cardiaques, sont d'un traitement difficile. Les cas personnels, bien que favorables, sont encore trop récents pour lui permettre de conclure.

M. Gamberini (de Bologne) conclut à la résection large de l'estomac dans tout cas d'ulcère gastrique ou duodénal soit en activité, soit en évolution cicatricielle, soit à type d'ulcère chronique ou calleux, et aussi dans les cas où persiste une suspicion de maladie ulcéreuse.

Les méthodes palliatives ne doivent pas être complètement abandonnées. La gastro-entérostomie reste indiquée, bien qu'elle ait été discréditée par son abus même, dans les sténoses cicatricielles du pylore, dans les déformations gastriques et quand il y a impossibilité technique de pratiquer la gastrectomie.

(A suivre). MARCEL THALHEIMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1929)

Sur les rapports du spirochète récurrent marocain (Sp. hispanicum, var. marocanum) avec le porc-épic. — M. Ch. Nicolle, Anderson et Colas-Belcour ont établi que le porc-épic est sensible au virus récurrent des Orn. marocanus capturés dans les terriers de petits rongeurs sauvages du Maroc, et joue donc un rôle dans la conservation du virus; mais ce rôle est d'importance très secondaire étant donné la rareté du porc-épic et son éloignement des habitations humaines. Le rôle principal appartient aux petits rongeurs sauvages, très nombreux, dont les terriers sont au contact des habitations et des hommes; un certain rôle doit être encore attribué aux petits rongeurs domestiques, commensaux des habitations et très sensibles au virus.

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1929)

Action de l'eau de mer à doses minuscules sur la fermentation. — MM. Charles Richet et Michel Faguet, reprenant avec l'eau de mer les expériences que l'un d'eux avait instituées sur l'action des sels métalliques à doses minuscules, pensent avoir établi que l'eau de mer, à la dose minuscule de 10^{-10} p. 100, a encore une action sur la fermentation lactique.

Mesure de l'activité du chlorhydrate de cocaïne sur différents troncs nerveux. — M. J. Régnier.

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1929)

Le titane dans les animaux. — M. Gabriel Bertrand et Mme Voronca-Spirt, en utilisant la technique qui leur a servi à étudier la présence et la répartition du titane chez les plantes ont pu établir que ce métal existe dans les animaux, mais en proportions différentes suivant les organes et les espèces. On doit donc compter désormais le titane dans la liste des éléments ordinaires de la matière vivante.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE D'AVRIL 1929)

Paraplégie spasmodique au cours d'une fièvre typhoïde. sans réaction méningée. — MM. Cassoute et Alliez. Il s'agit d'un enfant qui, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde fit une paraplégie spasmodique à évolution subaiguë, qui ne s'accompagna que de signes méningés très discrets. Cette papaplégie s'installa lentement et disparut de même en un mois. L'examen du liquide céphalo-rachidien donna des chiffres normaux. Observation intéressante en raison de la rareté des complications médullaires dans la fièvre typhoïde et de la forme de la paraplégie qui est ordinairement flasque.

Diphtérie maligne avec insuffisance rénale. Mort subite au cours de la convalescence. — MM. Cassoute, Perrimond et Alliez. Il s'agit d'un cas de diphtérie maligne à évolution prolongée avec intensité des phénomènes rénaux. L'action manifeste du sérum et de l'ouabaïne pouvait faire parler de guérison quand au cours d'une rougeole l'enfant fit une syncope blanche. Les auteurs insistent sur les diverses particularités de ce cas.

Chancres syphilitiques du menton et de la verge. — MM. Bourret, Assada et Audier. Indépendamment de la rareté des chancres multiples et de la rareté du siège, l'intérêt de ce cas réside encore dans le fait que le malade déclare avoir contracté la syphilis, il y a deux ans, et avoir été traité pendant un an. On peut donc émettre l'hypothèse d'une réinfection.

Tumeur végétante des ovaires. — M. Cousin. Cette tumeur prélevée chez une femme âgée de soixante-six ans, avec ménorrhagies abondantes et ascite importante, présentait une formule histologiquement maligne : tumeur proligère à hautes cellules cylindriques et mucipares, polypoïde et glanduliforme; les éléments souvent métatypiques présentent entre eux une faible cohérence et prolifèrent dans le stroma (docteur Rouslacroix).

Dilatation des bronches. Syndrome médiastinal terminal. — MM. Olmer, Berthier et Zuccoli. Les auteurs rapportent l'observation d'une malade atteinte de bronchectasie du sommet droit et morte dans l'asystolie avec syndrome médiastinal antérieur gauche. Cette observation dont les auteurs apportent les pièces d'autopsie est intéressante, parce qu'elle rentre dans le cadre des réactions médiastinales signalées au cours des bronchectasies chez les scléreux. Faut-il incriminer un processus de sclérose, réaction de voisinage du médiastin, ou faut-il penser à la participation du facteur syphilitique que le Bordet-Wassermann positif avait révélé chez cette malade?

Cancer primitif du poumon à forme hilaire avec péricardite cancéreuse secondaire. — MM. Rouslacroix, Recordier et G. Arnaud. Il s'agit d'un cancer hilaire d'origine

bronchique avec extension secondaire au médiastin et à la totalité du péricarde. Histologiquement : épithélioma pavimenteux épidermoïde, diskératosique, avec globes épidermiques et tendance très marquée à la kératinisation. A propos de ce cas, les auteurs rappellent l'observation rapportée par l'un d'eux avec G. Blanc. Ce cancer avait donné du vivant du malade une véritable symptomatologie pseudo-anévrismale qui avait fait errer le diagnostic. Les auteurs discutent les particularités du cas et le problème diagnostique.

Traitement des ascites cirrhotiques par l'association chlorure de calcium-neptal. — M. G. Perrimond. L'auteur apporte deux observations dans lesquelles l'association thérapeutique préconisée par L. Blum et Garlier a favorablement influencé la diurèse et a permis de faire disparaître en quelques semaines des œdèmes importants et une ascite qui avaient nécessité plusieurs ponctions.

La chirurgie esthétique. — M. G. Rottenstein.

Hernie de l'appendice et de l'ovaire chez des nourrissons. — M. Bouet. Dans un cas, il s'agissait d'un syndrome de hernie étranglée. A l'ouverture de cette dernière, on trouve une anse grêle avec l'appendice gangréné et perforé à son extrémité. Guérison. Dans l'autre d'une hernie irréductible : à l'intervention, présence dans le sac d'un ovaire noirâtre turgescent que l'on extirpe avec la trompe. Guérison.

Cancer du col de l'utérus à forme bourgeonnante. — M. Cousin. La pièce qui fut extirpée par hystérectomie totale fut examinée histologiquement (docteur Rouslacroix) : il s'agit d'un épithélioma épidermoïde, de type intermédiaire avec prédominance de cellules basales; les boyaux et lobules cancéreux sont composés d'éléments tassés les uns contre les autres et très cohérents, ce qui explique leur développement organoïde, *in situ* et l'intégrité des vaisseaux utérins pendant une assez longue période et le retard dans les métastases. Cette notion de la cohérence cellulaire, au point de vue pronostique, a été mise en relief par P. Delbet pour les cancers du sein.

Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — M. Cousin.

Kyste hydatique du poumon chez une fillette de cinq ans. — M. Henri Louge. Cette fillette, opérée en octobre 1928 pour deux kystes du foie, présenta en février 1929 une hémoptisie. L'examen radiologique permit difficilement de délimiter les contours du kyste. Ponction exploratrice. Intervention. Guérison.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 12 avril 1929)

A propos d'un cas de méniscite traumatique. Méniscectomie. Examen anatomo-pathologique. — MM. L. Marchand et H.-L. Guilbert. Les auteurs donnent l'observation d'une méniscite traumatique du genou survenue chez une femme de vingt-neuf ans à la suite d'une chute en flexion.

L'inflammation chronique localisée et les symptômes fonctionnels caractérisés par la douleur et la quasi impossibilité de fléchir le genou au delà d'un certain angle (montée d'escalier extrêmement pénible) ont permis de poser le diagnostic. Un examen anatomo-pathologique l'a pleinement confirmé en montrant l'existence de vaisseaux enflammés chroniquement dans les deux tiers externes du ménisque.

La ménisectomie interne a amené une sédation complète des symptômes fonctionnels. Les auteurs concluent en faveur de l'existence de la méniscite traumatique et pensent que la méniscectomie est la seule thérapeutique efficace à lui opposer.

Marmotte et pathogénie du diabète sucré. — M. L. Hédon. Cherchant à retrouver les faits qui servent d'argument pour admettre la formation de sucre aux dépens de la graisse, l'auteur, analysant les échanges gazeux de la marmotte en sommeil hivernal avec une technique précise, n'a jamais constaté de quotient respiratoire anormalement bas. Le plus souvent, le quotient respiratoire s'écarte peu de 0.67. D'autre part, l'animal fut pesé à de courts intervalles pendant une période de quatre jours sur une grande balance de précision en se mettant à l'abri des causes d'erreur. Aucune augmentation de poids ne put être décelée. Ces résultats qui sont conformes à ceux de diverses recherches récentes semblent indiquer que les quotients respiratoires très bas, signalés par les anciens auteurs, sont dus à des erreurs de technique et ne doivent pas être retenus comme preuve que les acides gras peuvent se transformer en substances hydrocarbonées dans l'organisme.

Accidents d'intolérance acquise à la digitaline de type anaphylactique. — M. A. Puech. Une malade atteinte de rétrécissement mitral et neurotonique avérée, est mise à un traitement digitalique mensuel, à raison de v gouttes pendant dix jours (la digitaline a été autrefois bien supportée). Les deux premières séries s'effectuent sans incident, mais dès lors et cela à trois reprises, apparaissent, à chaque nouvel essai de la médication, des accidents aigus localisés à la face et au crâne et caractérisés par les phénomènes suivants; la première fois, des céphalées et de l'urticaire du cuir chevelu; la deuxième fois, de l'œdème avec teinte violacée des paupières; la troisième fois, un gonflement intense de la muqueuse nasale accompagné de douleurs intenses.

Ces phénomènes apparaissent avec la médication et disparaissent avec elle, brusquement, sans laisser de trace. Le contenu du flacon de digitaline incriminée a été supporté sans incident par deux cardiopathes d'hôpital. Bien que les circonstances de l'observation n'aient pas permis de pousser plus loin les investigations, l'allure de ces accidents curieux évoque l'idée d'une sensibilisation acquise à la digitaline du type anaphylactique.

Kyste hydatique de la paroi abdominale. — MM. H. Estor et P. Lonjon. Les auteurs rapportent un cas de kyste hydatique de la paroi abdominale. La tumeur volumineuse ($18^{cm} \times 12^{cm}$) occupait le flanc droit et siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le diagnostic posé était fibrome de la paroi. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique avec très nombreuses vésicules filles. A propos de ce cas, les auteurs passent en revue les diverses tumeurs de la paroi abdominale, signalent la rareté d'une pareille localisation du kyste hydatique et indiquent les diverses erreurs de diagnostic possibles.

(Séance du 19 avril 1929)

Main d'Aran-Duchenne consécutive à une maladie ourlienne. — MM. M. Janbon, R. Jarey et P. Henriet.

Tachysystolie auriculaire avec bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire incomplète. — MM. Vedel, Vidal et Gondard. — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade présentant une bradycardie régulière (26 pulsations à la minute) associée à une tachysystolie auriculaire (130) qui a pu être diagnostiquée cliniquement grâce à l'existence de systoles en écho. L'examen électro-cardiographique confirma le diagnostic et indiqua le caractère partiel de la dissociation auriculo-ventriculaire.

Le traitement quinidinique rétablit en quelques jours le rythme parfaitement normal.

Un cas de maladie de Vaquez traité par la radiothérapie. — MM. Vedel, Vidal, Laux et Gondard. Une érythrémie

POUR COMBATTRE :

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
o.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

POUR EXPLORER :

Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc. Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques ; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.

1 à 2 contre Myxœdème ; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C., 221.839, Se.

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES.
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 38.923

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

(7.000.000 globules rouges) remarquable par l'importance de l'hépato-splénomégalie et l'intensité de la leucocytose à prédominance polynucléaire (76.000) a été très favorablement influencée par le traitement radiothérapique (5.500.000 globules rouges et 8.000 globules blancs). Le résultat thérapeutique s'était encore accentué, quelques mois plus tard : diminution de l'hépatosplénomégalie, 4.800.000 globules rouges, et chute de la tension artérielle de 17-9 à 12 1/2-6 1/2,

---

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1929)

Anatomie et physiologie pathogéniques des varices. — M. P. LONJON.

Traitement chirurgical des varices. — M. H. ESTOR. L'auteur divise le traitement chirurgical des varices en deux parties suivant qu'il s'agit de varices compliquées ou non.

Dans la première partie : les méthodes des ligatures et résections veineuses, la saphénectomie totale d'Alglave, l'anastomose saphéno fémorale de Delbet sont successivement passées en revue.

Après quelques mots sur les indications de ces diverses interventions, on étudie dans une deuxième partie le traitement des varices compliquées.

La rupture, la phlébite variqueuse ne nécessitent pas de traitement bien particulier. Seul, l'ulcère variqueux est difficile à traiter. A ce propos, l'opération de Moreschi, la section du nerf saphène interne et enfin la sympathectomie périartérielle sont tour à tour étudiées.

En conclusion, l'auteur indique que la thérapeutique chirurgical est bien outillée en ce qui concerne le traitement de varices non compliquées. Au contraire, les complications et, en particulier, l'ulcère constituent un problème thérapeutique difficile à résoudre.

Le traitement des varices par les injections sclérosantes. — M. A. AIMES.

(SÉANCE DU 3 MAI 1929)

Un cas de sténose hypertrophique du pylore du nourrisson traité par la pylorotomie extra-muqueuse de Fredet. — MM. A. LEMARCHAND et A. LIGNIÈRES.

Note sur la malariathérapie en pathologie mentale. — M. BILLET. L'auteur a appliqué la méthode à trois malades : deux paralytiques généraux et une mélancolique anxieuse. Le donneur initial, rapatrié des colonies, n'avait pas eu d'accès depuis quinze jours, lors du prélèvement; l'examen du sang a décelé du plasmodium vivax pur au moment de l'accès, mais a été négatif le jour de l'inoculation; il a néanmoins transmis le paludisme.

L'incubation a été de vingt jours chez deux malades et de quinze jours chez l'autre. Accès d'abord frustes, puis progressivement croissants, sans frissons ni sueurs; ils sont survenus tous les deux jours, puis tous les jours. Pas de réaction hépatique ni splénique, mais anémie. Le paludisme s'est spontanément éteint au dixième accès chez un malade, a été jugulé par la première prise de quinine chez un autre. Le troisième est décédé d'hémorragie cérébrale.

Le paludisme en soi a paru bénin à l'auteur, qui rapportera ultérieurement les résultats obtenus.

Deux cas de mort par œdème pulmonaire suraigu après ponction lombaire chez deux malades ayant présenté des crises comitiales. — MM. EUZIÈRE, VIALLEFONT et RATIE. De ces deux cas, le premier concerne une névraxite épidémique; le deuxième, un myélome de la voûte cranienne avec métastase cérébrale.

Les auteurs rapprochent ces faits des œdèmes pulmonaires survenues après les crises d'épilepsie signalées par Langeron à la suite des auteurs américains. Ici, l'œdème a été foudroyant, survenant d'emblée sans crise prémonitoire. Les auteurs croient pouvoir éliminer l'influence de la ponction lombaire et croient avoir eu affaire à des crises d'épilepsie viscérale.

Un cas de maladies de Recklinchausen avec cyphoscoliose et paraplégie. — MM. ERZIÈRE, LAMARQUE, VIALLEFONT et Mme LONHON-TUROT.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement des broncho-pneumonies des enfants (1), par le docteur Elisabeth BOUDON.

La broncho-pneumonie est une des affections de l'enfance des plus redoutables. Hutinel et Paisseau estiment la mortalité à 80 p. 100. Les traitements modernes ont abaissé notablement ce chiffre; ce sont ces derniers que Mlle Boudon a étudiés dans le service de son maître, le professeur Leenhardt à Montpellier.

Elle a expérimenté successivement la *vaccinothérapie* polyvalente et précoce, la *chimiothérapie* à l'aide de la septicémine, la médication anti-asphyxique : *oxygénothérapie continue.*

Contre cette affection grave, il importe d'abord de mettre en œuvre tous les moyens dont nous disposons : médication diététique et hygiénique, révulsive, simulante, etc...; mais la triade citée plus haut constitue la base de la thérapeutique actuelle.

L'oxygénation continue est réalisée par une source d'oxyène dont le gaz se dégage dans un flacon laveur puis de là parvient au nez et à la bouche de l'enfant par l'intermédiaire d'un entonnoir. On peut lui substituer la boîte à oxygène de Ribadeau-Dumas.

La chimiothérapie a été réalisée par la septicémine, corps individualisé résultant de la combinaison d'hexaméthylène tétramine et d'iode en présence d'un corps benzométhyle. Il ne provoque ni réaction, ni choc. La septicémine a été administrée en injections intra-musculaires de 2 centimètres cubes la premier jour, de 4 centimètres cubes les jours suivants.

La vaccinothérapie a été réalisée par un stock-vaccin iodé titré à 1 milliard de germes par centimètre cube. Les injections se font à la dose de un quart à demi centimètre cube pour les premières injections; les autres à 1 centimètre cube et 1 centimètre cube et demi, puis 2 centimètres cubes. Le vaccin agit surtout sur les symptômes fièvre, dyspnée, cyanose.

Mlle Boudon a réuni 31 observations dans lesquelles la septicémine a été employée concurremment avec la vaccinothérapie, la septicémine étant injectée tous les jours, le vaccin tous les deux jours. « La septicémine, dit l'auteur, corps anti-infectieux polyvalent, s'est trouvé réaliser un agent de valeur presque spécifique dans le traitement des infections broncho-pulmonaires. Son usage réservé aux cas les plus graves, d'allure toxi-infectieuse, a constitué un adjuvant très précieux à la méthode d'immunothérapie active que constitue la vaccinothérapie ».

La mortalité globale a été de 7 sur 31 soit 22,58 p. 100, qui se répartit ainsi : enfants de plus de deux ans : 12, — 1 décès soit 8,30 p. 100; enfants de moins de deux ans : 19, — 6 décès, soit 31,5 p. 100.

Ce travail montre bien l'efficacité spécifique de la septicémine dans les broncho-pneumonies infantiles : la vaccinothérapie contribue conjointement à créer l'état d'immunité.

(1) *Th. de Montpellier*, 1927-1928.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Paris-Divonne-les-Bains. — Jusqu'au 4 octobre, une voiture directe de 1re et 2e cl., avec places de lits-salons, circulera de nuit entre Paris et Divonne-les-Bains.

Départ de Paris, 22 h.; arrivée à Gex, 8 h. 47; à Divonne-les-Bains, 9 h. 04.

En sens inverse : départ de Divonne-les-Bains 20 h. 30, de Gex 20 h. 45; arrivée à Paris 7 h. 02.

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés
0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16.. Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et une place d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 14 novembre 1929. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'Hospice général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices avant le 30 octobre 1929, à midi.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. Santenoise, agrégé, est nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *A la dignité de grand officier.* — M. le professeur Auguste Béhal, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — M. le docteur Marcel Ballerin (de Paris).

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Chapon, médecin du ministère de l'Intérieur.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bouchet, conseiller général de la Haute-Savoie.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Fusier (de Thoiry), Kühn (de Vitteaux).

(Réserve). M. le médecin capitaine Simon (8e région).

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées, pour services rendus à la mutualité, aux médecins dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le docteur Pélicand (de Bourg).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bosviel (de Paris), Dardeau (de Versailles), Lamarque (de Montpellier), Natanson (de Paris), Plumey (de Nice), Robin (de Saintes).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bouisset (de Nice), Coquand (d'Annemasse), Devraigne (de Paris), Faucheux (de Douai).

Mention honorable. — M. le docteur Paloutier (de Paris).

INAUGURATION DU MONUMENT CABANÈS. — Nous rappelons que l'inauguration du monument élevé à la mémoire de notre regretté ami le docteur Cabanès aura lieu le 1er septembre prochain à 15 h. au cimetière de Gourdon (Lot).

Les Facultés de Paris, Montpellier, Toulouse et Alger; la Société des gens de lettres, la Société d'histoire de la médecine; les Associations de Presse parisienne; les Sociétés médicales ainsi que les Sociétés Lotoises seront représentées à cette cérémonie.

M. le docteur Paul Voivenel prononcera l'éloge du docteur Cabanès.

Les délégués et invités se réuniront à 14 h. 30 au Cercle de l'Union, place du 4-Septembre à Gourdon. Le Syndicat d'initiative de Gourdon fournira tous les renseignements utiles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaussin (de Blamont); Edouard Long, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de neurologie à l'Université de Genève; Pierre Bernard (de Saint-Ouen, Seine), Eugène Cheurlot (de Paris) et Mlle Aletta Jacobs, docteur en médecine à Amsterdam.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours de vacances de 1929* (septembre et octobre), sous la direction du professeur P. Carnot, du professeur agrégé Chabrol et du docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux :

I. *Cours de septembre* (9-20 septembre 1929) : « Notions récentes sur le diabète et les maladies du foie. »

DIGESTION DU LAIT
LAB LACTO FERMENT MIALHE

Lundi 9 septembre. — 9 h. 30 : docteur H. Bénard. Le métabolisme des sucres. Syndromes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie; — 2 h. 30 : Le métabolisme des protéines et des graisses.

Mardi 10 septembre. — 9 h. 30 : docteur H. Bénard. Le métabolisme basal. Régulation du pH : réserve alcaline. Syndromes d'acidose et d'alcalose. — 2 h. 30 : docteur Froment, chef de clinique. Les formes cliniques du diabète.

Mercredi 11 septembre. — 9 h. 30 : docteur Coury, ancien chef de clinique adjoint. Les gangrènes et les infections chez les diabétiques. — 2 h. 30 : docteur Froment. Le coma diabétique et son traitement.

Jeudi 12 septembre. — 9 h. 30 : docteur Bariéty, chef de clinique. Le traitement général du diabète. — 2 h. 30 : docteur André Busson. Les kystes hydatiques du foie.

Vendredi 13 septembre. — 9 h. 30 : docteur Rachet, chef de clinique. Les hépatites amibiennes. — 2 h. 30 : docteur Lenormand. Les syndromes cliniques d'hypertension portale et d'hypotension sus-hépatique. Le foie cardiaque.

Samedi 14 septembre. — 9 h. 30 : docteur Coury. Les syndromes cliniques de l'insuffisance hépatique. Les épreuves d'insuffisance hépatique. Petite insuffisance. Syndromes hémorragiques. Syndromes nerveux. — 2 h. 30 : docteur Salmon. Les cancers du foie et des voies biliaires.

Lundi 16 septembre. — 9 h. 30 : docteur Lambling, chef de clinique. Les hépatites alcooliques, syphilitiques et tuberculeuses. — 2 h. 30 : docteur Dumont, ancien chef de laboratoire. Les hépatites paludéennes; les splénomégalies chroniques.

Mardi 17 septembre. — 9 h. 30 : docteur Lambling, chef de clinique. Les hépatites toxiques. Ictère arsénobenzolique; les hépatites syphilitiques; les cirrhoses biliaires. — 2 h. 30 : docteur Bariéty, chef de clinique. Les pigments biliaires. Les sels biliaires. La cholestérine. Techniques de recherche dans le suc duodénal, le sang, la bile.

Mercredi 18 septembre. — 9 h. 30 : docteur Boltanski : Ictères par rétention et ictères d'origine hémolytique. La splénectomie dans les ictères. — 2 h. 30 : docteur Dumont. Les spirochétoses ictéro-hémorragiques et les ictères infectieux. Les ictères graves.

Jeudi 19 septembre. — 9 h. 30 : professeur agrégé Chabrol, médecin de l'hospice d'Ivry. La lithiase vésiculaire; les cholécystites aiguës et chroniques; — 2 h. 30 : L'ictère et l'angiocholite des lithiasiques.

Vendredi 20 septembre. — 9 h. 30 : professeur agrégé Chabrol. Traitement de la lithiase biliaire. — 2 h. 30 : docteur Dioclès, chef du laboratoire de radiologie. La cholécystographie. La stéréoscopie en radiologie.

II. *Voyage d'études à Vichy.* — Entre les deux cours, aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs des deux cours.

III. *Cours de septembre et d'octobre* (24 septembre-5 octobre). — « Notions récentes sur les maladies digestives. »

Mardi 24 septembre. — 9 h. 30 : M. Deval, chef du laboratoire de la Clinique. Techniques d'examen des sucs gastriques et duodénaux. — 2 h. 30 : Mlle Marguerite Tissier. Les examens microscopiques en pathologie digestive (microbes, parasites, cytologie).

Mercredi 25 septembre. — 9 h. 30 : docteur Lagarenne, chef du laboratoire de radiologie. Technique radiologique des examens digestifs. — 2 h. 30 : docteur Rachet, chef de clinique. Endoscopie. Œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie.

Jeudi 26 septembre. — 9 h. 30 : docteur Bouttier, ancien chef de clinique. Les syndromes gastriques sécrétoires (hyperchlorhydrie, achylie) et moteurs (atonie, hypersthénie, etc.) ; — 2 h. 30 : Les syndromes hémorragiques (hématémèses, melæna, hémorragies occultes). Traitement. Les syndromes anémiques. Traitement.

Vendredi 27 septembre. — 9 h. 30 : docteur Bouttier. Les syndromes douloureux (gastralgies, entéralgies, crises solaires, crises tabétiques). — 2 h. 30 : docteur Paul Carnot. Les syndromes de sténose et d'occlusion.

Samedi 28 septembre. — 9 h. 30 : docteur Jacquet, médecin des hôpitaux. Les ptoses digestives. — 2 h. 30 : docteur Delafontaine. Les dolicho et mégaviscères.

Lundi 30 septembre. — 9 h. 30 : docteur Fatou, ancien chef de clinique. Les éventrations et hernies diaphragmatiques. — 2 h. 30 : docteur Libert, chef de clinique. Les stases intestinales chroniques; leur thérapeutique.

Mardi 1er octobre. — 9 h. 30 : docteur Libert. Les diarrhées chroniques; leur thérapeutique. — 2 h. 30 : professeur agrégé Chabrol. Les ulcères de la petite courbure.

Mercredi 2 octobre. — 9 h. 30 : professeur agrégé Chabrol. Les ulcères juxtapyloriques. — 2 h. 30 : docteur Boltanski, chef de clinique. Les périviscérites digestives.

Jeudi 3 octobre. — 9 h. 30 : docteur Bariéty, chef de clinique. Les cancers de l'estomac. — 2 h. 30 : docteur Froment, chef de clinique. Les ulcérocancers. Les linites.

Vendredi 4 octobre. — 9 h. 30 : professeur Carnot. Les cancers de l'intestin (ampullomes, cancer iléo-cæcal, cancer de l'appendice, cancer du côlon). — 2 h. 30 : docteur Friedel. Les cancers recto-sigmoïdiens; — 4 h. : Les recto-colites graves. La rectosigmoïdoscopie.

Samedi 5 octobre. — 9 h. 30 : docteur Dumont, ancien chef du laboratoire. Les entéro-colites tuberculeuses. — 11 h. : docteur Lenormand. Les appendicites chroniques. — 2 h. 30 : docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux. Les colites amibiennes et lambliennes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — TRAIN RAPIDE DE WAGONS-LITS (1re et 2e classes), PARIS-MARSEILLE-MENTON. — Les rapides 3 et 4 (Côte d'Azur, rapide de nuit), exclusivement composés de wagons-lits de 1re et de 2e classes et d'un wagon restaurant, et actuellement limités à Marseille, circulent depuis le 1er juillet entre Paris et Menton.

Cette amélioration permettra aux voyageurs, après une nuit reposante, d'arriver à une heure commode dans les stations du Littoral méditerranéen.

Départ de Paris 19 h. 25.

Arrivée à Marseille-Saint-Charles 7 h. 32, à Toulon 8 h. 54, à Cannes 10 h. 57, à Nice 11 h. 40, à Menton 12 h. 30.

En sens inverse :

Départ de Menton 13 h. 25, de Nice 14 h. 30, de Cannes 15 h. 14, de Toulon 17 h. 30, de Marseille-Saint-Charles 19 h. 05.

Arrivée à Paris 8 h. 06.

Toux Dyspnées IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX

GÉLOTANIN

TANNATE DE GÉLATINE

NOURRISSONS & ENFANTS : *Paquets de 0 gr. 25. De 3 à 6 Paquets par jour, à diviser dans le lait ou dans les aliments habituels.*

ADULTES : *Cachets de 0 gr. 50. 4 à 8 Cachets par jour à prendre soit au commencement, soit au milieu, soit à la fin des Repas.*

LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS (16e)
Téléph : AUTEUIL 44-09

CHOAY

VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE

PAR LE

PROPIDEX

(Pommade à base de PROPIDON)

(Formule du Prof. Pierre DELBET)

INDICATIONS :

FURONCULOSE, BRULURES, ESCHARES
PLAIES EN SURFACE
ENGELURES, ULCÈRES VARIQUEUX
ANTHRAX, ETC.

Les Établissements POULENC FRÈRES

86 et 92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

R. du C., Paris 5.386.

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL

liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES** :

PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES** :

BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

TROUBLES OCULAIRES

D'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

CHEZ UN ENFANT DE NEUF MOIS

Par MM. L. BABONNEIX et J. SIGWALD.

Il nous a été donné d'observer chez un enfant de neuf mois des manifestations oculaires comparables à celles que produit la syphilis acquise à ses périodes secondaire et tertiaire, et traduisant une infection hérédo-syphilitique profonde de notre jeune malade.

Le 24 juin 1929, nous voyons pour la première fois à notre consultation de la Charité, Jeannine D..., âgée de neuf mois, que sa mère nous amène pour troubles oculaires.

L'accouchement s'était fait normalement à terme, mais, à la naissance, l'enfant avait les yeux fermés, et il avait été difficile de les lui ouvrir. On constatait aussi une obstruction nasale complète s'accompagnant de déformation du nez. Son poids est alors de 3 kilos; depuis lors, le développement se fait irrégulièrement. La mère constate que sa petite fille reste indifférente, et qu'elle a des yeux étranges, mais elle ne se décide que ces jours-ci à la faire examiner.

Examen. — La physionomie est inerte et inexpressive. Les déformations faciales sont évidentes : microcéphalie; bosses frontales saillantes, proéminant sur le massif facial peu développé et déformé. Le nez est en selle, sa racine est parcourue par de petites veinules dilatées; ces déformations externes s'accompagnent d'une imperméabilité complète des cavités nasales.

Ce sont les modifications des globes oculaires qui frappent le plus. D'après l'examen de M. Dupuy-Dutemps, à gauche, ptosis; lorsqu'on relève la paupière, on constate du strabisme externe. Des deux côtés, limitation des mouvements du droit interne, mais, à droite, absence de ptosis. Les pupilles, étroites, réagissent à peine à la lumière; il est impossible de rechercher l'accommodation à la distance, étant donné l'état d'arriération, mais il paraît évident que les impressions lumineuses fortes sont perçues. Le réflexe cornéen n'existe pas. En outre, il y a de la lagophalmie, liée à une paralysie faciale bilatérale. Le facies est, en effet, inexpressif et aucun mouvement de la face n'est possible. Il y a, en résumé, des paralysies des moteurs oculaires de chaque côté, et, ce qui est plus rare, une atteinte de la motilité intrinsèque, qu'on ne peut pas appeler un signe d'Argyll-Robertson, car on a bien l'abolition à peu près complète du réflexe lumineux, mais il est impossible de savoir si le réflexe accommodateur est conservé.

Un examen général montre qu'il existe d'autres symptômes que les paralysies oculaires et faciales bilatérales. Les réflexes rotuliens sont vifs; les achilléens normaux. La motilité des membres supérieurs et du cou est normale. Il y a hypoacousie manifeste. La langue, très volumineuse, se mobilise très facilement mais a tendance a faire saillie entre les lèvres. La voûte palatine est ogivale, le voile normal.

Il existe du cranio-tabes; la fontanelle antérieure est large d'environ deux travers de doigts. L'appendice xyphoïde ne fait pas défaut; foie et rate sont normaux.

L'aspect général est celui d'un arriéré; le facies est stupide, le regard fixe et hébété, les mouvements des membres supérieurs se font sans but et de manière désordonnée. Le cri est faible et plaintif. L'enfant ne s'intéresse ni aux personnes, ni aux objets, ni aux bruits.

Nous avons fait également un examen de la mère. Ses réflexes sont normaux; ses pupilles, égales, réagissent correctement. Elle a toujours été bien portante, n'a jamais fait de fausse couche; c'est son premier enfant et la grossesse ainsi que l'accouchement n'ont provoqué aucun incident. La réaction de Wassermann est complètement négative, chez elle.

Notre malade présente des stigmates de syphilis héréditaire; saillie de bosses frontales, ensellure nasale, obstruction des cavités du nez, cranio-tabes, voûte ogivale, qui montrent à quelle cause il faut rattacher les accidents nerveux, bien que la réaction de Wassermann de la mère soit négative. Le pronostic doit être réservé, car si paralysies oculaires et faciales sont susceptibles de régresser en partie, les lésions pupillaires, elles, sont définitives. D'autre part, le déficit intellectuel est si marqué qu'il est à craindre qu'il ne puisse être influencé par le traitement spécifique.

VIIIe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE[1]

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW

M. G.-W. Crile (de Cleveland), rapporteur, considère que la surrénale est une partie essentielle d'un système indivisible et indépendant composé de la thyroïde, de la surrénale et du système nerveux. Ce système a comme but d'adapter l'énergie électrique, la transformant de potentielle en kinétique.

Les symptômes de crise d'hyperthyroïdisme possèdent les mêmes caractéristiques que les troubles provoqués par les injections d'adrénaline. L'auteur fournit à l'appui de cette conception des preuves imposantes et nombreuses tant cliniques qu'expérimentales et propose, comme solution, dans la rupture du cercle vicieux constitué par les éléments provoquant la crise thyroïdienne, l'ablation de la surrénale.

Crile a pratiqué quelques opérations de ce genre, mais son expérience est encore trop récente pour être concluante.

Son rapport se termine par une analyse de plus de 19.168 cas de goitres.

Il a pratiqué 13.814 thyroïdectomies, dont 10.125 pour hyperthyroïdisme et 5.534 ligatures. La mortalité a atteint en 1928, sur 1.606 cas, 0,6 p. 100, ce qu'il attribue à l'importance donnée aux soins préopératoires. Enfin l'étude à distance de 1.200 cas opérés de longue date montre 90 p. 100 de succès durables.

M. L. Bégard (de Lyon), rapporteur :

I. On a décrit dans le syndrome hyperthyroïdien des types variables qui peuvent se ramener à deux principaux : la maladie de Basedow primitive ou goitre exophtalmique vrai, et les goitres basedowifiés ou adénomes toxiques.

On a cherché à opposer ces deux formes dans tous leurs éléments. En réalité, il n'y a pas de séparation nette et le syndrome hyperthyroïdien est un, commandant le même traitement chirurgical.

II. Toute augmentation dans l'activité de la glande thyroïde entraîne l'accélération de la nutrition générale, cause les troubles de l'hyperthyroïdisme et l'*élévation du métabolisme basal* (+ 15 à + 100 et 120).

L'étude du métabolisme basal permet de distinguer un

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 66, p. 1185.

goitre toxique d'un goitre simple au début. Elle confirme le diagnostic clinique dans les cas nets. Elle permet de rattacher au syndrome hyperthyroïdien des formes que l'on en séparait jusqu'alors et d'en séparer les pseudo-syndromes thyroïdiens. Elle est un excellent contrôle des résultats du traitement du goitre exophtalmique.

III. Tout basedowien avant d'être opéré doit être soumis à un traitement médical préopératoire sévère (cure de repos, administration de quinine, de calmants).

L'iode est le médicament essentiel de ce traitement préopératoire.

IV. La *thérapeutique par les agents physiques* (radium rayons X) est insuffisante dans les formes graves. Ses résultats sont souvent passagers; elle rend plus difficile les opérations secondaires; elle ne conserve d'indications que dans les cas où le traitement sanglant est impossible, après insuffisance reconnue du traitement médical.

V. L'*anesthésie locale* est le procédé de choix dans les interventions pour Basedow.

VI. Parmi les opérations.

a. La *sympathectomie* ne peut être considérée comme une méthode curatrice; elle donne des résultats très inférieurs à ceux des opérations thyroïdiennes. Elle peut cependant garder quelques indications, soit comme opération préliminaire, soit secondairement pour traiter une exophtalmie résiduelle.

b. Les *ligatures des artères thyroïdiennes* sont très exceptionnellement capables de donner une amélioration complète et stable. Elles n'ont qu'un effet transitoire. Elles peuvent être utilisées comme opération préliminaire à la résection thyroïdienne. Pour augmenter leur efficacité, il faut pratiquer des *angioneurectomies* des pédicules thyroïdiens, afin d'agir sur l'élément nerveux en même temps que l'on supprime la circulation. La ligature des deux artères thyroïdiennes supérieures est le procédé de choix.

c. Les *thyroïdectomies* sont les seules opérations logiques parce que reposant sur une base anatomique et expérimentale certaine. L'hémithyroïdectomie est une opération insuffisante.

La *thyroïdectomie subtotale,* logique au point de vue anatomo-pathologique, licite au point de vue physiologique, est justifiée par la qualité de ses résultats.

La thyroïdectomie totale est à proscrire formellement.

VII. L'étude des *statistiques* indique une amélioration incontestable des résultats immédiats des thyroïdectomies, grâce au principe de l'opération précoce, à la pratique du traitement médical iodé préopératoire, à l'utilisation d'opérations sériées. La mortalité immédiate peut être ainsi réduite à 1 p. 100; les suites opératoires sont plus simples, les complications plus rares.

Les résultats éloignés ont également gagné en perfection. Ils sont surtout influencés par la largeur de la résection thyroïdienne.

M. A. Troell (de Stockholm), rapporteur, se base sur 378 observations de malades atteints de thyroïdite toxique (ce chiffre représente 57 p. 100 de l'ensemble des goitres opérés dans la période envisagée); 137 malades appartiennent aux années 1927 et 1928, 12 p. 100 des goitres frappaient des hommes, 88 p. 100 des femmes. Le degré de toxicité thyroïdienne atteignait 55 p. 100 dans les goitres diffus basedowiens; le chiffre le plus élevé du métabolisme basal atteignait 178 p. 100 : dans 40 p. 100 des goitres nodulaires basedowiens thyroïdotoxiques le chiffre du métabolisme basal le plus élevé atteignait 76 p. 100. Les deux types de goitre diffus basedowien et de goitre nodulaire toxique diffèrent d'après la structure macro et microscopique du goitre, d'après la répartition géographique des cas et d'après la symptomatologie clinique, de même qu'ils offrent un pronostic très différent.

Indications opératoires : un quart des patients atteints de goitre nodulaire toxique ont été opérés principalement à cause des phénomènes toxiques; pour les autres intervenaient aussi les troubles mécaniques.

Comme traitement préopératoire dans les cas de goitre diffus basedowien on a institué la médication au lugol, d'après Plummer.

L'opération de choix est la strumectomie subtotale en un temps en anesthésie à la novocaïne; on fera suivre immédiatement l'administration de deux litres de solution glucosée à 5 p. 100, même dans les adénomes atoxiques isolés.

La mortalité opératoire immédiate est descendue dans les dernières années à 2,2 p. 100 environ.

L'auteur n'a jamais constaté un risque plus grand de léser les glandes parathyroïdes ni le nerf récurrent. Au sujet des résultats éloignés, l'auteur a obtenu des réponses s'étendant sur une durée de un à neuf ans, concernant 96 p. 100 des cas opérés : 51 p. 100 des cas sont revenus à une santé complète, 39 p. 100 ont récupéré un pouvoir de travail total malgré la persistance de certains troubles. Des récidives sont survenues dans 6 p. 100 des cas, surtout par insuffisance de résection thyroïdienne.

Chez des malades à qui a été pratiquée la stumectomie subtotale, le danger de récidive semble écarté après qu'une année s'est écoulée. L'auteur recommande de réintervenir dans les cas de récidive.

L'amaigrissement et le métabolisme basal sont les premiers symptômes qui sont régulièrement influencés par la strumectomie. Les symptômes nerveux et cardiaques s'améliorent plus doucement et de façon moins certaine parfois seulement après plusieurs années. Il en est de même de l'exophtalmie. Le danger d'hypothyroïdisme est minime après la strumectomie totale.

Il existe, semble-t-il, particulièrement lorsque, avant l'opération, le malade a été soumis à un traitement prolongé par les rayons X; l'auteur recommande la thyroxine et la surveillance du métabolisme basal.

M. A. Girasek (de Prague), rapporteur, classe :

Au point de vue de l'indication opératoire, les cas plus légers doivent être soumis au traitement; les cas de gravité moyenne doivent être confiés aux soins d'un chirurgien, si le traitement reste inefficace pendant une période de trois à six mois; les cas graves sont pour la plupart chirurgicaux. Dans les cas accompagnés d'altérations graves secondaires du cœur, du foie et des reins, l'opération est théoriquement impossible à cause de ses risques.

Au point de vue clinique, suivant l'évolution et l'apparition du goitre exophtalmique, on distingue un goitre exophtalmique vrai et un goitre avec hyperthyroïdisme (adénome toxique ou goitre basedowifié) et en dehors de ces deux groupes, le « syndrome sympathique basedowiforme » de Labbé doit être rappelé.

L'augmentation du métabolisme basal est un signe de l'hyperthyroïdisme, et son degré nous révèle l'acuité de la maladie et nous rend un grand service pratique en nous montrant l'influence de la thérapeutique médicale pré-opératoire et en nous rendant compte de nos succès après l'opération.

Il faut considérer à l'heure actuelle comme la seule méthode opératoire justifiée la thyroïdectomie subtotale. Nous considérons la sympathectomie cervicale comme indiquée, soit quand les globes oculaires sont en danger, à cause d'une exophtalmie prononcée, soit quand les troubles sympathicogènes persistent après la thyroïdectomie, ou bien quand on ne peut pas intervenir radicalement sur la glande thyroïde, et enfin dans le syndrome sympathicotonique basedowiforme de Labbé, la sympathectomie se présente comme une méthode opératoire de choix. On ne pratique la ligature des artères que là où on ne peut pas intervenir radicalement à cause du mauvais état général du malade.

On prépare tous les malades atteints de goitre exophtal-

mique pour l'opération, aussi bien au point de vue général que spécial (repos, psychothérapie, régime, iodures, quinine, pansements de glace, préparation du muscle cardiaque, etc.). C'est le tableau clinique et le taux du métabolisme basal qui nous permettent l'évaluation des résultats de nos préparatifs.

Les procédés d'anesthésie les plus recommandés pour l'opération du goitre exophtalmique sont à la fois l'état analgésique obtenu par le protoxyde d'azote et l'anesthésie par la novocaïne à 0,5 p. 100.

La cause la plus fréquente de la mort de ces opérés est la faiblesse du cœur, contre laquelle les remèdes pharmacologiques restent inefficaces. Le tableau clinique avant que la mort se présente n'est qu'un système de l'état thymolymphatique.

Le traitement chirurgical compte de 30 à 50 p. 100 de cas cas guéris (notre statistique). Quant aux cas améliorés (suppression partielle de tachycardie, amélioration de l'état général, faculté de travail), on compte de 40 à 85 p. 100 de tous les cas opérés (notre statistique).

M. Gusaburo Noguchi (de Beppu, Japon), rapporteur, s'étend d'abord sur sa technique personnelle portant sur 1.000 cas dont 884 opérés, 26 traités par les rayons, 90 par le radium. Il pratique l'intervention sous anesthésie locale, même dans les cas plus graves avec accidents cardiaques, mais opère en deux temps séparés par un intervalle de dix jours. Le traitement par le calcium est pratiqué par injection intraveineuse et par ingestion avant et après l'opération. La mortalité est de 3,3 p. 100, étant même de 0 pour les 166 derniers cas. Le rapporteur distingue : le basedow vrai, les formes atypiques, les formes toxiques et enfin l'hyperthyroïdisme.

Les guérisons complètes sont obtenues dans 90 p. 100 des cas; sur 701 cas revus, il y en a eu 5,3 p. 100 de récidives, d'ailleurs légères; aussi y a-t-il lieu, selon lui, de toujours opérer un malade atteint de Basedow.

M. Dunhill (de Londres), rapporteur, insiste sur l'adénome toxique qui ne peut en réalité être séparé du véritable goitre exophalmique; en réalité, il s'agit de « goitre toxique ».

Il étudie successivement : 1° les stimulants du corps thyroïde; 2° la glande, dont il expose soigneusement l'histologie pathologique; 3° la répercussion sur le reste de l'organisme et en particulier sur le muscle cardiaque.

Se basant sur 300 cas atteints, 125 depuis quatre ans, 86 depuis six ans, 62 depuis dix ans, il affirme la nécessité de l'opération.

Il a observé comme complications du goitre exophtalmique: 10 ulcères de la cornée, 9 glycosuries graves, 15 manies aiguës et 131 fibrillations auriculaires (dont 81 p. 100 ont été complètement guéris par l'opération).

La résection d'un lobe avec ligatures du côté opposé est insuffisante; il faut réséquer les deux lobes. Sa mortalité est de 2,7 p. 100.

Discussion.

M. Juracz (de Poznan) a étudié le métabolisme du goitre exophtalmique depuis 1925, sur 75 malades opérés et 81 non opérés. Il retient 54 cas graves opérés dont il a étudié le métabolisme basal, le métabolisme après repas azoté et le rapport du poids à la taille du malade, et ne peut encore conclure définitivement. Sur 45 cas, il y a eu 5 morts. Lorsque le lugol reste sans résultat, il emploie une combinaison d'iode et d'arsenic.

M. A. Moschowitz (de New-York) pense que le véritable goitre exophtalmique se développe sur une glande normale, tandis que l'adénome toxique se développe sur une glande qui contient un adénome ou un kyste; c'est d'ailleurs le tissu qui enveloppe l'adénome qui est atteint, ce qui explique pourquoi l'énucléation est sans valeur et la nécessité d'une résection.

Les ligatures artérielles sont toujours insuffisantes et rien ne vaut la thyroïdectomie subtotale.

M. de Quervain (de Berne) dont l'autorité est universellement reconnue, a précisé quelques points qui lui semblaient obscurs. Il précise d'abord que le métabolisme n'est qu'un des moyens cliniques à utiliser; un métabolisme normal avec des signes graves de compression trachéale ou des troubles cardiaques impose l'opération. Le traitement par l'iode doit être continué avant et après l'opération et dans certains cas, on a avantage à utiliser la thyroxine.

L'intervention laisse bien quelques troubles légers chez le basedowien que seul un œil exercé retrouve, mais l'auteur insiste sur les dangers du terme de résection subtotale qui peut amener à une opération exagérée entraînant la myxœdème, et il préfère : *résection large.*

M. Bedrna (de Brno) apporte le résultat de ses recherches sur la teneur en iode de l'organisme dans le Basedow. Tandis que la quantité d'iode est augmentée dans le sang et l'urine, elle est diminuée dans la glande. Il n'y a pas de rapport entre la teneur en iode et le métabolisme ou la gravité du cas, mais le taux de l'iode dans le sang diminue après thyroïdectomie.

QUATRIÈME QUESTION

CHIRURGIE RÉPARATRICE DE LA HANCHE

M. Paul Mathieu (de Paris), rapporteur. La chirurgie réparatrice de la hanche a bénéficié de récents progrès techniques importants (emploi d'incisions larges pour la découverte de la hanche, de tables orthopédiques appropriées, utilisation de la résection temporaire et de la transplantation du grand trochanter).

Des opérations restauratrices réglées ont permis d'obtenir :

1° La restauration du col fémoral dans les suites de fractures du col, en particulier dans les pseudarthroses;

2° La stabilisation de la tête fémorale luxée dans les luxations et subluxations congénitales;

3° La restitution à la hanche ankylosée de sa mobilité (arthroplastie);

4° La reconstruction, dans les cas de lésions destructives de la hanche, d'une articulation stable, mobile, indolente (opérations de reconstruction);

5° L'ankylose de la hanche douloureuse ou ballante (arthrodèses). Des résultats favorables de ces opérations sont aujourd'hui démontrés.

Les indications de ces opérations qui se dégagent actuellement semblent pouvoir être ainsi résumées :

Les pseudarthroses du col du fémur sont justiciables, suivant les cas cliniques, de l'ostéosynthèse par cheville d'os vivant ou vis d'os tué après ou sans arthrotomie, ou, en cas de destruction osseuse étendue du col et de la tête, d'une opération reconstructrice.

Dans les subluxations et luxations congénitales incoercibles de la hanche, la stabilisation par butées ostéoplastiques de la tête réduite dans le cotyle donne des résultats remarquables. Dans les luxations irréductibles antérieures, la constitution d'une butée assure souvent la stabilité et l'indolence de la hanche. Dans le cas de luxation postérieure irréductible, l'action stabilisante des butées paraît moins constante.

Les ankyloses de la hanche sont justiciables de l'arthroplastie, formellement au moins d'un côté en cas d'ankylose double, facultativement dans le cas d'ankylose unilatérale.

Les hanches douloureuses, les hanches ballantes non congénitales, les pseudo-luxations sont justiciables soit de l'arthrodèse, soit d'une opération reconstructrice. L'arthrodèse extra-articulaire paraît le traitement de choix de certaines séquelles de la coxalgie, en particulier de vingt à trente ans, et M. Mathieu donne une statistique personnelle de 18 cas.

M. S. Hybbinette (de Stockholm), rapporteur, expose surtout les résultats de sa propre expérience en ce qui concerne les opérations pour ankylose, arthrite déformante et luxation congénitale invétérée de la hanche. Il découvre l'articulation par une incision arciforme qui part de l'épine iliaque antéro-supérieure, descend vers la base du grand trochanter et se relève en arrière et en haut; il abat le sommet du grand trochanter et rétracte en haut le lambeau musculaire ainsi obtenu. Entre les surfaces articulaires il interpose un lambeau libre emprunté au fascia lata avec la couche de tissu adipeux qui le recouvre. Il estime que la conservation d'une partie du ligament ilio-fémoral a une certaine importance pour la solidité de l'articulation. Si on l'excise en entier avec la capsule, il est plus aisé, semble-t-il, d'obtenir une articulation bien mobile. Pour l'arthrite déformante on eut de bons résultats — sous forme d'une mobilité plus ou moins satisfaisante et de disparition des douleurs — dans les cas présentant une tendance marquée à l'ossification et à la sclérose. Par contre, dans les cas où des zones d'ostéite raréfiante prédominent, les tentatives opératoires visant à conserver la mobilité laissent au malade ses graves douleurs; en pareil cas, le mieux est de rechercher une ankylose en bonne attitude. Dans les luxations congénitales invétérées on obtint de nombreux résultats favorables, en formant une nouvelle cavité cotyloïde et en recourant à peu près au même procédé que dans les ankyloses. Avec une tête haut placée et dans les luxations doubles il convient de préférer à la technique précédente l'application d'un solide transplant osseux au niveau du bord supérieur du cotyle, afin de donner un bon appui à la tête fémorale. Les résultats dépendent en grande partie de l'énergie du malade et de l'exécution consciencieuse du traitement gymnastique consécutif.

M. Astley P. C. Rohhurst (de Philadelphie), rapporteur, expose son expérience personnelle basée sur 103 opérations de l'articulation de la hanche avec 5 morts et trouve qu'environ 86 p. 100 consistaient en opérations réparatrices ou reconstructives; le restant était des opérations pour tuberculose septique, ostéomyélites, etc. Il trouve que les indications pour arthroplastie typique sont très limitées; les indications pour les reconstructions suivant les techniques de Withman lui paraissent très étendues et il préfère cette dernière opération pour les luxations pathologiques et pour les luxations congénitales chez les malades lorsqu'ils ne sont plus dans leur première enfance. L'ostéotomie pour ankylose tuberculeuse en mauvaise position donne de très bons résultats.

M. Putti (de Bologne), rapporteur, dont le travail est présenté par M. Delitale, étudie les méthodes suivantes de la chirurgie réparatrice de l'articulation de la hanche :

a. *Reconstruction du toit du cotyle* que l'auteur trouve indiquée dans les subluxations congénitales, dans les luxations congénitales impossibles à maintenir ou tendant à la reluxation, ainsi que dans les luxations paralytiques. Il ne pense pas que l'intervention soit à conseiller dans les luxations invétérées non réduites. Parmi les diverses méthodes techniques utilisées, il préfère le procédé d'un fragment osseux par mobilisation d'un feuillet réséqué sur l'aile de l'os iliaque.

b. *Arthrodèse extra-articulaire dans la tuberculose de la hanche.* L'auteur la considère uniquement indiquée dans les séquelles de la coxalgie. Technique personnelle : transplantation par glissement d'un volet osseux libre mobilisé aux dépens de l'aile iliaque. Résultats : généralement favorables quand à la fixation du greffon. Bien entendu, il est encore prématuré de juger de l'effet éloigné de l'intervention.

c. *Reconstruction de la hanche dans les suites de l'arthrite infantile aiguë.* Intervenir par un procédé économique, mais le plus précocement possible. Exposé de la technique personnelle de l'auteur.

d. *Arthroplastie dans l'arthrite déformante.* Indiquée dans l'arthrite déformante chez les sujets de trente à quarante ans appartenant à la classe ouvrière.

e. *Bifurcation de Lorenz dans le traitement de la luxation congénitale irréductible ou invétérée.* Cette intervention est considérée par l'auteur comme l'opération palliative qui, actuellement, est la mieux en état de résoudre ce problème thérapeutique difficile avec le minimum de risques.

Discussion.

MM. E. Sorrel et Delahaye (de Berck) ont pratiqué 102 opérations réparatrices de la hanche dans les *luxations congénitales :* butées ostéoplastiques.

Cosa vara : ostéotomies transversales sous-trochantériennes des coxa vara rachitiques ou des adolescents; ostéotomie transtrochantérienne ou cervicale des coxa vara congénitales.

Arthrite déformante de la tête : modelage de la tête ou arthrodèse.

Ostéomyélite ancienne : ostéotomie ou arthroplastie des ankyloses, arthrodèses des pseudarthroses.

Séquelles de la coxalgie : ostéotomie dans les ankyloses, arthrodèses dans les pseudarthroses et, dans quelques cas exceptionnels, ostéotomie basse ou enchevillement par greffon; et enfin dans la *coxalgie en évolution*, six arthrodèses extra-articulaires sont encore trop récentes pour préciser la valeur de l'opération.

M. Rocher (de Bordeaux) apporte une statistique de 19 cas de luxations et de subluxations congénitales de la hanche qu'il a traités par butées de contention après réduction (10 cas dont 9 succès et 1 échec par ankylose) et butées de stabilisation quand la luxation est irréductible.

M. Maffei (de Bruxelles) insiste sur la déformation progressive de la tête dans les luxations congénitales, qui nécessite un traitement précoce. Craignant beaucoup l'ostéochondrite post-opératoire, il cherche l'ankylose. Même chez l'enfant, la réduction sanglante donne d'excellents résultats (3 cas avec 2 guérisons et 1 ankylose).

Dans la coxalgie, l'arthrodèse extra-articulaire est l'opération de choix.

M. Delitala (de Venise) apporte 84 cas personnels de chirurgie réparatrice de la hanche : 4 ostéotomies du col pour coxa vara, 37 pour ankylose ; 10 bifurcations de Lorenz ; 7 plastiques du toit cotyloïdien; 18 transplantations pour pseudarthroses du col fémoral ; 8 arthroplasties pour ankylose.

C'est la bifurcation qui donne les résultats les meilleurs, à condition de ne pas introduire le diaphyse dans le cotyle. Dans les opérations plastiques du toit cotyloïdien, il ne faut ni réduire la subluxation, ni ouvrir la capsule, si on veut éviter l'ankylose.

M. Jacques Calvé (de Berck-Plage) indique qu'il faut fixer une hanche coxalgique quelques années après cicatrisation du foyer : *a.* quand elle reste douloureuse à la marche, soit d'une façon continue, soit par crises; *b.* quand elle s'accompagne d'une boiterie accentuée, la boiterie antalgique par tiraillement de la néocapsule cicatricielle; *c.* quand, malgré une ostéotomie correctrice antérieure, les attitudes vicieuses ont tendance à se reproduire.

L'auteur préconise un greffon placé en dedans du fémur interfémoro-ischiatique. Pour atteindre l'ischion ou la branche ischio-pubienne, l'auteur conseille une ostéotomie sous-trochantérienne préliminaire comme voie d'accès. En faisant basculer en dedans le fragment diaphysaire fémoral, on obtient un jour suffisant sur la région ischiatique pour effectuer le lit et la pose du greffon, pris préalablement au tibia.

Si le jour créé par l'ostéotomie n'est pas suffisant, on pourra réséquer 4 centimètres environ de la diaphyse fémorale sous-trochantérienne; le greffon placé, cette portion

diaphysaire sera remise en place et fixée ainsi que le greffon solidement par une vis ou un clou pénétrant dans l'ischion.

M. Zahradnicek (de Brno) a opéré 36 cas de luxation congénitale de la hanche dont 6 cas bilatéraux, âgés de vingt et un mois à dix-sept ans, et en général après échec des méthodes non sanglantes. Il pratique, par voie transtrochantérienne la reposition de la tête dans un cotyle élargi. Il a obtenu sur 42 opérations : 15 résultats parfaits (avant l'âge de six ans), 16 satisfaisants et 11 échecs. Il a constaté d'ailleurs l'amélioration progressive de ses résultats au fur et à mesure des progrès de sa technique.

M. Finikoff apporte les résultats de sa méthode personnelle dans le traitement des coxalgies anciennes par injection d'huile iodée et ingestion des sels de calcium.

M. Wierzejiwski (de Poznan) donne le but essentiel à la reposition dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Si elle échoue par manœuvres externes, il faut faire une reposition sanglante. L'enraidissement n'est pas la règle et ce n'est que temporaire. Chez les sujets gras, où la reposition est impossible, Wierzeiiwksi est partisan de la bifurcation de Lorenz ou de l'ostéotomie basse de Sebanz. La réfection du toit du cotyle a donné à l'auteur des résultats variables.

M. Rossi (de Turin) apporte les résultats des méthodes suivies à la clinique chirurgicale de Turin dans le traitement des fractures du col. En cas de fracture simple, il est partisan de la thérapeutique non sanglante, et au contraire, en cas de pseudarthrose, il opère suivant la technique de Delbet modifiée.

M. Gruca (de Lwow) apporte une statistique personnelle de 64 cas opérés. Il est partisan de la bifurcation de Lorenz chez l'adulte (13 cas). En tout cas, il se sert toujours des tables orthopédiques, qui facilitent tant l'accès de la hanche.

MARCEL THALHEIMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1929)

La toxicité comparée des sels de bismuth solubles dans l'eau chez le lapin et chez le chien. Rôle de la trémulation ventriculaire dans cette toxicité. — MM. Busquet et Ch. Vischniac. — En injection intra-veineuse, les sels de bismuth solubles dans l'eau sont considérablement plus toxiques chez le chien que chez le lapin. Cette énorme différence de toxicité s'explique par le fait que le cœur de chien trémule sous l'influence du bismuth, tandis que le lapin ne présente ni ce trouble de la coordination cardiaque, ni les troubles digestifs et rénaux qu'elles provoquent.

Fixation de la quinine sur les hématies « in vivo ». — MM. Léon Binet et René Fabre montrent que, lorsqu'on injecte de la quinine à un chien, cet alcaloïde se fixe en partie sur les globules rouges : quarante-huit heures après l'injection l'examen du plasma ne montre plus de présence de quinine alors que les hématies en sont fortement chargées. Les auteurs rapportent des photographies démonstratives, prises en lumière de Wood, des extraits alcaloïdiques préparés avec les hématies et avec le plasma du chien ayant reçu de la quinine.

Sensibilisatrices anti-microbiennes spontanées du sérum de lapin neuf. — MM. J. Davesne et Csanchez ont pratiqué des réactions de fixation avec des sérums de lapins non traités et des antigènes microbiens provenant d'espèces variées (B. perfringens, vibrion septique, B. sporogenes, B. histolytique, B. œdématiens, B. coli, staphylocoque, entérocoque, etc.). Ils ont obtenu un certain nombre de réactions positives, particulièrement avec le B. coli, le staphylocoque et l'entérocoque.

Il est nécessaire de tenir compte de ces sensibilisatrices spontanées dans l'identification des espèces microbiennes par la réaction de fixation. Leur présence permet d'expliquer les résultats contradictoires obtenus par divers auteurs.

Sur la réaction de Jacobsthal. — M. W. Lévy. L'auteur montre que la prétendue supériorité de la réaction de Jacobsthal sur la réaction de Bordet-Wassermann type (au point de vue sensibilité), n'est due, en réalité, qu'à une diminution de la valeur du complexe hémolytique par le passage à la glacière. En définitive, la réaction de Jacobsthal ne présente aucune supériorité sur les techniques de Bordet-Wassermann à complexes hémolytiques convenablement dosés.

Innocuité des fortes doses d'ergostérol irradié. — MM. Lesné et Robert Clément. Contrairement à l'opinion de différents auteurs étrangers, les auteurs ont pu donner à des rats sans inconvénient et sans déterminer de lésions anatomiques appréciables des doses quotidiennes considérables d'ergostérol irradié, jusqu'à 16 milligrammes par jour. Chez une enfant de quinze ans un signe de Chvostek tenace n'a cédé qu'après l'emploi quotidien, fort bien toléré, de 15 à 30 milligrammes pendant trois semaines. Si l'ergostérol irradié dans de bonnes conditions, et de fabrication récente est actif à 2 ou 4 milligrammes par jour, il peut être utile d'augmenter ces doses dans certains cas de spasmophilie chronique.

Activité antirachitique secondaire de certaines algues. — MM. E. Lesné et Robert Clément. La poudre de certaines *algues marines* (laminaria flexicaulis) a un pouvoir antirachitique spontané sur le rachitisme expérimental du rat blanc. A un moindre degré, les *conferves* provenant du griffon de sources sulfureuses chaudes, bien que recueillies dans des endroits très sombres, ont la même propriété. Les radiations solaires ne doivent donc pas avoir la propriété exclusive d'engendrer le facteur antirachitique; le mode d'élaboration dn facteur D est certainement différent dans les végétaux qui prolifèrent au fond des mers.

Y a-t-il une accumulation élective de soufre précédant la kératinisation? — MM. A. Giroux, H. Bulliard et A. Giberton. Le nitroprussiate met en évidence dans le corps muqueux de Malpighi une grande quantité de substances à fonction sulfhydrile qui semblent disparaître dans la couche cornée pour faire place aux substances sulfurées fixes de la kératine. Dans le cas des phanères ces réactions sont beaucoup plus intenses; or, la kératine de ces dernières est beaucoup plus riche en soufre que la kératine de l'épiderme banal. On peut se demander s'il s'agit là d'une accumulation élective de soufre ou bien d'une simple densification des tissus. L'étude des variations du soufre par rapport au phosphore dans divers cas de kératinisation semble indiquer qu'il ne s'agit pas d'une accumulation élective du soufre précédant la kératinisation.

Contribution à l'étude du mécanisme de la floculation dans les mélanges de toxine diphtérique et de sérum antidiphtérique. — M. G. Ramon. Au cours de divers essais qui ont permis d'obtenir des échantillons de toxine diphtérique possédant une valeur très élevée (jusqu'à 20 et 30 unités, antigéniques), l'auteur a constaté, une fois de plus, que la floculation dans les mélanges de filtrat de culture diphtérique et de sérum antidiphtérique est bien le résultat de la réaction mutuelle de l'élément toxine et de l'élément antitoxine. La netteté de cette floculation puise son origine dans la constitution simple au point de vue spécifique du filtrat et du sérum

et dans les propriétés respectives de chacun des éléments en présence : la toxine et l'antitoxine. D'où la précision si grande et si précieuse de la réaction de floculation pour l'appréciation de la valeur de la toxine et pour le dosage de l'antitoxine du sérum antidiphtérique.

A propos de la réaction de floculation dans les mélanges de toxines avec les sérums anticorrespondants. — M. G. RAMON. La floculation qui apparaît dans les mélanges de toxine autres que la toxine diphtérique avec les sérums anticorrespondants est souvent complexe. Cette complexité est due à la présence dans les toxines d'une pluralité de substances pouvant jouer in vivo et in vitro le rôle d'antigènes. Les sérums préparés avec ces toxines contiennent donc une pluralité d'anticorps et lorsque l'on mélange toxine et sérum correspondant on provoque ainsi des réactions plus ou moins nombreuses, chaque antigène pouvant réagir avec son anticorps, d'où dans ces conditions le manque de clarté et de précision de la floculation contrastant avec la précision de la floculation dans les mélanges de toxine diphtérique et de sérum antidiphtérique. Il est possible cependant, en prenant certaines précautions, d'utiliser la floculation pour l'appréciation de la valeur de la toxine et de l'anatoxine tétaniques, par exemple.

Essais d'immunisation de l'homme au moyen d'une anatoxine du streptocoque scarlatineux. — MM. Robert DEBRÉ et G. RAMON (avec la collaboration de Mlle PETOT) ont réussi à préparer deux échantillons B et C d'anatoxine du streptocoque scarlatineux avec lesquels ils ont pu obtenir une immunité telle que la réaction de Dick devienne totalement négative chez 88,37 p. 100 des sujets et totalement ou partiellement négative chez 93,02 p. 100, et cela sans incidents comparables à ceux qui font suite aux injections de toxine du streptocoque scarlatineux. Cependant, avec une toxine incomplètement transformée en anatoxine (par suite d'une proportion insuffisante de formol), des réactions locales et générales plus ou moins fortes ont été notées.

La continuation de ces essais et surtout le contrôle épidémiologique pourront seuls dire si l'immunité ainsi obtenue à peu de frais, et qui se traduit par une réaction de Dick négative, est bien une immunité active spécifique vis-à-vis de la scarlatine et si de plus elle est durable.

Recherches sur le pouvoir précipitant du sérum humain à l'égard du sérum de cheval. — MM. L. NATTAN-LARRIER, GILBERT-DREYFUS et Mme GILBERT-DREYFUS. Le sérum des enfants qui n'ont jamais reçu d'injection de sérum de cheval ne possède aucun pouvoir précipitant à l'égard du sérum équin. L'injection intradermique d'une très faible dose de sérum de cheval est susceptible de provoquer en sept jours l'apparition de précipitine dans le sérum de l'enfant. Au contraire, le sérum des enfants soumis à un traitement antidiphtérique intensif n'acquiert pas de pouvoir précipitant dans un délai de quatorze jours : il n'existe donc pas de relation apparente entre le pouvoir précipitant du sérum et la production des accidents sériques.

Mutation brusque du virus rabique des rues en une variété particulière de virus fixe. — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et R. SCHOEN ont observé un cas de mutation brusque d'une souche de virus rabique des rues, à l'origine riche en corps de Negri, en une variété se rapprochant du virus fixe, quoique assez différente de ce dernier virus. Il résulte de leurs recherches que le passage simultané d'une même souche de virus rabique des rues sur deux lapins a permis la création de deux lignées rabiques, profondément différentes l'une de l'autre. Une de ces lignées s'est comportée comme une souche de virus des rues assez facilement mais progressivement mutable, l'autre comme une variété particulière de virus fixe. Tout porte à croire que, dans ce dernier cas, un phénomène de mutation brusque a présidé à la création de cette nouvelle variété de la microsporidie rabique (*Glugea lyssae*). Le rôle de l'organisme animal dans le déclenchement de ces mutations rapides ou lentes des ultravirus neurotropes nous apparaît comme étant éminemment important. La mutation est la résultante de deux facteurs, à savoir d'une part les aptitudes innées des souches prises en considération, et d'autre part l'organisme animal leur servant de milieu de culture.

Sur l'élimination de certains colorants. — MM. CHAILLEY-BERT, Pierre GIRARD et Edouard PEYRE montrent que pour les colorants à très grosses molécules, comme l'éosinate de césium, le passage par voie biliaire doit nécessairement précéder l'élimination rénale; seuls les colorants à molécules relativement petites s'éliminant directement par les reins. Au fur et à mesure que le poids moléculaire du colorant injecté augmente, la proportion éliminée par le cholédoque augmente également.

Ces faits sont établis sur des expériences in vivo (fistule cholédocienne) et in vitro (ultrafiltration).

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 10 JUIN 1929)

(*Séance à l'occasion des Journées médicales de Paris.*)

Traitement des ulcus gastriques et duodénaux. — M. V. PAUCHET résume les règles du traitement chirurgical de ces deux affections, et en particulier de l'ulcus duodénal hémorragique.

Le traitement chirurgical du prognathisme. — M. DUFOURMENTEL, dans les cas de prognathisme, ampute les deux condyles maxillaires. La section du col est faite au tour électrique, en un point variable selon le degré de prognathisme à corriger. La guérison est obtenue immédiatement. L'opération ne laisse pour ainsi dire pas de trace extérieure et le résultat fonctionnel est parfait.

Les projectiles de la région hilaire du poumon. Technique opératoire. — M. PETIT DE LA VILLÉON opère en deux temps : 1° pneumothorax par insufflation d'azote; 2° huit jours après : thoracotomie postérieure par volet; ouverture du poumon; extraction radio-opératoire du projectile; tamponnement serré enlevé le sixième jour.

Luxation congénitale de la hanche et butée osseuse. — M. R. MASSART communique les observations de deux jeunes filles dont les luxations congénitales de la hanche avaient été négligées pendant l'enfance et qu'il a traitées avec succès en faisant, après réduction non sanglante de la tête fémorale, une butée osseuse. L'opération a été faite il y a dix mois. Bon résultat : marche sans boiterie, sans fatigue et sans douleurs.

Les pseudo-cancers coliques d'origine amibienne. — M. DESJARDINS attire l'attention sur la similitude clinique de l'amibiase colique et du cancer du côlon. Signes presque semblables : tumeur, douleur, amaigrissement, hémorragies et sténose. Mais l'amibiase donne à la radiographie une sténose segmentaire; elle survient presque toujours, mais non toujours, chez un ancien dysentérique; et l'examen des selles montre la présence d'amibes ou de kystes. Le diagnostic entre ces deux affections est important, car en cas de cancer on fera une colectomie, tandis qu'en cas d'amibiase le mal se guérira par un simple traitement médical suffisamment prolongé.

Une observation de maladie exostosante. — M. ROEDERER. Les exostoses ne sont pas seulement localisées au voisinage des cartilages de conjugaison. De nombreuses côtes et les épiphyses des membres sont soufflées. Il existe des zones de récalcification. L'évolution de quelques-unes de ces exos-

toses s'est accompagnée de douleurs et même de tuméfaction. Il ne s'agit pas d'exostoses ostéogéniques multiples, mais bien d'une affection spéciale.

Syndromes d'ictère par rétention et de coliques hépatiques dans la pancréatite chronique. Leur traitement chirurgical. — Pour M. Thévenard, ces syndromes font partie de la symptomatologie de la pancréatite chronique. Joints à d'autres symptômes, en particulier un amaigrissement très rapide et considérable, ils aident à faire le diagnostic de cette affection. Le drainage des voies biliaires agit très utilement sur ces lésions pancréatiques et peut même en amener la guérison vraie par une régression totale des lésions anatomiques. Le procédé opératoire de choix est la cholécysto-duodénostomie.

Résection primitive pour ostéomyélite aiguë du tibia. Régénération osseuse. — M. Trèves communique l'observation d'un garçon de dix ans opéré au huitième jour d'une ostéomyélite aiguë grave du tibia. L'os complètement séquestré et nageant dans le pus fut réséqué en totalité à son tiers supérieur en respectant l'épiphyse. La régénération s'est faite en quelques mois et l'enfant a guéri avec un raccourcissement de 3 centimètres dû à l'atteinte du cartilage par l'infection. Le raccourcissement n'a pas augmenté depuis un an. L'auteur note l'action favorable du propidon associé à l'acte opératoire.

Cas de diagnostic par la broncho-œsophagoscopie. — M. Guisez communique des observations dans lesquelles l'œsophagoscopie et la bronchoscopie ont permis de faire le diagnostic de sténose inflammatoire ou de sténose par compression chez des malades où le diagnostic de cancer avait été porté.

Sur deux cas de tumeur maligne de mamelles axillaires aberrantes. — M. Mornard communique les observations de deux femmes (trente-six et soixante-deux ans) auxquelles il enleva une tumeur axillaire diagnostiquée ganglion tuberculeux dans le premier cas et fibro-adénome dans le second. L'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait de cancer de tissu mammaire, l'auteur proposa l'amputation totale du sein malgré son intégrité clinique. La première malade refusa; le sein est encore normal après trois ans. La seconde accepta; l'examen histologique du sein montra seulement une légère mammite chronique. M. Mornard n'a trouvé aucune observation semblable dans la littérature médicale; il pense que, dans ces cas, il peut être suffisant d'enlever la tumeur en curant l'aisselle et en respectant le sein.

Trois cas d'arthrite du genou traités par la méthode de Robertson-Lavalle. — M. Lamy communique ces trois cas : enfants de trois, six et sept ans opérés depuis deux ans, un an et demi, neuf mois. L'intervention ne paraît pas avoir influencé l'évolution de l'arthrite. L'auteur pense que le greffon n'a pas touché la zone hyperhémiée, condition essentielle d'un succès possible.

Occlusion de l'intestin grêle par diverticule de Meckel. Opération. Guérison. — M. Muller (de Belfort). Homme de dix-huit ans, pris brusquement de douleurs sous-ombilicales et de vomissements avec ballonnement. Opération cinquante-cinq heures après le début. Une anse grêle est étranglée sous un diverticule de Meckel, en forme de « L », et son méso fibreux. Résection du diverticule et suture perpendiculaire à l'intestin. Guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(séance du 31 mai 1929)

Présentation d'une pièce anatomique (Rocher). — MM. L. et R. Dieulafe. Les auteurs présentent une pièce montrant les rapports de la pointe du rocher au sujet d'un cas de diplopie consécutif à une mastoïdite. D'après les rapports anatomiques, les auteurs se demandent si l'atteinte du moteur oculaire externe est due soit à une inflammation du sinus petreux supérieur, soit à une suppuration d'une cellule osseuse de la pointe du rocher, soit encore à une irritation du grand nerf pétreux profond.

Hyperpulsatilité oscillométrique dans un cas de gangrène diabétique. — MM. E. et P. Mériel. A propos d'un cas où on constatait la coexistence d'une gangrène du gros orteil et d'une pulsatilité au Pachon plus accentuée que du côté apparemment sain, les auteurs concluent à une oblitération incomplète du tronc principal du côté sain mais sans gangrène, avec, du côté gangréné, atteinte des petites artérioles terminales, le fait étant en cela conforme aux conclusions de P. P. Ravaut.

Récidive d'une perforation d'ulcère pylorique. Guérison. M. Ducuing. Au sujet d'une récidive de perforation d'ulcère pylorique, Ducuing fait les remarques suivantes :

1° Le malade présentait un tableau de perforation appendiculaire : maximum de signes dans la fosse iliaque droite, irradiations douloureuses vers le testicule et la cuisse, flexion de celle-ci sur le bassin. Ducuing n'a pas vu de symptomatologie aussi basse sur 19 cas de perforations gastro-duodénales opérées par lui. Par contre, il signale que trois fois il vit des douleurs « ascendantes » vers le thorax et le cou comme dans certaines ruptures tubaires.

2° Ducuing fit pour la première perforation une incision iliaque contrairement à son habitude; il dut en faire une seconde, médiane, en constatant son erreur. Même quand on a la certitude d'une perforation appendiculaire, on peut se tromper. L'incision médiane pare à toute éventualité.

3° La récidive de la perforation, rare selon Ducuing, fut conditionnée plus par l'absence complète de régime, post-opératoire que par la nature de la première intervention (aveuglement simple de la brèche),

4° Le mieux est l'ennemi du bien. Il faut proportionner l'opération à la résistance de l'opéré. Ducuing pratiqua la deuxième fois la fermeture de la perforation et une gastro-entérostomie. Le résultat fut excellent, mais le simple aveuglement de la brèche donne souvent de très bons résultats tardifs. Aucune opération n'est bonne cependant si le malade ne se soumet pas au traitement médical post-opératoire.

Embryome kystique du ligament large. — MM. Mériel et Bertrand rapportent une observation typique de kyste dermoïde primitif du ligament large gauche, l'ovaire correspondant étant absolument normal.

La tumeur renfermait des cheveux, du sebum, une prémolaire et un fragment osseux rappelant la corne de l'os hyoïde.

Après avoir signalé la rareté de ces kystes, les auteurs insistent sur la longueur d'évolution ainsi que sur la présence de métrorragies qui conduisirent plusieurs médecins à faire le diagnostic de fibrome, et amenèrent l'un d'entre eux à prescrire des séances de radiothérapie absolument contre-indiquées en pareil cas. A ce sujet, M. le professeur Mériel insiste sur la nécessité d'un diagnostic absolument précis avant de poser l'indication de l'irradiation dans le cas de tumeur pelvienne.

Traumatisme du moignon de l'épaule avec arrachement radiculaire du plexus brachial. — MM. M. Bertrand, P. Mériel et R. Dieulafe rapportent l'observation d'un polyblessé présentant une plaie de cuir chevelu, une fracture ouverte de la rotule gauche et une fracture de la clavicule gauche à l'union du tiers externe et du tiers moyen sans gros déplacement. Quelques jours après l'hospitalisation du malade, on constate une paralysie flasque complète avec anesthésie du membre supérieur gauche. Tout le plexus est intéressé et il existe une réaction de dégénérescence; un syn-

drome de Claude-Bernard Horner typique montre que la lésion doit siéger près de la moelle et est indépendante de la fracture de la clavicule qui, grâce à la position de Coutaud, s'est d'ailleurs consolidée sans déplacement.

Après avoir rappelé la grande rareté des arrachements radiculaires complets du plexus brachial, les auteurs abordant la pathogénie de ces lésions, se rangent à la théorie de Charpy, Duval et Guillain, de l'élongation combinée à la contusion.

Envisageant enfin la question thérapeutique, les auteurs devant le mauvais état général du malade, l'étendue et la gravité des lésions, concluent, dans le cas particulier, à l'abstention chirurgicale.

PRATIQUE MÉDICALE

SYMPATHIQUE ET MENSTRUATION (1),

Par le docteur Chalret du Rieu.

Une médication rationnelle des troubles menstruels doit tenir compte du rôle prépondérant ou accessoire que peut y jouer le sympathique. Celui-ci ne tarde guère à réagir vis-à-vis d'une insuffiance ovarienne ou d'une hyperovarie, mais c'est surtout chez les malades qui présentent ce syndrome si fréquent de la *dysovarie*, avec alternance de l'hyper et de l'hypofonction, que son équilibre se manifeste le plus nettement.

Il peut abouțir à des troubles profonds du caractère et du psychisme, comme à des troubles locaux extrêmement gênants.

Indépendamment des alcaloïdes sympathicothropes, qui peuvent avoir un rôle utile mais toujours temporaire et d'adjuvance, il ne faut jamais négliger la cause endocrinienne profonde et la traiter soit par l'opothérapie frénatrice (sistomensine) ou activante (agomensine) ou complémentaire (androstine).

L'endocrinothérapie utilisant, suivant les cas, l'un ou l'autre de ces principes extractifs, est seule capable de guérir les troubles ou de les amender d'une façon durable.

LIVRES NOUVEAUX

Revision de la doctrine des localisations cérébrales. Unité segmentaire des réflexes [avec une préface du professeur Pierre Marie] (2), par le docteur R. Brugia.

La conception des localisations cérébrales et celle des centres nerveux dont elle n'est qu'un des aspects paraissent avoir, en tant qu'hypothèses de travail, épuisé leur fécondité. C'est à leur critique qu'est consacrée la première partie du remarquable travail du professeur Brugia, l'éminent psychiâtre de Bologne.

Il n'y a pas de centres nerveux, comme déjà l'avait dit Loeb, pas d'empreintes statiques de la réalité emmagasinées dans le cortex. La conception du neurone, telle qu'admise autrefois, est périmée.

En appliquant au système nerveux la conception des vitamines qu'il n'y a aucune raison d'exclure du domaine neurologique, on peut édifier la théorie du neuromyone unifié embryologique et fonctionnelle à la fois. Relativement aisée à reconnaître encore dans certains territoires de l'organisme, elle est, plus difficilement il est vrai mais valablement encore, concevable pour ce qui est de la moelle et surtout de l'encéphale où une sorte de condensation au cours du développement a passablement brouillé la piste. C'est au sein de ces segments neuromyoniques que s'élaborent les réflexes, transmis par la fibrille nerveuse, seul élément proprement fonctionnel. Les cellules nerveuses des divers types semblent n'avoir plus qu'un rôle trophique et un rôle de relais sans aucune fonction directrice. L'auteur étudie à la lumière de cette conception les réflexes simples ou complexes de la vie de nutrition et de relation.

Après une démonstration très fournie de l'inexistence des centres sensitivo-moteurs et psychiques, de ceux du langage et des centres d'inhibition — l'étude de l'aphasie est particulièrement à signaler — il étudie l'application de la théorie segmentaire aux troubles psychosensoriels et montre que sans empiéter sur la psychologie on peut y trouver — et au delà — de quoi remplacer sans désavantage les conceptions anciennes.

Les centres psychiques — dont le siège frontal est de moins en moins vraisemblable — sont, selon l'auteur, une invention inutile.

C'est également par des déclenchements de réflexes et leur évocation en chaîne qu'il est possible d'expliquer attention, réflexion, hallucination. L'épilepsie loin d'être due à des excitations totalisées serait due à la déficience des mécanismes inhibiteurs ce qui ne supprime en rien le rôle des phénomènes endocriniens et anaphylactiques.

Dans un dernier chapitre enfin, l'auteur énonce ses conceptions sur le dynamisme électromagnétique de la pensée. Ce sont là les confins de la physiologie et de la psychologie. S'agit-il d'une véritable explication ou plutôt d'une comparaison?... Quoi qu'il en soit c'est une conception pleine d'intérêt et d'originalité et peut-être une hypothèse de travail féconde.

Une importante bibliographie est jointe à cet exposé fait dans une langue que pourraient envier nombre de nos compatriotes, et qui permet de suivre sans effort le développement de conceptions un peu ardues pour le non-spécialiste mais dont l'intérêt n'est pas douteux.

L. Babonneix.

L'Année psychologique [28e année, 1927] (1), publiée par Henri Piéron, professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur du laboratoire de psychologie de la Sorbonne, co-directeur de l'Institut national d'orientation professionnelle. Secrétaire de la rédaction : Marcel François.

Mémoires originaux. — L'excitation auditive en fonction du temps (P. Kucharski). — La perception des longueurs par la peau (M. Foucault). — Excitation lumineuse intermittente ou alternative (H. Piéron). — Les images consécutives et leur pouvoir hallucinogène (Quercy). — La certitude associative et la psychologie de l'apprentissage (Velinsky). — Température interne et appréciation des durées (M. François). — Précision et cohérence dans les examens par tests (A. Fessard).

Notes et revues. — Le facteur subjectif dans les notes d'examen (H. Laugier et Weinberg). — Le facteur psychologique dans la construction des machines à écrire (J.-M. Lahy). — Les tests de Binet-Simon et la technique moderne (Fr. Baumgarten).

Analyses bibliographiques, par MM. P. Boyer, A. Fessard, M. François, P. Guillaume, P. Kucharski, J.-M. Lahy, G.-H. Luquet, I. Meyerson, H. Piéron, G. Poyer, H. Wallon, Mmes A. Baron-Fessard, Baumgarten-Tramer, M.-H. Piéron et Mlles J. Abramson, M. Lichtenberger, D. Weinberg.

Chronique.

(1) *Bulletin médical* du 6 mars 1929.

(2) Paris, 1929, Masson et Cie.

(1) Deux vol. in-8 de 868 pages. — Prix : ensemble, 110 fr. — Paris, Alcan.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons :

Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.* INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg 0,015). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*

INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine) R. C. Seine, 210.439 B

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement des Amaigrissements, de la Tuberculose et des Asthénies par les cachets de

TRIGANOL VIGIER

Mélange de Poudre de Fenugrec désodorisée et d'extrait hydro-alcoolique de Fenugrec

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

• UROMIL •

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC
DE
L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

L'ulcère duodénal réalise deux types cliniques schématiques :

a. L'ulcère duodéno-pylorique, dont la symptomatologie est très voisine de celle de l'ulcère du pylore et qui siège souvent près de l'orifice.

b. L'ulcère duodénal vrai, à symptômes purs et sans retentissement orificiel, qui siège souvent sur le bulbe duodénal.

C'est surtout ce dernier que nous aurons en vue, car, bien que son diagnostic soit délicat, il est bien individualisé en clinique.

SYMPTOMES

Début. — L'ulcère duodénal vrai a le plus souvent un début vague. Les malades se plaignent de troubles digestifs imprécis pendant un temps assez long.

Parfois une complication brutale vient révéler l'affection.

Plus fréquemment le malade est vu *au cours d'une crise aiguë.*

Les symptômes fonctionnels sont dominants :

La douleur est au premier plan.

Elle est *tardive*, survenant cinq à six heures après le repas, souvent donc nocturne.

Elle siège dans l'épigastre, à droite de la ligne médiane et irradie dans la région sous-hépatique, à la base et même à l'épaule droite.

Son intensité est variable, tantôt sourde, tantôt vive, sensation de brûlure.

Elle est souvent calmée par les aliments mais non modifiée par les alcalins. Elle peut réaliser parfois une « faim douloureuse ».

Des hémorragies sont souvent observées, soit sous forme de melæna, soit hémorragies abondantes de sang rouge avec anémie.

La recherche du sang par les *épreuves de Meyer-Weber* se montre fréquemment positive en période de crise.

Quant *aux vomissements et aux hématémèses*, ils sont très rares.

Les symptômes généraux constatés en période douloureuse sont légers : l'appétit reste normal ; il y a un peu d'amaigrissement et de pâleur.

L'examen physique du malade ne montre que des signes discutables.

On tiendra compte de la *localisation de la douleur* qu'on réveille au bord externe du grand droit à droite, sur une ligne unissant la dixième côte à l'ombilic.

Elle peut s'accompagner de contracture légère.

Mais sa différenciation reste difficile d'avec un point vésiculaire ou pylorique.

Il est donc de première importance de recourir à des *examens complémentaires* pour parfaire le diagnostic.

Examens de laboratoire. — Avant tout la *caractérisation du sang dans les selles* a une grosse valeur, surtout si le sang est retrouvé à plusieurs examens.

Le tubage gastrique ramène un liquide souvent hyperchlorhydrique, mais il peut être normal. On n'y trouve *jamais de sang.*

Le tubage duodénal montrerait un suc duodénal sanglant et permettrait d'éliminer la lithiase vésiculaire.

Mais c'est surtout l'examen radiologique qui constitue le temps capital de l'examen.

Examen radiologique. — Il peut donner les signes les plus constants, mais ils restent souvent très difficiles à mettre en évidence. Il faut s'aider de radiographies instantanées prises en série.

a. Signes gastriques :

Estomac petit,
Hyperkinétique,
Hyperpéristaltique,

d'où évacuation accélérée, vitesse excessive du transit.

Ces signes de valeur contestable peuvent être isolés. (Syndrome de Barcklay.)

b. Signes directs. — Ils sont inconstants à cette époque, car ce sont surtout des signes de périduodénite. On recherchera cependant :

Des déformations du contour du bulbe : surtout encoche de la grande courbure (bord inférieur), plus rarement niche de la petite courbure. L'association des deux signes acquiert une valeur capitale.

Ces signes sont surtout visibles sur les *films instantanés en série.* Leur *constance au même point à des examens successifs* avec un aspect identique constitue un renseignement capital.

Enfin, la *localisation de la douleur* à l'écran reste souvent le seul signe. Le point douloureux doit être fixe dans le temps et l'espace et répondre au contour duodénal.

ÉVOLUTION

L'évolution de l'ulcère duodénal se fait par crises séparées par de longues accalmies.

En dehors des crises, le malade ne souffre pas, son état général redevient normal, le sang disparaît dans les selles. C'est une guérison apparente qui peut se prolonger pendant des mois.

Cependant des *complications brutales* peuvent survenir :

1. *Hémorragies* : Soit répétées et anémiantes ;
Soit profuses, parfois foudroyantes.

2. *Perforation* : elle est fréquente.

En péritoine libre le plus souvent, dont le pronostic est fonction de la précocité de l'intervention. Elle peut être révélatrice de la maladie.

Parfois dans des adhérences elle sera à l'origine d'un *abcès sous-phrénique.*

Ces complications sont souvent rattachées à une poussée infectieuse au niveau de l'ulcère. Celle-ci expliquerait la polynucléose sanguine des ulcéreux et indiquerait la vaccinothérapie.

Les complications subaiguës et chroniques sont nombreuses. Nous citerons :

— *La périduodénite* qui conditionne parfois un véritable stade d'*ulcère invétéré.*

La douleur est continue avec paroxysmes. L'état général s'altère progressivement.

L'examen montre une tumeur épigastrique et sous-hépatique, tumeur sensible, fixée, de contours diffus.

La radioscopie surtout montre des déformations bulbaires : niche ou encoche, *diverticule sacciforme* rarement observé avant cette période, déformations du bulbe qui est coraliforme ou en croix de Malte. Elle peut également montrer dans quelques cas une *sténose duodénale* qui évolue avec l'aspect d'une sténose pylorique et se traduit radiologiquement par de l'hyperpéristaltisme gastrique avec dilatation du bulbe. La sténose duodénale aboutirait à l'atonie gastrique.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

PRESCRIRE

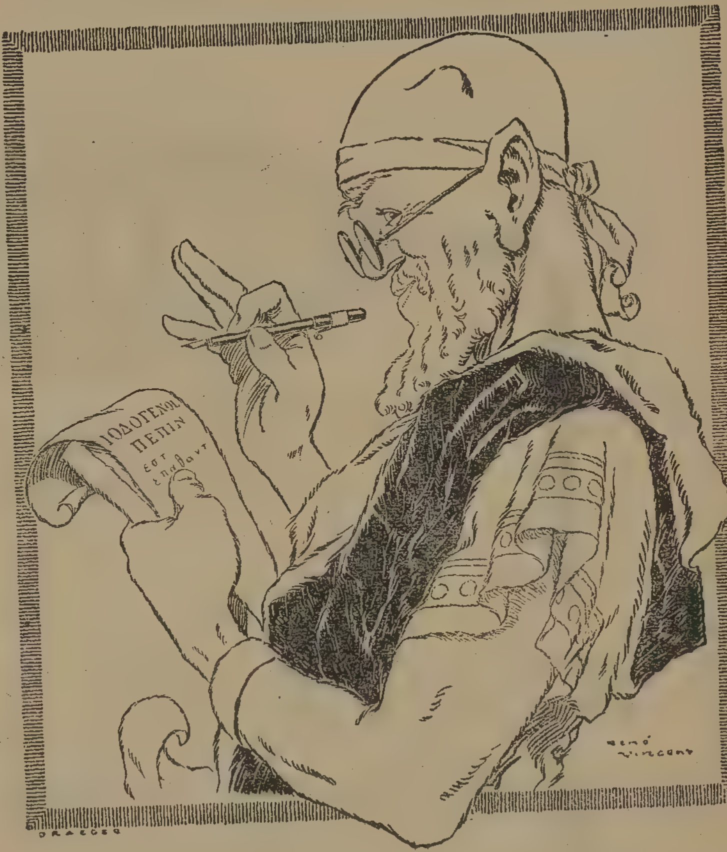
Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour
Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS
Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIᵉ

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

ERANOL

Iode libre en Suspension aqueuse, colloïdale, isotonique.

Enfants : V gouttes par année d'âge et par jour
Adultes : XL à C gouttes par jour.

Dans les *Affections de l'Enfance* (lymphatisme, rachitisme, accidents de croissance, végétations adénoïdes, etc.) **L'ERANOL**

excite le tissu lymphoïde, détermine une hyperleucocytose persistante, active la genèse des macrophages, aide l'organisme défaillant à pourvoir aux frais d'une immunisation durable et de développement rapide.

Dans les *Tuberculoses Torpides* (ganglionnaire, pulmonaire, fibreuse, prébacillose) **L'ERANOL**

liquéfie les exsudats visqueux du poumon, facilite l'hématose, supprime la dyspnée, développe la mononucléose, relève l'état général, résout l'adénite, favorise la défense de l'organisme.

Dans l'*Hypertension Artérielle* **L'ERANOL**

détermine la transsudation de la lymphe à travers la paroi des vaisseaux, abaisse la pression sanguine, régularise la circulation, diminue le travail du cœur.

Dans le *Rhumatisme chronique* **L'ERANOL**

puissamment résolutif, fait rétrocéder les douleurs articulaires et péri-articulaires, diminue le gonflement et favorise la disparition des attitudes vicieuses.

ERANOL

Échantillons sur demande

45, Rue de l'Échiquier
PARIS (Xe)

N° 68. — SAMEDI 24 AOUT 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 24 AOUT 1929. — N° 68.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Lauréats du concours de fin d'année (année scolaire 1928-1929) :

Médecine. — Première année : deuxième prix, *ex-æquo*, MM. Fabre, Haïmovici et Haïm ; première mention, Mlle Cantin et M. Guérin; deuxième mention, M. Lazare.

Deuxième année : première mention, M. Sivan.

Troisième année : deuxième prix, M. Bruno.

— Poitiers. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira, le 6 février 1930, devant la Faculté de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MARINE. — Par décision ministérielle en date du 13 août 1929, les élèves du Service de santé de la marine dont les noms suivent qui ont obtenu leur diplôme de docteur en médecine, ont été nommés aux emplois ci-après :

Médecins de 3e classe auxiliaire. — MM. Chabrillat, Dot Duval et Taillard.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Raimond Sabouraud (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Joseph Belot, François de Chiara, Julien Dartigues, Duclaux, Henri Judet et F.-M. Klippel (de Paris), Payenneville (de Rouen), Léon Pous (de Perpignan).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Pierre Adeline (de Lisieux), M.-L. Antony (de Paris), Henri Baudoin (de Charleville), Louis Berthier (de Roanne), V. Chanson (de Paris), Henri Charlot (de Boen-sur-Lignon, Eugène Choquard (de Pleurs), J.-E.-A. Comte (de Paris), Croste (de Bayonne), Henri Forestier (d'Aix-les-Bains), Ch. Guedeney (d'Alise-Sainte-Reine), Gaston Lacaze (de Neuilly-sur-Seine), Paul Lafosse (de Saint-Mandé), Lecène (du Havre), Mortagne (de Merlerault), Nordmann (de Colmar), Picheral (de Nîmes), Rabeau (de Paris), Roux (de Nice), Rosanoff (de Vichy), Talandier (de Mauriac), Tauflieb (de Giromagny), Tournant (de Compiègne), Vannier (de Paris), Vicq (de Longumeau), Wœhling dit Wehlin (de Clamart) et M. Puthomme, chef du laboratoire central de radiographie à la Salpêtrière.

Ministère des Pensions. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Farrugia (de Tunis), P.-A. Petit et Jean Saltas (de Paris).

LE MONTANT DES PRIX NOBEL. — Le montant des prix Nobel en 1929 s'élèvera à 1.200.000 fr. en raison de la levée des droits fiscaux consentie par le gouvernement suédois.

XVe PRIX RIBERI (1928-1934). — L'Académie royale de médecine de Turin ouvre un concours pour le XVe prix Riberi de 20.000 lires. Pourront concourir tous les travaux de médecine édités depuis 1927 en langue italienne, latine, française, anglaise et allemande.

Le concours sera terminé le 31 décembre 1929. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général M. le professeur L. Bobbio, à l'Académie royale de médecine de Turin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Soulaine (de Saint-Nazaire); Eug. Dewez (de Mons), Vict. Devos (d'Houdeng-Gœgnies), Paul Fabry, assistant de bactériologie à l'Université de Liége, Joseph Godart (de Bruxelles) et Woolatt, décédé à Saint-Brolarde (Ille-et-Vilaine), au cours d'un accident d'automobile.

HÔPITAL BROUSSAIS. — Dans le service de M. le docteur Ch. Laubry, un cours complémentaire sur les maladies du

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche.
Insuffisance ventriculaire droite.
Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

cœur et des vaisseaux, cours organisé par l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, aura lieu du lundi 7 octobre au samedi 19 octobre 1929. Ce cours se fera sous la direction de M. Ch. Laubry, avec le concours de MM. Daniel Routier, Jean Walser, assistants de la consultation de cardiologie; G. Marchal, médecin de la consultation de l'hôpital Broussais; L. Deglaude, chef de laboratoire d'électrocardiographique; J. Moussoir, R. Castéran, M. Poumailloux, P. Thiroloix, internes et anciens internes du service.

Programme du cours. — Lundi 7 octobre : 10 h., leçon clinique, M. Ch. Laubry; 11 h., considérations générales sur la sémiologie cardiaque, M. Laubry; 15 h., les méthodes graphiques, M. Routier;

Mardi 8 octobre : 9 h. 30, consultation clinique, M. Routier; 11 h., algies, palpitations, M. Castéran; 15 h., notions pratiques d'électrocardiographie, M. Deglaude;

Mercredi 9 octobre : 10 h., leçon clinique, M. Laubry; 11 h., angine de poitrine, M. Walser; 15 h., mesure de la tension artérielle, M. Castéran;

Jeudi 10 octobre : 10 h., consultation clinique, M. Laubry; 15 h., interprétation de tracés électrocardiographiques (avec projections), M. Walser.

Vendredi 11 octobre : 10 h., radiologie clinique; 11 h., les dyspnées, M. Thiroloix; 15 h., électrocardiographique, M. Walser.

Samedi 12 octobre : 9 h. 30, consultation clinique, M. Walser; 11 h., la syncope, M. Marchal;

Lundi 14 octobre : 10 h., leçon clinique; 11 h., radiologie cardiaque, M. Routier; 15 h., les cyanoses, M. Poumailloux;

Mardi 15 octobre : 9 h. 30, consultation clinique, M. Routier; 11 h., les signes généraux des cardiaques, M. Moussoir; 15 h., radiologie cardiaque, M. Routier;

Mercredi 16 octobre : 10 h., leçon clinique; 11 h., inspection, palpation, percussion, M. Laubry; 15 h., radiologie cardiaque, M. Routier;

Jeudi 17 octobre : 10 h., consultation clinique, M. Laubry; 15 h., hypertension, M. Moussoir;

Vendredi 18 octobre : 10 h., radiologie clinique; 11 h., bruit de galop, M. Routier; hypotension, M. Laubry.

Samedi 19 octobre : 9 h. 30, consultation clinique, M. Walser; 11 h., diagnostic des souffles cardiaques.

Le prix d'inscription est fixé à 150 fr. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser à M. Thiroloix, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs, qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demaude, recevoir à la fin du cours un diplôme.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Mélik et Bureau, chefs de clinique, commencera le lundi 9 septembre à 2 h. et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 16 septembre 1929, à 14 h. et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours sera fait en liaison avec le cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale infantile et orthopédique, sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, cours qui aura lieu du 16 septembre au 2 octobre 1929, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de l'insomnie (1), par le docteur PERGET.

Il est absolument nécessaire, en matière d'insomnie, d'en connaître les causes, et celles-ci une fois connues, d'instituer le traitement étiologique. C'est le cas, par exemple, dans toutes les insomnies symptomatiques; dans les insomnies secondaires à la douleur, le pantopon, la morphine, l'héroïne, l'allonal ont leurs applications, agissant contre l'algie et indirectement contre l'agrypnie; dans l'insomnie des différentes psychoses, les bromures, le sédobrol, les valerianés, les cratægus, le somnifène; le laudanum sont des adjuvants excellents à divers titres; dans l'insomnie légère et dans l'insomnie des anxieux, l'auteur donne la préférence au sédormid; ce nouveau sédatif hypnogène n'est pas un barbiturique : c'est l'allylisoprophylacétylcarbamide. De nombreuses expérimentations physiologiques et cliniques ont démontré que le sédormid est un sédatif doux, constant dans ses effets, absolument inoffensif pour le cœur et pour les reins. Sa destruction rapide dans l'organisme est garante de l'absence d'effets cumulatifs, et chez tous les malades auxquels on l'a administré, on a constaté sa non toxicité aux doses thérapeutiques.

En résumé, le retour au sommeil normal et la sédation de l'angoisse sont de règle chez tous les malades traités par le sédormid, et l'auteur a pu conclure que cet hypnotique doux, bien toléré et possédant une maniabilité très grande, peut et doit rendre, dans la pratique médicale, de très précieux services, car il semble parfaitement réaliser le meilleur médicament des petits insomniaques et des petits anxieux; de même, il semble devoir être, chez tous les vieillards, chez les femmes, chez tous les pusillanimes, un excellent sédatif sans inconvénients.

Les guérisseurs mystiques. Étude psycho-pathologique et médico-légale (2), par le docteur Maurice IGERT.

Parmi les individus qui exercent illégalement la médecine l'auteur fait une place à part à un groupe particulier : les guérisseurs mystiques.

Le guérisseur exprime le mysticisme collectif.

Les guérisseurs mystiques peuvent être divisés en deux catégories : les guérisseurs débiles et les guérisseurs intelligents.

Les premiers sont des déséquilibrés, suggestibles et mythomanes. Les seconds s'apparentent aux mystiques passionnés.

Les caractères spéciaux des guérisseurs mystiques imposent une conduite médico-légale particulière.

L'examen mental doit être systématiquement pratiqué chez les guérisseurs débiles.

Les poursuites intentées contre les guérisseurs mystiques sont difficiles et discutables.

La repression, si elle est décidée, doit être énergique.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

(1) *Th. de Paris*, 1928.
(2) *Th. de Toulouse*, 1928. — Imprimerie J. Fournier.

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %)' attaque les associations microbiennes

Boites de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

les plus assimilables
des médicaments phosphorés

sont :

LA PHYTINE

et ses dérivés :

LE PHYTINATE DE QUININE
LA FERROPHYTINE
LE FORTOSSAN

dont la vogue ne cesse de croître en raison de leurs résultats toujours satisfaisants.

Ces groupements organiques éminemment aptes aux synthèses DE L'ÊTRE VIVANT justifient de plus en plus que ce n'est que par leur découverte qu'a été résolu le problème de la médication phosphorée rationnelle

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS :	GRANULÉ :	COMPRIMÉS :	POUDRE :
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Phytinate de quinine	Fortossan

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

257

REVUE GÉNÉRALE

GRENOUILLETTE SUBLINGUALE COMMUNE

Par Ch. RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Définition. — Les anciens auteurs désignaient sous le nom de grenouillette toutes les tumeurs du plancher de la bouche. Les auteurs modernes réservent cette dénomination aux seules tumeurs kystiques.

Les recherches et les travaux de Neumann, Sultan, Imbert et Jeanbreau, de Cunéo et Veau ont encore restreint la compréhension du terme grenouillette, en le limitant aux kystes congénitaux mucoïdes du plancher de la bouche.

Nous éliminons tout de suite les *grenouillettes des nouveau-nés*, extrêmement rares, dues en général à une oblitération congénitale de l'ostium ombilicale avec rétrodilatation du canal de Wharton. La simple incision de la tumeur suffit à la faire disparaître définitivement.

Nous aurons donc en vue la *grenouillette sublinguale commune.*

Alors que la clinique de la grenouillette est fruste et son diagnostic évident, son étude anatomo-pathologique est d'un intérêt majeur, riche en conséquences pratiques puisqu'elle permet de comprendre les difficultés opératoires et d'y parer.

Anatomie pathologique. — I. **Anatomie macroscopique.** — *a*. Contenant. *L'étude macroscopique de la grenouillette nous apprend que la poche kystique est mince, qu'elle adhère souvent aux organes de la région et qu'elle émet des prolongements multiples.*

Les conséquences s'en déduisent aussitôt. La *poche kystique étant très mince* se trouve très facilement déchirée. On risque alors de s'égarer dans les tissus voisins, *car le plan de clivage est aisément perdu* par suite des *adhérences* de la grenouillette avec les organes contigus (canal de Waithon, nerf lingual, vaisseaux de la langue).

L'*extension de la grenouillette* est un second facteur à envisager.

La grenouillette évolue, en effet, dans l'espace sublingual constitué par du tissu cellulaire lâche qu'elle refoule. Elle finit ainsi par en épouser la forme et par posséder des prolongements multiples.

Située au-dessus du mylohyoïdien, elle repousse le canal de Warthon en dedans, la glande sublinguale en bas et en dehors. Ensuite, elle peut franchir la ligne médiane et se prolonger en arrière dans la région sous-maxillaire en s'insinuant entre le mylohyoïdien et l'hyoglosse.

Non seulement ces prolongements rendent l'intervention plus laborieuse et plus complexe, mais ils expliquent la fréquence des récidives; un fragment de la poche pouvant être involontairement abandonné.

b. Contenu. — La grenouillette renferme un liquide clair, muqueux, parfois hématique, *filant comme du blanc d'œuf.* Ce liquide contient en suspension quelques cellules épithéliales. Il est riche en albumine et en mucine. On n'y trouve ni ferment ni sulfocyanure. *Il n'a donc aucun des caractères chimiques de la salive.*

Si l'étude macroscopique de la grenouillette est utile du point de vue pratique et chirurgical, l'anatomie microscopique a son intérêt doctrinal, pathogénique.

II. **Anatomie microscopique.** — *a*. Épithélium. — Ce qui frappe en lisant les coupes des parois kystiques, *c'est le polymorphisme et la fragilité de l'épithélium.* On le trouve formé, soit par une couche unique de cellules cylindriques, soit par une couche de cellules à cils vibratils, soit le plus habituellement par plusieurs couches de cellules polyédriques dont le protoplasma subit la dégénérescence muqueuse.

Ce polymorphisme peut-il servir à expliquer l'origine de la grenouillette? Nous ne le pensons pas, étant donné la potentialité des cellules de la muqueuse du plancher buccal. Il suffit, en effet, de se rappeler sommairement l'évolution histogénique de cette muqueuse pour se rendre compte combien ces cellules modifient leur forme au cours du développement embryonnaire.

Pendant le premier mois de la vie intra-utérine, la couche cellulaire est unique. A la fin du premier mois, les cellules se multiplient et le revêtement prend les caractères d'un épithélium polyédrique stratifié embryonnaire. Au cours du deuxième mois, cet épithélium présente des phénomènes de dégénérescence muqueuse. Pendant le troisième mois, les cellules superficielles deviennent prismatiques et se couvrent de cils vibratils. Ces dernières cellules disparaissent progressivement et sont remplacées par des cellules pavimenteuses.

A noter que, dans un certain nombre de cas, on ne retrouve pas de revêtement épithélial; ce fait a donné lieu à des déductions pathogéniqnes sur lesquelles nous reviendrons.

b. Tissu conjonctif. — L'assise conjonctive présente une épaisseur variable. Dans certains cas, elle est formée par du tissu conjonctif adulte nettement distinct du revêtement épithélial.

Dans d'autres cas, elle est constituée par une couche de tissu conjonctif embryonnaire, et il est alors malaisé de préciser les limites de cette couche avec celle de l'épithélium.

Enfin, des fibres musculaires peuvent exister au milieu de ce tissu conjonctif.

Pathogénie. — Eliminons de suite la théorie de la rétention salivaire par oblitération du canal de Warthon, car celui-ci est toujours perméable et le liquide de la grenouillette n'est nullement comparable à de la salive.

Ceci fait, les très nombreuses hypothèses émises sur la genèse de la grenouillette peuvent se répartir en deux groupes. Dans le premier, seront placées les théories qui rattachent les grenouillettes *à la transformation pathologique d'un organe de la région.* Dans le second, celles qui la font naître *de la prolifération d'une inclusion embryonnaire.*

1° D'après la première théorie, on peut incriminer successivement la dégénérescence :

a. de la bourse de Fleischmann;
b. de la glande de Blandin;
c. de la glande sublinguale;
d. du tissu cellulaire de la région sublinguale.

a. Nous ne nous attarderons pas sur la transformation de la *bourse séreuse de Fleischmann,* dont l'existence a été niée par beaucoup d'auteurs. Rien histologiquement ne permet de rapprocher la grenouillette de la dégénérescence d'une bourse séreuse.

b. Selon Recklinghausen, Sonnenbourg, Cornil et Ranvier, la grenouillette naîtrait de la *glande de Blandin,* parce qu'ils avaient remarqué la présence de fibres musculaires dans les parois de la grenouillette et la prolongation possible de celle-ci vers la pointe de la langue. Cette conception est certainement fausse, car la grenouillette siège dans la région sublinguale et non pas à la face inférieure de la langue.

En outre, la présence des fibres musculaires dans les parois de la grenouillette n'a pas de valeur topographique puisqu'il existe dans le plancher de la bouche des fibres du génioglosse (Suzanne).

c. La grenouillette aurait-elle donc comme point de départ *la glande sublinguale? Mais comment expliquer la transformation de cette glande en kyste?* Eliminons l'idée de Montade qui faisait de la grenouillette un épithélioma kystique, pour arriver à la *conception d'une inflammation atténuée provoquant de la sclérose.*

Selon Suzanne, cette sclérose serait péri-acineuse, frappant d'atrophie les éléments glandulaires qui subissent ainsi que le tissu conjonctif une *dégénérescence muqueuse.*

Lecène reprend cette opinion « Les grenouillettes sont des pseudo-kystes analogues aux pseudo-kystes du pancréas, développés aux dépens des glandes sublinguales, à la suite d'une infection légère de celle-ci avec auto-digestion des acinis glandulaires? »

Pour von Hippel, *la sclérose se produirait autour des canaux excréteurs et un kyste en résulterait par rétention.* Mais la pathologie des glandes salivaires nous apprend que la sclérose des canaux provoque l'atrophie de la glande et non sa dégénérescence kystique. D'ailleurs, une étude plus attentive des faits montre que chez les porteurs de grenouillette, la glande sublinguale est complètement refoulée et conserve son intégrité.

2° Devant l'insuffisance des théories précédentes, Imbert et Jeanbrau, puis Cunéo et Veau, se sont ralliés à l'hypothèse d'une dysembryoplasie, c'est-à-dire du réveil et de la prolifération d'une inclusion embryonnaire. Cunéo et Veau écrivent à ce propos :

« Lorsqu'on examine une coupe frontale de l'extrémité céphalique d'un embryon de 30 à 36 millimètres, on voit que le plancher de la bouche est creusé de deux sillons, l'un interne l'autre externe, tous deux parallèles à la mâchoire inférieure. Ces sillons ont une existence transitoire mais disparaissent par coalescence de leurs deux lèvres; la disparition n'est pas complète, le fond du sillon interne persiste et forme le canal de Wharton; de même l'accolement des deux lèvres du sillon externe, ménage une série de cryptes qui sont l'origine des évaginations qui formeront la glande sublinguale. Nous pensons que la grenouillette se développe aux dépens des débris épithéliaux qui restent inclus dans la profondeur lors de la fermeture du sillon externe. La formation de la grenouillette rentrerait dans la formule pathogénique générale de la plupart des kystes dermoïdes et mucoïdes. »

Pour Neumann et Sultan, les grenouillettes à revêtement épithélial cilié naîtraient probablement des restes embryonnaires des prolongements antérieurs et transitoires du tractus thyréo-glosse de Bochdalek.

Rémy-Néris vient de donner de l'embryologie et de la pathologie du tractus hyréoglosse une remarquable mise au point. Il en ressort que les kystes de ce tractus sont rares dans cette région. Ils sont alors médians, plus profondément inclus et la présence d'amas thyroïdiens plus ou moins différenciés dans leur paroi est la signature de leur origine.

3° Cottalorda a repris récemment l'étude pathogénique de la grenouillette en s'appuyant sur les travaux d'Imbert et Jeanbrau, de Vialleton et sur ses propres recherches. Ayant remarqué qu'un certain nombre de grenouillettes ne possédaient pas de revêtement épithélial, il établit une discrimination entre les grenouillettes avec ou sans épithélium.

a. *Les grenouillettes à revêtement épithélial* peuvent naître de la prolifération anormale des reliquats du canal de Bochdalek, de la fimbria ou sous langue de Gegenbaur, ou du sillon paralingual externe, mais ce dernier sillon a été discuté (Guibé) et Vialleton a montré que les fentes brachiales n'avaient que peu d'importance dans le développement du cou, dont la partie antérieure est formée par une lame dite prépéricardique.

b. *La grenouillette commune*, pour Cottalorda, *n'a pas de revêtement épithélial.* Sa paroi est formée par une couche de tissu conjonctif embryonnaire dont les cellules subissent une dégénérence vacuolaire, puis muqueuse. C'est cette dégénérescence qui est à l'origine de la grenouillette, et Cottalorda conclut « La grenouillette sublinguale commune est une tumeur congénitale pseudo-kystique dépourvue d'épithélium sécréteur de revêtement et qui, indépendante des fonctions glandulaires voisines résulte de la fonte du tissu conjonctif embryonnaire de la région sublinguale ».

En résumé, il semble que la grenouillette ne naisse pas aux dépens d'un organe de la région, réserve faite de la dégénérescence muqueuse du tissu cellulaire sublingual. La théorie la plus admise paraît être celle de l'origine dysembryoplasique de la grenouillette, bien qu'on soit encore mal fixé sur le point de départ de l'inclusion.

Symptômes. — Le début est, en général, insidieux et c'est par hasard que le malade s'aperçoit de sa tumeur.

Celle-ci est nettement circonscrite. Elle est située dans les parties latérales du plancher buccal. Quelquefois elle empiète sur la ligne médiane et dans ce cas, le frein de la langue imprime un sillon sur sa partie antérieure.

Elle est arrondie, d'un blanc-bleuâtre, transparente, d'un volume variable de celui d'un œuf de pigeon à un œuf de poule.

Après avoir fixé la région sous-maxillaire en la soutenant extérieurement, on peut facilement constater *que la tumeur est fluctuante ou tout au moins rénitente.*

La ponction permet de retirer le liquide dont nous avons déjà décrit les caractères, mais elle doit être pratiquée avec une aiguille de gros calibre car le liquide est épais.

Le cathétérisme du canal de Warthon montre sa perméabilité.

La grenouillette ne se revèle par aucun signe subjectif. Exceptionnellement, elle devient assez volumineuse pour refouler la langue en haut et en arrière et gêner la parole et la déglutition.

Evolution. — α. *La tumeur peut très rarement se rompre*, ce qui ne constitue pas un mode de guérison car rapidement, la solution de continuité se referme et le liquide se reproduit.

β. *Elle peut également s'infecter*; il se produit alors une transformation séro-purulente du liquide kystique plutôt qu'une transformation purulente vraie, Cette infection en cavité close ne s'accompagne pas, en général, de réaction locale ni de retentissement ganglionnaire.

γ. *Il arrive exceptionnellement que la grenouillette augmente de volume et devienne douloureuse. C'est la grenouillette aiguë* dont la pathogénie a été discutée.

Dans un cas semblable, le professeur Sebileau a constaté une ulcération du canal de Wharton qui le faisait communiquer avec la grenouillette et il a dû faire l'exclusion du canal.

C'est de la même manière que M. F. Lemaître explique la production de la grenouillette aiguë, ainsi qu'il a pu le vérifier au cours d'une intervention.

Diagnostic. — Il n'offre de difficulté qu'avec les autres kystes du plancher de la bouche.

1. Le *kyste du tractus thyréoglosse*, à revêtement épithélial cilié, siégeant à la base de la langue est une rareté clinique dont nous avons déjà donné les caractères distinctifs.

2. Les *kystes dermoïdes du plancher de la bouche*, sont plus fréquents, mais ils sont le plus habituellement médians. Ils évoluent tantôt vers le cou, tantôt vers la bouche, ou vers les deux à la fois.

Lorsqu'ils sont sublinguaux, ils présentent parfois une fluctuation évidente, mais donnent, le plus souvent, une *sensation de mollesse* comme si la tumeur était remplie d'une *substance de consistance pâteuse.* Un signe très important lorsqu'il existe est l'empreinte persistante que produit la pression du doigt. Rarement la coloration jaunâtre du contenu du kyste transparaît. Enfin, ce kyste dermoïde adhère très souvent au maxillaire inférieur alors qu'il conserve toute sa liberté par rapport aux plans voisins.

Traitement. — *Le traitement rationnel de la grenouillette est son extirpation complète.* — C'est la seule opération qui puisse mettre le patient à l'abri des récidives. On conçoit l'insuffisance des injections modificatrices, de l'incision simple et des procédés autoplastiques. Mais si l'intervention logique, l'exérèse de la grenouillette, n'est pas systématiquement pratiquée, si d'autres techniques ont été proposées, c'est que sa réalisation se heurte aux difficultés que nous avons déjà signalées et sur lesquelles F. Lemaître insiste dans son enseignement : minceur de la poche, difficulté de suivre le plan de clivage et existence de prolongements multiples.

L'*opération est laborieuse* du fait que la poche est facilement déchirée et que l'on s'égare vite dans le tissu cellulaire voisin.

Elle peut provoquer des hémorragies car les vaisseaux de cette région cheminent au milieu de fibres musculaires étroitement intriquées et ne sont liés qu'avec difficulté.

D'autre part, on *hésite toujours à ouvrir trop largement et dans des régions déclives le tissu cellulaire de la région sublinguale par crainte d'infection postopératoire.*

Enfin l'existence de prolongements multiples explique assez que l'on ne soit jamais sûr d'une exérèse complète.

De ce qui précède, il semble qu'il ne faille tenter l'extirpation de la grenouillette que dans les cas où elle n'est pas très volumineuse, sinon il est préférable de recourir à la marsupialisation avec destruction de la poche par des agents chimiques.

En fin de compte, on se trouve en présence de deux techniques opératoires : l'exérèse et la marsupialisation.

a. Exérèse. — Cette exérèse peut être faite après incision de la muqueuse en décollant à la spatule toute la poche kystique. Cette façon de procéder est d'une pratique très difficile et la rupture de la poche se produit presqu'immanquablement étant donné sa minceur.

C'est pour cela que M. Lemaître excise le plafond de la grenouillette, la vide délibèrement de son contenu et décolle ensuite à la spatule la poche kystique.

b. Marsupialisation. — La destruction de la poche par des agents chimiques comme le nitrate d'argent et le chlorure de zinc n'est possible qu'après marsupialisation, car l'incision simple est suivie d'une cicatrisation trop rapide.

Aussi le professeur Sebileau pratique-t-il le traitement de la grenouillette par la marsupialisation. Le professeur Lecène est aussi du même avis. Il écrit « il ne faut pas s'acharner à vouloir enlever la totalité d'une grenouillette, il faut la marsupialiser très largement, après excision de toute la partie saillante sous-muqueuse de la grenouillette ».

L'exposé de ce traitement, ainsi qu'une bonne monographie de la question, sera retrouvé dans l'excellente thèse de Goldman.

On incise de la muqueuse qui recouvre la grenouillette; on dissèque celle-ci sur une étendue aussi considérable que possible. On excise la partie disséquée de la poche. Les lèvres de la plaie muqueuse sont alors suturées aux lèvres de la poche

kystique qui subsiste, par quelques points de catgut et l'on cautérise le fond de la grenouillette ainsi marsupialisée avec une solution de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent au 1/10.

Nous pouvons donc, pratiquement, conclure ainsi :

1. L'*exérèse* de la poche doit être tentée pour les *kystes de petit volume*; mais, si au cours de l'intervention, on constate l'existence de prolongements trop étendus, il est préférable de les cautériser par des attouchements au nitrate d'argent (1/10).

2. *Dans les poches qui paraissent trop volumineuses*, il vaut mieux chercher à détruire la poche kystique par cautérisation au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent plutôt que de tenter de faire l'ablation totale de la poche. Le procédé de marsupialisation paraît être alors la technique de choix.

BIBLIOGRAPHIE

CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique*, Paris 1903, p. 246.
P. TILLAUX. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1874, t. III, p. 319.
SUZANNE. Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique de la grenouillette sublinguale commune, *Th. de Bordeaux*, 1887.
CUNÉO et VEAU. Pathogénie de la grenouillette sublinguale commune, *Presse méd.*, nov. 1902.
MORESTIN. Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne, *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 529.
COTTALORDA. Contribution à l'étude de la pathogénie de la grenouillette sublinguale, *Ann. d'anat. path.*, juillet 1924 (avec bibliographie complète de la question).
BONNET ROY. Note sur le traitement de la grenouillette sublinguale, *Paris méd.*, 4 sept. 1920.
FELIZET. Opération radicale de la grenouillette. Hydrotomie, *Bull. de la Soc. de chir*,, 1881, p. 663.
IMBERT et JEANBREAU. Sur la pathogénie de la grenouillette commune, *Bull. de la Soc. anat.*, 1901, p. 286.
KIRMISSON. La grenouillette et ses diverses variétés, *La Clinique*, 27 oct. 1911.
LEGUAY. Contribution à l'étude de la grenouillette sublinguale, *Th. de Paris*, 1912.
LENORMANT. *Précis de pathologie chirurgicale*, Masson.
SÉBILEAU. Grenouillette suppurée, *Revue de stomatologie*, Paris 1903, p. 463.
GOLDMAN. Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sublinguale par la marsupialisation, *Th. de Paris*, 1922, Arnette.
LECÈNE et LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale*.
RÉMY-NÉRIS. *Le Tractus thyréoglosse*, un vol., Doin 1929.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 MAI 1929)

A propos des scolioses paralytiques. — M. RŒDERER signale, à l'occasion d'un cas très accentué, que le soutien est indispensable dans les scolioses de cette nature qui fournissent les déformations les plus graves. A la fin de la croissance les greffes pourraient rendre des services si les déformations osseuses secondaires ne s'opposent pas à un redressement.

Il faut savoir qu'à l'autre extrémité de l'échelle de gravité, il existe beaucoup de scolioses, séquelles de paralysie infantile larvée. Leur pronostic est tout différent de la scoliose essentielle avec qui on les confond souvent.

M. RŒDERER signale une **brûlure par passage du courant électrique domestique** à travers des raies de métal d'un pull-over en jersey lamé. Il s'agit d'un cas de brûlure assez grave de l'avant-bras par fonte du métal tressé, la femme ayant passé le coude sur un allumeur électrique. L'auteur se demande si dans des circonstances défavorables (sel humide, passage à travers une zone vitale), il n'y aurait pas parfois danger plus grave?

Revitalisation par sympathicectomie chimique des organes sexuels. — M. Victor PAUCHET. La destruction chirurgicale des filets sympathiques à l'aide d'un simple badigeonnage au phénol (méthode de Deppler) stimule tout le système endocrinien et rajeunit les sujets. Il relève, chez eux, le tonus général, ramène la joie de vivre, permet de récupérer de la force et du poids. Il peut être utilisé sans aucun inconvénient et avec avantage dans tous les cas où le chirurgien a une raison quelconque d'opérer dans le voisinage des organes sexuels : rétroversion, appendicite chronique, section de brides, hystéropexie, hernie, hydrocèle, varicocèle, etc... Cette opération ne dispense pas d'avoir recours à l'endocrinothérapie par injections ou ingestion. Ces deux méthodes se prêtent un mutuel appui et donnent au thérapeute des résultats intéressants.

L'électrolyse médicamenteuse. — M. FOVEAU DE COURMELLES. La pénétration électro-cutanée, tentée dès le XVIIIe siècle, est devenue l'ionisation aujourd'hui consacrée, et réglant par le courant continu surtout, la pénétration dans le corps humain de toutes substances actives.

A quel âge convient-il de donner de la viande aux enfants sains et sous quelle forme pour commencer? — M. Pierre ROBIN conclut que les troubles dus au régime carné prématuré étant le fait d'une carence masticatrice et salivaire, il est indispensable d'apprendre à mastiquer aux enfants comme on leur apprend à marcher, après s'être assuré qu'ils ont des arcades dentaires bien engrénées et qu'ils ne respirent pas par la bouche. Les respirateurs par la bouche ne pouvant jamais ni mastiquer ni insaliver convenablement.

Statistique des traitements d'infections staphylococciques. — M. Louis DESTOUCHES fournit une statistique des traitements d'infections staphylococciques par le moyen des antivirus de Besredka et indique les avantages de cette méthode.

La vaccination locale de l'intestin par instillations duodénales. — M. BÉCART, dans les cas de colite droite s'accompagnant de stase très marquée avec colisation du grêle impliquant l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale et l'envahissement du grêle par les bactéries du côlon, préconise de réaliser la vaccination locale de l'intestin par l'instillation duodénale.

Il utilise le tube d'Einhorn et instille goutte à goutte au niveau du duodénum des quantités importantes de bouillon-vaccin (500 centimètres cubes à un litre).

Il insiste sur la double action de ce mode de traitement : mécanique d'une part, par le drainage qu'il entraîne; biologique, d'autre part, du fait qu'il réalise la cicatrisation en masse de la muqueuse intestinale.

Ce traitement permet ensuite d'obtenir des résultats plus rapides avec la vaccination par voie buccale entreprise secondairement.

(SÉANCE DU 25 MAI 1929)

Humorisme et organicisme. — M. P. GALLOIS reconnaît que depuis une trentaine d'années, la médecine abandonne l'étude des lésions des organes pour s'adonner à celle des altérations humorales, mais il considère qu'il ne faut pas

parler à ce sujet d'une renaissance de l'humorisme et du déclin de l'organicisme. Les recherches humorales modernes ne sont pas si exclusives, elles n'annulent ni l'anatomie, ni l'histologie pathologiques pas plus que la bactériologie ou la parasitologie. Elles s'y ajoutent et les complètent. Il n'y a pas à opposer un humorisme à un organicisme. La distinction est importante à faire, parce qu'à l'étranger, on prétend baser toute la médecine sur les altérations humorales en dénigrant les recherches anatomiques antérieures. Les médecins français qui ont été les promoteurs de ces études nouvelles avec Brown-Séquart, C. Richet et Widal, font preuve de plus d'esprit scientifique en se tenant scrupuleusement sur le terrain des faits.

Ablation rapide d'une tumeur thyroïdienne chez une femme en état d'apnée. — M. Victor Pauchet. Cancer thyroïdien, asphyxie complète, opération d'urgence consistant à enlever en quelques minutes la thyroïde cancéreuse. Cette opération fut possible grâce à ce qu'on injecta de l'oxygène sous la peau. Cet oxygène dans les tissus suffit à entretenir la vie pendant quelques minutes. La tumeur fut extraite, la respiration artificielle ramena la vie. La malade mourut de syncope le lendemain.

Sérofloculation à la résorcine et sédimentation dans les tuberculoses. — M. Tilmant répondant à la communication de M. Hinault du 27 avril, fait remarquer que les objections présentées ne le sont qu'au point de vue des réactions considérées individuellement, mais qu'il a insisté surtout sur la liaison entre les réactions de floculation, de fixation du complément et de la sédimentation.

Bases biochimiques de la diététique dans l'albuminurie et l'azotémie. — M. L. Lematte désire poser le problème avec précision. L'albuminurie doit être constatée à plusieurs jours d'intervalle. On doit vérifier si elle est ou non accompagnée de cellules rénales ou de bactéries. Il est indispensable d'instituer des épreuves pour préciser la perméabilité du rein au NaCl. L'azotémie sera étudiée. L'auteur appelle l'attention sur le danger que peuvent faire courir au malade les oxydes métalliques qui accompagnent l'azote dans les aliments très minéralisés. On devra prescrire ceux riches en potasse et pauvres en sodium.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 10 MAI 1929)

Sarcome lympho-myéloblastique du pied d'origine vraisemblablement périostique. Métastases craniennes précoces. Evolution en quelques semaines. — MM. Massabuau, A. Guibal et Cabanac.

Trochantérite aiguë; réaction de voisinage dans l'articulation coxo-fémorale; importante raideur consécutive. — MM. Massabuau, A. Guibal et Mlle M. Soulas.

Un nouveau cas de fièvre ondulante rapidement guéri par la gonacrine. — M. Janbon a obtenu en quelques jours la guérison définitive d'un cas de fièvre de Malte par des injections intraveineuses de solution de gonacrine à 2 p. 100. La thérapeutique a été instituée une quinzaine de jours après le début de l'infection. Elle ne s'est accompagnée d'aucun phénomène réactionnel grave (dose maxima injectée : 50 centigrammes pour un poids de 60 kilog.). L'auteur note la récupération très rapide après la chute thermique du poids initial et l'augmentation considérable du taux limite de l'agglutination : 1/150 avant le traitement, au delà de 1/2000 après guérison.

(SÉANCE DU 17 MAI 1929)

Les périviscérites digestives. — M. Pages. Les périviscérites digestives, considérées schématiquement, peuvent se traduire par un syndrome algique, un syndrome dyspeptique ou un syndrome mixte. Aucune de ces expressions cliniques n'a de physionomie spéciale capable de fixer sur son origine réelle et c'est à la radiologie qu'on demande la solution du problème. Cependant l'étude de l'état mental paraît avoir une valeur diagnostique de premier ordre; la coexistence de troubles psychiques imprimant une teinte psycho-neurasthénique aux troubles digestifs doit faire soupçonner, sinon affirmer l'existence d'une périviscérite mixte; à plus forte raison une psychasténie hypocondriaque d'allure primitive peut être considérée, en l'absence de signes encéphalitiques ou d'hypertension cranienne, comme une forme psychique de périviscérite.

Un syndrome hypocondriaque doit faire surseoir à toute thérapeutique chirurgicale que ne commanderaient pas des nécessités immédiates.

Etiologiquement la tuberculose a un rôle de premier plan, soit seule, soit associée à la syphilis, au paludisme. La typhoïde est fréquente dans les antécédents des sujets; mais il semble qu'à côté d'infections éberthiennes vraies, il s'agisse souvent de typho-bacillose. La forme psycho-neurasthénique de la tuberculose isolée par Janowski paraît à l'auteur se constituer par le mécanisme de la périviscérite. L'helminthiase aurait peut-être une valeur étiologique. Au regard de l'ensemble de ces causes médicales les causes chirurgicales (ulcus, appendicite, etc...) semblent intervenir avec une fréquence moindre.

Les périviscérites du point de vue chirurgical. — M. G. Roux.

Les périviscérites digestives. Présentation de quelques faits cliniques et radiologiques. Leur thérapeutique médicale. — M. J. Baumel présente une douzaine d'observations cliniques et radiologiques de périviscérites digestives. Le diagnostic ne peut être mis en doute puisque dans tous les cas il a été vérifié opératoirement. Il ne s'agit donc point de vues théoriques.

Parmi les divers clichés rapportés, quelques-uns ont trait à des périviscérites localisées à point de départ droit, gastrique vésiculaire ou appendiculaire.

Une observation a trait à une périviscérite gauche, sigmoïdite syphilitique avec fistule vésico-intestinale dont la nature a été révélée grâce à une biopsie pratiquée par l'auteur au cours d'une rectoscopie.

D'autres études ont trait à des périviscérites généralisées primitives, ou secondaires à une périviscérite localisée. Parmi les périviscérites secondaires, quelques-unes ont évolué à la suite d'une intervention chirurgicale bien que l'acte opératoire lui-même ait été conduit de façon parfaite. Ces périviscérites postopératoires peuvent être subdivisées en périviscérites évolutives dont le processus d'extension ne peut être enrayé, et périviscérites non évolutives, mais plus ou moins généralisées contre lesquelles un traitement médical et parfois, à froid, une lyse chirurgicale peuvent donner d'excellents résultats.

A signaler parmi les clichés présentés par l'auteur, une radiographie d'intestin obtenue après lavement et qui prise en station debout, a permis de porter le diagnostic de périviscérite abdominale généralisée à cause des images en tuyaux d'orgue et des poches hydro-aériques, communicantes formées par le gros intestin.

J. Baumel insiste sur le fait que toute périviscérite qui n'a pas fait sa preuve, est d'origine tuberculeuse, bien que souvent la signature anatomique manque. Cette affirmation a

d'ailleurs été souvent confirmée par les anamenestiques ou l'évolution.

Le régime à instituer est d'abord un régime d'exclusion.

Dans le cas où quelques troubles fonctionnels dominent, on lui substituera :

Le régime des sténoses.

Le régime des constipés.

Le régime des diarrhéiques qui diffère suivant qu'il s'agit d'une diarrhée de fermentation ou de putréfaction.

Au point de vue médicamenteux, il faut traiter les troubles fonctionnels, s'il s'agit d'un spasme, la belladone et l'atropine sont indiquées avec en plus une médication laxative ou constipante suivant les cas.

Les algies sont calmées par la diathermie, quelquefois par certains médicaments anti-névralgiques.

L'état général profondément déficient dans quelques cas réclamera, en plus de la diathermie et la polyradiothérapie (infrarouges, ultraviolets, rayons X) les injections d'éther benzyl cinnamique, la vie au grand air, l'héliothérapie.

Certaines stations thermales pourront même être conseillées, Plombières, La Bourboule, Divonne, suivant qu'il s'agit d'obtenir un effet sédatif, reconstituant ou qu'il faudra calmer le système nerveux, souvent très ébranlé de certains de ces malades.

(SÉANCE DU 24 MAI 1929)

Un cas d'absence congénitale du vagin, de l'utérus et des trompes. Ovaires adultes ectopiques scléro-kystiques. — MM. MARCHAND et H.-L. GUIBERT.

Deux cas de pseudo-méningite grippale. — M. G. RICHAUD rappelle à ce sujet le polymorphisme des manifestations méningées grippales ; la difficulté de différencier cliniquement la pseudo, de la vraie méningite microbienne. Il insiste sur la bénignité relative de ces réactions méningées aseptiques grippales, malgré un tableau méningitique des plus inquiétants.

Dans ces pseudo-méningites séreuses, les réactions du liquide céphalo-rachidien se rapprochent singulièrement des réactions observées dans la tuberculose méningée, ce qui rend le diagnostic plus délicat encore.

Epithélioma mucoïde du rectum avec généralisation péritonéales. Présentation de pièces. — MM. VEDEL, J. VIDAL, L. GONDARD et H.-L. GUIBERT.

Hernie sous-ombilicale étranglée. — MM. ESTOR et P. LONJON ont observé un cas de hernie sous-ombilicale étranglée. Il s'agissait d'une femme de cinquante-cinq ans entrée en occlusion depuis sept jours, présentant une dilatation de l'abdomen du côté gauche, et à droite une tuméfaction siégeant à 1 centimètre de la ligne médiane et à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'intervention pratiquée sous rachi s'adressa d'abord à cette tuméfaction para-médiane droite qui était bien une hernie étranglée avec anse perforée qui nécessita une résection intestinale de 15 centimètres.

A propos de ce cas, les auteurs attirent l'attention sur les hernies de la ligne blanche, qui bien que peu fréquentes, existent et sont souvent étranglées. Donc y penser si l'on veut intervenir assez précocement.

(SÉANCE DU 31 MAI 1929)

Méningite bacillaire. Emphysème sous-cutané généralisé terminal. — MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et RATIE.

Comitialité et héméralopie héréditaires. — MM. VIALLEFONT et FAYOT ont eu l'occasion d'observer un sujet atteint d'héméralopie et de comitialité héréditaires. Ils signalent l'intérêt de la transformation au cours des générations d'une héméralopie par rétinite pigmentaire en héméralopie sans lésion du fond d'œil. La syphilis leur paraît, dans ce cas, conditionner à la fois la comitialité et l'héméralopie. Il y aurait lieu, d'après eux, de chercher systématiquement l'héméralopie chez les comitiaux.

Observations histologiques sur le cancer des végétaux. — M. J. MOTTE.

Corps étranger traumatique du genou. — MM. V. RICHE et FAYOT présentent l'observation d'un corps étranger traumatique du genou, qui fut extrait par l'arthrotomie interne. L'opération permit de constater qu'il s'était détaché de la partie centrale de la face postérieure de la rotule.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette origine et sur la difficulté d'en expliquer la pathogénie.

Œdème charbonneux malin. — M. ESTOR a observé un cas d'œdème charbonneux malin d'évolution rapide ayant successivement intéressé la moitié droite puis la totalité de la face et du cou avec tendance à l'envahissement du thorax.

Ce malade soumis à la sérothérapie anticharbonneuse à hautes doses (210 centimètres cubes en quatre jours) est actuellement guéri.

A propos de ce cas, l'auteur rappelle l'inefficacité des traitements chirurgicaux locaux en pareille matière et insiste sur la nécessité de s'adresser rapidement à la sérothérapie spécifique. A défaut de sérum, le novarsénobenzol intraveinenx donne lui aussi de nombreux succès thérapeutiques.

Enfin des tentatives de traitement par les cultures de pyocyanique ne sont pas encore entrées dans la pratique courante en médecine humaine.

(SÉANCE DU 7 JUIN 1929)

Métabolisme basal en clinique. — MM. L. HEDON et L. GONDARD. Après quelques considérations sur la signification physiologique du métabolisme basal, les auteurs décrivent, brièvement les diverses techniques actuellement en usage pour sa mesure. Ils présentent la technique et les appareils dont ils se servent eux-mêmes, donnent les raisons de leur préférence pour la pièce buccale et le pince-nez, le spiromètre de Tissot et l'eudiomètre de Haldane. Après avoir indiqué le degré de précision que permet d'atteindre un tel appareillage, ils donnent un aperçu rapide des altérations du métabolisme basal dans les troubles endocriniens et les maladies de la nutrition.

SOCIÉTÉ MÉDICALE-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1929)

L'hypertension artérielle permanente idiopathique. — M. BRELET. Après avoir rappelé les travaux de Ferranini sur l'angio-hypotonie constitutionnelle, de Lian et Blondel sur l'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique, de Dumas sur l'insuffisance tensionnelle, M. Brelet relate plusieurs cas d'hypotension artérielle idiopathique, en insistant sur ceux dans lesquels l'hypotendu ne ressent aucun malaise et peut mener une vie très active.

Rupture utérine au cours de l'accouchement. Hystérectomie douze heures après l'accident. Guérison. (*Présentation de la pièce.*) — M. GROSSE. Rupture utérine produite au cours d'un accouchement dystocique, chez une multipare, avec tentatives infructueuses de forceps au détroit supérieur dans un bassin rétréci et extraction par version, par manœuvres internes d'un enfant mort de gros volume.

La malade est examinée douze heures après l'accident par le docteur Grosse qui constate une rupture utérine. Enorme

brèche intéressant à la fois le dôme vaginal, le col et l'utérus du côté gauche. Hystérectomie. Mickulicz. Guérison.

Pièce. — L'utérus a été enlevé avec les annexes. L'utérus est déchiré sur toute la longueur de son bord gauche, depuis le col jusqu'à l'insertion des annexes. L'hystérectomie a été sub-totale à droite où la section a porté sur le col, totale à gauche (côté déchiré) où la partie gauche du col a été enlevé avec l'utérus, la section ayant porté au-dessous de lui, sur le vagin également déchiré. Trompes et ovaires normaux. L'ovaire gauche portait le corps jaune gravidique.

Trois cas de chancres mous des doigts. — M. le professeur G. Bureau et M. Baron. Il s'agit de trois malades entrés dans le service, présentant des chancres mous génitaux et porteurs en même temps d'une plaie ulcéreuse du doigt de même nature.

Le diagnostic de l'affection a été fait par l'intra-dermo-réaction au Dmelcos. Chez deux de ces malades, la guérison des chancres génitaux et des doigts s'est fait rapidement sous l'influence du traitement par les injections intra-veineuse de Dmelcos. Chez le troisième, la lésion du doigt a été beaucoup plus sérieuse, a pris l'allure d'un panaris qui a nécessité l'amputation de la phalangette et n'a cédé complètement qu'à une deuxième série d'injections de Dmelcos.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE DE MAI 1929)

Un cas de fièvre typhoïde avec pleurésie séro-fibrineuse contractée accidentellement. — M. P. Antonin. Cette fièvre typhoïde survenue à la suite d'une chute dans une eau polluée ne se révéla que par une hémorragie intestinale au trentième jour, et fut contrôlée par un séro-positif à l'Eberth.

Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse au cours d'une éberthémie. — MM. Gaujoux, J. Brahic et P. Ciaudo. Ce malade qui se présentait comme un pleurétique à gros épanchement aigu, offrait un séro-diagnostic positif à l'Eberth, dans le sang et le liquide pleural. A la défervescence, inoculation du liquide pleural au cobaye positive et bacille de Koch dans les crachats.

Eberthémie et syndrome anémique. — MM. Gaujoux, Ed. Giraud et Ciaudo. Il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde ayant débuté par une hémoptysie, s'accompagnant d'un syndrome anémique intense avec peu de signes propres de dothiénentérie. Hémoculture positive au vingt-sixième jour.

Cirrhose de Hanot. — MM. Jean Olmer et Gallian. Il s'agit d'un cas de cirrhose de Hanot récente (deux mois), dont l'évolution a été brusquement interrompue par l'apparition d'un double foyer pneumonique qui a déclanché un ictère grave terminal.

Fibrome de l'utérus diagnostique par injection intra-utérine de lipiodol. — M. G. Cousin. L'injection qui a permis de constater l'allongement de la cavité utérine a permis en outre de porter un diagnostic exact dans un cas particulièrement difficile vérifié à l'intervention.

L'oléothorax doit-il supplanter le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Billon. L'injection d'huile de paraffine goménolée dans la plèvre à la place de gaz est sans doute plus difficile comme intervention, mais elle supprime les inconvénients de résorption plus rapide. La difficulté est compensée très largement par les résultats obtenus.

Gangrène pulmonaire guérie par la sérothérapie massive et le pneumothorax. — MM. Gaujoux et J. Brahic.

Appendicite à gauche par inversion totale des viscères. — M. Garcin.

Ulcération cancéreuse de la langue avec adénopathies de voisinage tuberculeuses. — MM. Bremond, Rouslacroix et Bonnet. L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire, en revanche le ganglion est massivement et uniquement infecté de tuberculose folliculaire à évolution caséeuse. Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer toujours l'examen des ganglions supposés cancéreux.

Quelques cas de rhumatisme articulaire aigu avec localisation cardiaque traités par le vaccin de Bertrand. — MM. Ed. Giraud et J. Brahic relatent les observations de trois cas de rhumatisme articulaire aigu franc avec localisation cardiaque, traitées par le vaccin de Bertrand (bacille d'Achalme). Cette thérapeutique a amené en trois jours la sédation des douleurs et en cinq jours l'apyrexie.

Métastase néoplasique au niveau de VI, VII et VIII. Syndrome de Brown-Séquard. — MM. Ed. Giraud et Ciaudo. La tumeur originelle était un cancer du sein opéré un an auparavant.

Cirrhose amibienne avec ascite hémorragique terminale. — MM. Gaston, Jean Olmer et Amedeo.

Erythème noueux avec fièvre pseudo-palustre. — M. Jean Olmer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929

Doctorat d'État. — 59. Abbal. — A propos du traitement des algies cancéreuses.

32. Albenois. — Le syndrome ictus laryngé.

42. Arnoux. — De l'influence du pneumothorax thérapeutique sur la séro-floculation.

68. Artières. — Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique.

1. Aubert. — La forme somnolente prolongée de la névraxite épidémique.

55. Banet. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de l'omoplate.

12. Barbusse. — L'incision transversale de Piéri dans le traitement chirurgical des syndromes biliaires et pyloriques.

8. Batlle. — Contribution à l'étude du traitement de la paralysie infantile totale du membre inférieur par la méthode de Putti.

41. Beau. — Contribution à l'étude des pancréatites hémorragiques.

20. Beille. — Accidents hypoglycémiques chez des diabétiques graves traités par l'insuline.

43. Bessieux. — Contribution à l'étude de l'appendicectomie (250 appendicectomies consécutives sans enfouissement du moignon).

72. Blanc. — La rachi-anesthésie dans le traitement de l'iléus paralytique post-opératoire.

34. Blanchard. — De quelques applications cliniques de la méthode pléthysmographique. (Etude de la réplétion veineuse par un procédé indirect).

71. Bonnafé. — Contribution à l'étude du traitement de la rupture tubaire.

56. Bourguet (Mlle). — De l'emploi thérapeutique des eaux de La Bourboule (Choussy) en injections intratissulaires et en particulier de leur action désensibilisatrice.

36. Bravinsky. — Discussion sur un cas d'encéphalite algo-myoclonique.

73. Buisson. — Etude sur les phlegmons du médiastin.

49. Caire. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des tumeurs bénignes intra-gastriques.

29. Calvet (Mlle). — Considérations générales sur la tuberculose suivies d'une contribution à l'étude du vaccin d'A. Vaudremer dans le traitement des syndromes tuberculeux dits chirurgicaux.

53. Carrière. — Considérations sur une épidémie de variole dans l'Hérault (janvier-mars 1927).

25. Castets. — L'acrodynie.

61. Chabini. — Contribution à l'étude du traitement du trachome par l'huile de chaulmoogra.

66. Ciaudo. — Dysembryoplasie rénale mésenchymateuse pure et tumeurs mixtes du rein.

19. Clément. — Etudes des vomissements incoercibles de la grossesse. Valeur pronostique de la réserve alcaline.

45. Coste. — Traitement des myopies fortes par la suppression du cristallin transparent.

14. Davéo. — Consultations de la prophylaxie prénatale. Le traitement de la syphilis à la clinique obstétricale de Marseille.

38. Destours. — Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales par le pyoformine.

57. Dor. — Kystes hydatiques du foie perforés dans l'intestin.

10. Dourel. — Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites gravidiques par les médications biologiques.

62. Dumas. — Etude clinique et radiologique d'un cas de maladie ostéogénique.

9. Emperaire. — La curiethérapie du cancer de la prostate par l'aiguillage périnéal après découverte chirurgicale.

27. Favier. — Contribution à l'étude de la désaxation congénitale de la hanche. (A propos de deux cas nouveaux.)

39. Fayot. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire.

3. Ferry. — Contribution à l'administration de la digitaline par voie intraveineuse.

26. Fraleu. — Contribution à l'étude de la luxation du semi-lunaire.

35. Ganet. — Contribution à l'étude de la sympathectomie péri-artérielle dans les retards de consolidation des fractures.

40. Gaspérini. — Contribution à l'étude des parotidites au cours de la fièvre typhoïde.

16. Gaunet. — Contribution à l'étude du traitement local de l'urétrite gonococcique aiguë simple par l'association balsamique Niaouli-Santal.

33. Gayraud (Mlle). — Contribution à l'étude des rapports de l'hérédo-syphilis avec toutes les formes du rachitisme.

70. Gory. — La hernie diaphragmatique d'origine non traumatique.

7. Grenier. — L'antigène méthylique dans les tuberculoses externes. Considérations cliniques et thérapeutiques.

64. Grether. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire.

65. Harant. — Les hirudinées. (Essai de zoologie médicale et de parasitologie comparée.)

60. Henriet. — L'azotémie post-opératoire. Revue générale. Etude statistique.

21. Hugues. — La recherche en clinique de la mucine dans le liquide céphalo-rachidien.

44. Imbert. — La chromoptométrie.

67. Lamouroux. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis. Sa tolérance chez les tuberculeux.

17. Le Hénaff. — Contribution relative à l'étude de certaines modifications humorales et chimiques du sérum de la femme enceinte.

22. Lumbroso. — Des syndromes épileptiques au cours de l'encéphalite épidémique.

28. Magoux. — De l'influence de la rachi-analgésie sur la pratique de la version par manœuvres internes.

23. Maire. — De la ligature de l'artère iliaque primitive comme premier temps de la désarticulation de la hanche.

31. Marion. — Essais de vaccinothérapie antistaphylococcique par la méthode du docteur Fisch.

47. Mathieu. — Les troubles gastriques dans le diabète.

46. Merle. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie. La phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

48. Metzger. — L'érythrocyanose sus-malléolaire.

54. Morin. — Importance de l'étude des réflexes végétatifs au cours de la cure de Bagnoles-de-l'Orne.

5. Moulinié. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et thérapeutique des anévrismes artério-veineux traumatiques.

52. Papon. — Contribution à l'étude des psycho-encéphalites.

6. Parès. — Contribution à l'étude du corps jaune et son rôle dans le diagnostic gynécologique au cours de l'intervention.

50. Perrier. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la scaphoïdite du torse chez les enfants.

51. Plasse. — Recherches sur l'utilité de la cystostomie dans les opérations de fistules vésico-vaginales. Essai d'abaissement de la vessie ouverte vers la vulve.

74. Quintaret. — La peste à Marseille et les étapes successives de sa prophylaxie maritime.

2. Rimbaud. — Contribution à l'étude du traitement des pneumopathies aiguës. La sérothérapie spécifique par voie intraveineuse.

63. Robert (Mlle). — Contribution à l'étude de la guanidinémie.

18. Roman. — Etude d'un cas particulier de fracture marginale du cotyle avec luxation coxo-fémorale.

24. Roubieu. — Un cas de kyste osseux essentiel. Considérations cliniques et thérapeutiques.

4. Roux. — L'ophtalmie sympathique consécutive à l'opération de la cataracte.

11. Sanguy. — Contribution à l'étude clinique des ruptures utérines au cours de l'accouchement.

30. Serriès. — Contribution à l'étude du virus filtrant tuberculeux.

58. Terrier. — Contribution à l'étude du sulfate de cuivre en thérapeutique.

13. Timon-David. — Essai sur les diptères piqueurs de Provence.

15. Trivas. — Recherches physio-pathologiques sur les acides aminés du sérum sanguin.

69. Trombetta (Mlle). — De l'hypothrepsie et de son traitement par les rayons ultraviolets et par l'ergostérine irradiée.

37. Zuccoli. — Débilité rénale et néphrites chez les hérédo-syphilitiques.

Doctorat d'Université. — 7. Agnarez. — Le traitement de la tuberculose tibio-tarsienne chez l'enfant. 28 résultats éloignés.

5. Cantilo. — La migraine ophtalmique. Etude clinique. Son mécanisme. Ses causes. Son traitement.

6. Cappoyannis. — La lumière de Wood en dermatologie.

3. Chachniuk (Mlle). — Encéphalite vaccinale.

4. Davidovitch. — Contribution à l'étude anatomo-clinique de la granulomatose maligne (maladie de Hodgkin-Paltauf-Sternberg).

9. Petrowa (Mlle). — Contribution à l'étude des uretères doubles.

8. Ratsimamanga. — Contribution à l'étude psycho-pathologique du mobile du suicide dans la paralysie générale.

1. Weinberg. — A propos des fistules urétro-périnéales. Diagnostic et traitement.

2. Zaidman. — Insuline et chirurgie. (Ablation d'un goitre volumineux chez une diabétique.)

ÉLIXIR VIRENQUE

Pepsine - Diastase - Cocaïne

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Digestif des aliments azotés et respiratoires

TONIQUE SPÉCIFIQUE DE L'ESTOMAC

DOSE : Un verre à liqueur à la fin des deux principaux repas

R. C. 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, — PARIS

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE GUILLAUMIN

VANADARSINE GOUTTES

Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE *injectable* EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

ANDROCRINOL

contient l'hormone orchitique

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS XVIIe

---

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

LIVRES NOUVEAUX

Précis de physico-chimie, biologique et médicale (1), par André DOGNON, professeur à la Faculté de Paris. Préface du professeur A. STHROL.

Pour la première fois, un livre de physico-chimie biologique prend place dans une collection de « Précis médicaux »; de ce fait, un enseignement dont l'importance s'affirme de jour en jour, se trouve mis à la portée des biologistes, des étudiants et des médecins.

Un physicien répugnant à s'aventurer sur le terrain mouvant des applications biologiques, où la probabilité tient lieu de démonstration et où de simples analogies se substituent souvent aux formules, eût risqué en écrivant ce livre de ne pas satisfaire la légitime curiosité de ses lecteurs qui recherchent quels profits ils peuvent tirer de la physico-chimie.

Un médecin, au contraire, poussé par la nature même de sa formation scientifique et les obligations de ses travaux ordinaires à se contenter d'une explication partielle des phénomènes, eût été peu porté à les rattacher aux principes solidement établis et à en donner une exposition cordonnée.

Il fallait la double éducation physique et physiologique de l'auteur pour mener à bien ce travail.

Franchement orienté vers les applications biologiques et médicales, ce précis montre combien les acquisitions modernes de la physico-chimie ont puissamment contribué à l'intelligence du fonctionnement des organismes vivants.

L'intérêt de cet ouvrage se trouve encore accru du fait que l'auteur fait un choix parmi tant de problèmes divers, qu'il insiste délibérément sur certains sujets spécialement intéressants soit par leur portée théorique, soit par leurs conséquences pratiques. Dans ce même esprit, il guide le lecteur en signalant au passage les insuffisances ou les faiblesses des interprétations proposées.

L. G.

Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique basé sur de nouvelles recherches cliniques et expérimentales (2), par le docteur C. M. DESVERNINE (de La Havane.

Un premier mémoire rapproche les faits de guérison spontanée de tuberculose pulmonaire chronique, des cas de guérison que l'on observe après un traitement à peine commencé et qui semblent dus à ce qu'une influence minime suffit à compléter un état d'immunité déjà presque suffisant. L'auteur montre que l'immunité locale encore mal connue, bien plus qu'une immunité générale, mal connue elle aussi, est l'explication qui semble la plus exacte.

Les succès du pneumothorax sont chose courante actuellement. L'auteur étudie plusieurs observations inconciliables avec l'hypothèse cependant classique de l'heureuse action de l'immobilisation pulmonaire. Dans bien des cas, on peut constater au contraire que l'action de celle-ci est loin d'être favorable. A son avis, c'est encore un état d'immunité locale qui entre en jeu.

L'auteur étudiant la réaction au pneumothorax sélectif émet l'opinion qu'ici encore intervient un état réfractaire local développé sous l'influence du pneumothorax local excitant les parties saines du poumon; le système neuro-végétatif interviendrait dans la production de cet état. Vue nouvelle que l'auteur étaye non seulement par le raisonnement, mais par la critique de plusieurs observations des plus intéressantes.

Un second mémoire, continuation des travaux en cours depuis de nombreuses années, montre que l'immunité générale a aussi son importance. L'auteur étudie un certain nombre de cas traité par un sérum de sa préparation, obtenue par des lysats de bacilles non modifiées par aucune culture et extraits de crachats virulents. Il s'agit donc d'une variété nouvelle, et qui semble des plus dignes d'attention, de pyothérapie.

Des cas plus nombreux et un certain recul sont indispensables pour porter sur cette méthode un jugement définitif. Il semble cependant, dans l'impuissance où nous sommes encore contre le bacille de Koch qu'on ne saurait prêter trop d'atten- à des faits troublants.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume de 310 pages avec 63 figures, Collection de Précis médicaux. — Broché, 30 fr.; cartonné toile, 36 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Paris, Arnette, 1928.

Dentisterie opératoire. Carie dentaire et pyorrhée (1), par par J. LUBETZKI, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, chargé de cours de dentisterie opératoire.

La collection Godon, devenue la bibliothèque du chirurgien-dentiste, sous la direction de MM. Frey et Villain, vient de s'enrichir d'un nouveau volume. *La dentisterie opératoire*, de Godon et Lemière, était depuis de nombreuses années, épuisée en librairie et une refonte de cet ouvrage s'imposait. C'est à M. Lubetzi, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris et chargé du cours de dentisterie opératoire qu'est revenu l'honneur de préparer cet important travail.

Condenser la dentisterie opératoire d'aujourd'hui dans des volumes si petits que ceux de la collection Godon n'est pas chose facile. M. Lubetzki y a cependant réussi, mais en faisant grossir quelque peu le volume, qui dépasse 500 pages et... en ne traitant que la moitié des sujets entrepris puisque nous trouvons seulement là une étude de la carie et de la pyorrhée. D'autres questions telles que la préparation des cavités et des procédés divers d'obturations devant faire l'objet d'un autre travail de l'auteur.

Parcourons rapidement les divers chapitres : M. Lubetzki envisage successivement : l'installation du cabinet; la stérilisation, l'asepsie, la prophylaxie buccale; l'examen buccal et la rédaction de l'observation clinique sont longuement et clairement exposés, puis le nettoyage des dents, la protection du champ opératoire, l'écartement des dents, etc.

De nombreux chapitres sont consacrés à la carie : généralités, classification des altérations dentaires, hyperesthésie dentaire, stérilisation de la dentine, carie du troisième degré, pulpectomies, dépulpations, obturation des canaux, carie du quatrième degré, complications; curettage alvéolaire, traitement des dents chez les enfants, blanchiment des dents, puis pyorrhée.

Ce travail de notre confrère, préparé pour les étudiants, mais que de nombreux praticiens liront avec fruit, constitue un exposé de l'excellent enseignement de la dentisterie opératoire de l'Ecole dentaire de Paris; il sera bien accueilli et rendra service aux grands comme aux petits dans la profession.

La dentisterie opératoire de M. Lubetski : carie, pyorrhée, bien que tenant 500 pages serrées, étouffe dans ce cadre étroit et l'effort considérable accompli par l'auteur et dont tous nous profiterons, mériterait que le format et l'espace lui eussent été plus libéralement accordés.

L. G.

Sur la nature et la pathogénie des cancers : la guérison radicale des cancers chez les souris cancéreuses, par le docteur E. GEORGIOU. — Prix : 5 fr. — Paris, N. Maloine.

(1) Un vol. in-16 de 522 pages, avec 208 figures. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
R. C., 133, Aubenas.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE " JEYES
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

DESINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS
Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante
Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.
DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).
Laboratoires LAURIAT, 31 bis, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

INSULINE BYLA
Forme poudre
Boîte de 12 ampoules = 180 unités internationales
15 unités par ampoule
Forme liquide
Flacon de 6 cm³ = 120 unités internationales
20 unités par cm³
POMMADE A L'INSULINE BYLA
Littérature sur demande
R. C. Seine 71.895
26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

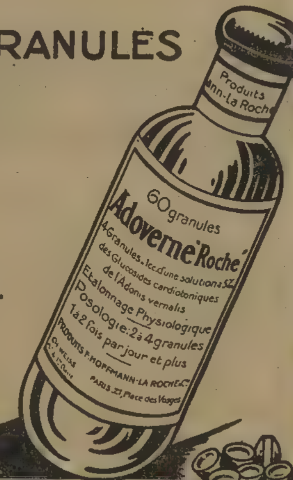
ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites t floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

" GALAZÈNE "

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

N° 69. — MERCREDI 28 AOUT 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 28 AOUT 1929. — N° 69.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — A la suite du concours qui a eu lieu à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, les 25 et 26 juillet 1929, M. le docteur P. Bailliart a été nommé médecin de la Clinique des Quinze-Vingts, par arrêté ministériel en date du 9 août 1929.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le lundi 21 octobre 1929, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, sans traitement, 4. — II. Clinicat chirurgical : titulaires, avec traitement, 2; sans traitement, 5. — III. Clinicat obstétrical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 2. — IV. Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 3. — V. Clinicat des maladies cutanées : titulaires, sans traitement, 2. — VI. Clinicat gynécologique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; adjoint, 1. — VII. Clinicat de thérapeutique médicale : titulaires, sans traitement, 3. — VIII. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1. — IX. Clinicat de thérapeutique chirurgicale : titulaire, sans traitement, 1. — X. Clinicat propédeutique : titulaires, sans traitement, 2.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 12 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 14 à 16 h., à partir du lundi 9 septembre 1929.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— *Année scolaire 1929-1930.* — Immatriculation. Inscriptions. — I. Immatriculation. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

La dernière inscription ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 h.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité. *(A suivre.)*

MISSIONS. — M. le professeur Georges Portmann (de Bordeaux) s'est embarqué le 23 août pour l'Amérique du Sud. Chargé de mission par le gouvernement il fera une série de conférences au Brésil, en Argentine, en Uruguay et au Chili.

— M. le professeur Vallée (d'Alfort), membre de l'Académie de médecine, est à Buenos-Aires où il a fait une conférence sur la fièvre aphteuse.

XXIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES (3-14 septembre 1929). — Le XXIIe Voyage d'études médicales aura lieu du 3 au 14 septembre sous la direction scientifique des professeurs Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale (Hôtel-Dieu) à la Faculté de médecine de Paris; Maurice Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris, et M. Piéry, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Lyon.

Organisé par le professeur Piéry il se déroulera de Vals à Evian, à travers les stations hydrominérales et climatiques des Alpes.

ITINÉRAIRE DU XXIIe V. E. M. — 3 septembre : Concentration à *Vals*. Conférence inaugurale par le professeur Paul Carnot.

4 septembre : Train spécial de Vals à Grenoble. A partir de Grenoble et jusqu'à Evian tout le trajet se fera en cars alpins. Bourg-d'Oisans, La Grave, Col du Lautaret, Monetier de Briançon, *Briançon*.

5 septembre : Col d'Izoard, Casse Déserte, Col du Calibier, Valloire, Maurienne, Col du Glandon, *Uriage*.

6 septembre : Visite de Grenoble, *Villard-de-Lans*, Pont-en-Royans, Les Barraques, Saint-Nizier, *Uriage*.

7 septembre : Grande-Chartreuse, *Saint-Pierre-de-Chartreuse*, Col de Porte, Saint-Pancrasse, *Sanatorium des Petites-Roches, Allevard*.

8 septembre : *Challes*, Chambéry, Mont-Revard, *Aix-les-Bains*.

9 septembre : Sanatoriums d'*Hauteville*, *Aix-les-Bains*.

10 septembre : *Annecy, Talloire, Menthon, Salins-Moutiers, Brides*.

11 septembre : La Léchère, Gorges de l'Arly, *Mégève, Combloux, Col de Voza, Saint-Gervais*.

12 septembre : Les Bossons, Montenvers et Mer de Glace, *Chamonix*.

13 septembre : Village Sanatorium de *Passy-Plainjoux*, Col des Gets, Thonon, *Evian*.

14 septembre : *Evian*. — Dislocation après le déjeuner et commencement des Journées médicales d'Evian, les 14 et 15 septembre.

Des conférences seront faites dans chaque station par un des trois professeurs, directeurs du voyage.

On sait que le V. E. M. est destiné aux médecins en exercice et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception, il comprend quelques femmes ou filles de médecin.

Le voyage actuel réunit 160 participants.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 21e décade (21-30 juillet 1929), 1.166 décès totaux, dont 955 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.023 pendant la décade précédente et de 975, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 21. de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 955 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 26 au lieu de 25 pendant la décade précédente (moyenne 31.).

La rougeole a causé 11 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 129, au lieu de 126 pendant la décade précédente (moyenne 97).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 41; il s'élevait à 73 pendant la décade précédente (moyenne 93).

La diphtérie a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 30, au lieu de 66 pendant la décade précédente (la moyenne est 69).

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

A titre préventif, prescrire deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, deux à trois jours par semaine. Veiller au régime : n'autoriser les viandes qu'à midi, cuites sur le gril et très peu salées.

A titre curatif, deux cachets par jour, cinq à dix jours de suite, de *Théosalvose digitalique*. Arrêt de quatre à cinq jours, puis reprendre cinq à dix jours. Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée*. Régime lacté ou lacto-végétarien.

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies **MANGAÏNE** TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*



TAMPOL "ROCHE"

PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE IDÉAL

au

THIGÉNOL "ROCHE"

ou à tous autres médicaments.

le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.

le Tampol "Roche" étant en place, les secrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine decomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.



Echt. Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges, PARIS.

TRAITEMENT DU SYNDROME SOLAIRE & DES DYSPEPSIES HYPOCHLORHYDRIQUE NERVEUSES

PAR LA

GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Salicylate de Génésérine dosé au 1/2 milligramme

Excitant des sécrétions et de la motilité du tube digestif

Spécifique des troubles sympathiques

FORMES : Dragées — Granules — Gouttes — Ampoules

Doses : *4 à 6 dragées ou granules par jour, si l'on prescrit les gouttes, on en donnera vingt avant chaque repas.*

Laboratoire BEAUGONIN, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — *Téléph.* : ARCHIVES 41-65. — R. C., Seine 221.745

De Trouette-Perret

l'Aphloïne	la Nisaméline	la Papaïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux	(Guaco) Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies	Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C., 54.002, Seine.

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses** : Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires** : Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne**, des **Lamblioses**, et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes** : en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile** : en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5.386 Seine

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

BACILLÉMIE FRÉQUENTE

A L'OCCASION DES ÉPISODES MENSTRUELS

CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES

PAR MM.

E. LEURET, Professeur à la Faculté de médecine, Médecin chef. et J. CAUSSIMON, Médecin résidant.

du Sanatorium X. Arnozan (Bordeaux).

Le rôle des bacillémies dans l'installation et l'évolution de la tuberculose pulmonaire a été spécialement remis en lumière par l'un de nous dès 1921 (1).

En réalité, l'idée n'est pas nouvelle. Elle appartient aux tout premiers travailleurs qui se sont occupés de la tuberculose. Cette notion est progressivement tombée dans l'oubli pour de nombreuses raisons.

Tout d'abord, l'attention des médecins s'est fixée sur les phénomènes pulmonaires de la tuberculose, au détriment des réactions générales de l'organisme. Les théories étrangères, surtout allemandes, sur le mode d'évolution de la maladie ont continué et continuent encore aujourd'hui à faire oublier l'importance de la bacillémie. Enfin, les résultats si souvent décevants du laboratoire sembleraient encourager cet oubli.

Quand on prononce le mot de « septicémie bacillaire », on pense immédiatement à la typho-bacillose de Landouzy.

Cependant, certains auteurs ont fait remarquer qu'entre la bacillémie la plus discrète et la septicémie bacillaire la plus riche en manifestations cliniques, il peut exister une foule de degrés. Ces manifestations plus ou moins effacées, et qui peuvent passer inaperçues, n'en sont pas moins d'une importance capitale pour comprendre l'évolution de la maladie et expliquer certains faits cliniques qui demeurent sans cela des énigmes.

« Il s'en faut en effet de beaucoup que l'infection septicémique bacillaire revête toujours le cadre clinique sévère de la fièvre typhoïde même atténuée (2) ».

« La lésion tuberculeuse pulmonaire chronique peut être considérée en effet comme une infection tissulaire locale, qui menace à chaque instant de devenir une infection générale. Souvent elle réalise sa menace (3). »

Le bacille de Koch, comme le font remarquer d'ailleurs Hutinel et Calmette, n'est séparé du sang circulant que par une barrière histologique de résistance très variable. Parfois solide, réalisant un enkystement parfait de la lésion, cette barrière est souvent aussi très fragile. Elle ne saurait lutter contre une poussée de congestion tant soit peu violente.

Comment résisterait-elle en effet à la poussée congestive menstruelle, si brutale, qui monte comme une marée périodique pour la submerger chaque mois?

Sous l'influence de cette poussée congestive menstruelle, il vient un moment où les digues qui encerclent la lésion tuberculeuse se rompent : l'inondation se produit, avec pour conséquence la bacillémie.

« Or (1), toutes ces poussées congestives mettent en communication, par une espèce d'éclatement, les lésions tuberculeuses localisées et inactives avec la circulation générale, et on voit, du jour au lendemain, réapparaître chez le malade apyrétique et en bon état général, des phénomènes infectieux généraux (fièvre, sueurs, amaigrissement) qui indiquent une nouvelle poussée de septicémie bacillaire. »

« Le foie devient volumineux, la langue saburrale, les fonctions digestives sont troublées; souvent s'établit une diarrhée bilieuse, et le cycle fébrile reprend, court ou prolongé, créant chez le malade tuberculeux apyrétique une nouvelle typho-bacillose typique ou atténuée. » (Leuret.)

C'est exactement ce qui se passe dans le cas d'une menstruation fébrile. C'est dans ce cas qu'on peut voir se produire des manifestations tuberculeuses à distance, comparables à celles que nous avons signalées (rénale, méningée).

***

Depuis une dizaine d'années, nous considérons les fièvres menstruelles des tuberculeuses pulmonaires comme des épisodes fréquemment bacillémiques. Nous avons repris en 1925 (2) l'étude clinique de ces fièvres menstruelles, et nous avons étudié à cette occasion la bacillémie. L'inoculation du sang circulant au cobaye, au moment de la période menstruelle, s'est montrée positive dans 19 p. 100 des cas. Nous avons fait remarquer que le moment le plus favorable pour obtenir un résultat positif était le premier et le second jour des règles fébriles.

Ces résultats ont été de nouveau rapportés dans la *Revue de la tuberculose* (déc. 1925), de même dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaire* en octobre 1927 et au Congrès de médecine de Paris en 1927. Dans cette dernière communication, nous avons rapporté, outre les précédents, deux exemples typiques de fièvre menstruelle avec bacilles de Koch virulents dans le sang.

Enfin, plus récemment (*Clinique et Laboratoire*, mars 1928, n° 3), l'un de nous a montré que la recherche de la bacillémie par inoculations au cobaye pouvait entraîner une simple hypertrophie ganglionnaire, parfois généralisée, et qu'il fallait rechercher les bacilles acido-résistants sur les frottis faits avec ces ganglions.

« Après ces injections sous-cutanées uniques (de 10 à 15 centimètres cubes de sang) on obtient parfois des hypertrophies ganglionnaires simples; il faut alors pratiquer soigneusement des frottis avec les

(1) E. Leuret. Introduction à l'étude de la phtisiologie, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1921.
(2) E. Leuret. Loc. cit.
(3) Caussimon. *Th. de Bordeaux*, 1925.

(1) E. Leuret. Loc. cit.
(2) Caussimon. *Th. de Bordeaux*, 1925.

diverses tranches de ces ganglions, ou bien encore les réinoculer pour déceler la présence de bacilles de Koch. »

Dans certaines de nos expériences, nous avons recherché la bacillémie sur le même échantillon de sang, simultanément par l'examen direct et par l'inoculation au cobaye. Dans quelques cas, qui ont semblé à certains difficiles à interpréter, l'examen direct a donné un résultat positif, alors que l'inoculation au cobaye donnait un résultat négatif. L'explication de ces faits peut être la suivante :

Ou bien l'examen direct nous a donné un résultat erroné. C'est possible, malgré le grand soin apporté à nos recherches, si on songe pourtant aux nombreuses causes d'erreur qui se glissent dans la recherche directe du bacille de Koch dans le sang. Ou bien, suivant la conception de MM. F. Arloing, Dufourt et Langeron, on pourrait admettre que les bacilles ainsi rencontrés sont dépourvus de virulence, des bacilles « en posture de transit » en voie d'élimination (1).

Cette question de la bacillémie tuberculeuse à l'occasion des périodes menstruelles, a été renouvelée par la découverte du virus filtrant. M. J. Valtis et Mlle J. Misiewicz (2) ont montré que « la bacillémie tuberculeuse existe chez les femmes tuberculeuses en dehors d'une évolution aiguë pendant la période de menstruation ».

« Cette bacillémie, comme l'ont vu de leur côté, O. Bonciu et V. Jonesco (3), dans le laboratoire du professeur Cantacuzène, à Bucarest, paraît relever dans certains cas de la présence dans le sang des malades, du seul ultra-virus tuberculeux, à l'exclusion de toute forme bacillaire habituelle, étant donné que les cobayes inoculés avec le sang même non filtré, peuvent présenter des lésions analogues à celles produites par l'ultra-virus tuberculeux ». (J. Valtis et J. Misiewicz).

Ces auteurs ont montré d'une façon générale comment on peut appliquer la recherche des éléments bacillaires sans lésions caséeuses d'inoculation, à la question des bacillémies tuberculeuses. En particulier, ils ont montré une fois de plus la fréquence de la bacillémie chez les tuberculeuses en période menstruelle.

*
* *

A la lumière de ces recherches dont les conclusions sont concordantes, il paraît aisé d'interpréter les localisations post-menstruelles à distance, comme la conséquence d'une embolie bacillaire. On ne soulèvera sur ce point aucune difficulté.

Par contre, beaucoup se refusent à admettre la même explication pour les foyers pulmonaires nouveaux qui se révèlent après certaines menstruations particulièrement graves.

(1) F. Arloing, A. Dufourt et Langeron. *XIXe Congrès franç. de méd.*, Paris 1927.

(2) J. Valtis et Mlle J. Misiewicz. *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 juin 1928, vol. XCIX, p. 7.

(3) O. Bonciu et V. Jonesco. *C. R. de la Soc. de biol.*, 17 fév. 1928, p. 464.

Il est des congestions menstruelles bénignes qui agissent sur des lésions solidement enkystées sans laisser de trace,

Il en est d'autres, plus brutales, qui laissent après elles « de nouveaux foyers congestifs qui se développent lentement dans des points souvent fort éloignés de l'arbre respiratoire (poumon opposé, réaction pleurale bacillaire localisée sur la plèvre du poumon sain chez des malades qui ne crachent pas, etc. »).

A propos de ces foyers secondaires au niveau du poumon, Sabourin disait : « On connaît très bien la structure intime de toutes ces formations secondaires, mais ce que nous savons moins bien, c'est le lien qui les rattache à la lésion première du sommet, c'est la voie qui a suivie l'élément infectieux pour aller à une distance quelconque ».

Pour notre part, nous croyons que la bacillémie joue un rôle capital dans la formation de ces foyers nouveaux, aussi bien pulmonaires que pleuraux ou extrapulmonaires. En particulier, nous la rendons responsable des foyers nouveaux pulmonaires ou à distance qui se forment après les menstruations fébriles, ou à la suite de réactions post-menstruelles graves.

Au niveau de la plèvre, c'est une poussée de pleurite qu'on pourra observer, ou encore une corticopleurite. Dans d'autres cas, c'est une pleurésie, ou bien un hydrothorax venant inopinément compliquer un pneumothorax en voie de formation.

Au niveau du poumon, par où doit passer le sang de l'organisme, ce sera l'ensemencement granulique en profondeur : lésions tuberculeuses débutantes, noyées dans la confection péri-tuberculeuse seule perceptible à l'examen clinique.

Puis, avec une rapidité variable, suivant les cas, la lésion évoluera à son tour, soit vers l'enkystement, soit vers la caséification ou l'ulcération.

L'hypothèse dont nous nous sommes fait les défenseurs raisonnés, nous semble éclairer d'une vive lumière ces cas d'évolution saccadée, par foyers disséminés, éloignés les uns des autres, et qu'on ne saurait expliquer autrement.

Le rôle de cette congestion menstruelle suivie de bacillémie est si vraie, qu'il s'accorde parfaitement avec la valeur pronostique de la réaction thermique. menstruelle.

Comme le dit l'un de nous :

« A lésion mal enkystée et mal éteinte, réaction thermique menstruelle anormale, c'est-à-dire fébrile avec parfois fièvre post-menstruelle, aggravation des lésions déjà existantes, et souvent apparition de nouveaux foyers.

A lésion enkystée et solidement endiguée, réaction thermique menstruelle normale, c'est-à-dire avec abaissement de température, et réaction post-menstruelle nulle.

Sabourin disait que certaines tuberculeuses étaient tuées par leurs règles. Nous pouvons dire que certaines tuberculeuses, se réinfectant elles-mêmes chaque mois à l'occasion de leurs règles, se détruisent ainsi peu à peu. » (Caussimon.)

LE PREMIER V. E. M. ESPAGNOL [1]

Le premier V. E. M. espagnol vient d'avoir lieu, et c'est un événement dont il convient de souligner l'importance. Il s'est déroulé, sans heurts ni incidents, du 15 au 25 juillet, dans les provinces basques, le long de cette côte cantabrique aux dentelures si capricieuses, aux aspects si variés, avec des incursions fréquentes dans les terres pour visiter les établissements thermaux les plus importants, avec une pointe profonde en Vieille-Castille, pour contempler Burgos et ses merveilles.

C'est une initiative excellente, et dont il convient de féliciter nos confrères espagnols. Ils ont le patriotique désir de faire connaître leur pays : ils peuvent en avoir d'ailleurs la légitime fierté, car ils ont beaucoup appris à leurs visiteurs. On a tendance, chez nous, à voir l'Espagne à travers le prisme romantique, à s'imaginer partout castagnettes et séguedilles, toréadors et châles bariolés. Assurément, il y a des couleurs vives en Espagne, mais il y a aussi le sérieux de la vie : une natalité dont l'exubérance nous a frappé dans les régions que nous avons traversées, une magnifique expansion de vitalité, une charité débordante, une activité intense, qui se déploie dans tous les domaines, scientifique, industriel, économique et social.

L'idée était particulièrement heureuse, d'inaugurer ces voyages d'études, par les provinces basques, contrée verdoyante et douce, d'accès facile et qui renferme à côté de sites extrêmement pittoresques et de curiosités de tout genre, des richesses thermales particulièrement abondantes. On n'y compte pas moins de 52 établissements, nous disait notre éminent collègue, le docteur Pinilla, titulaire de la chaire d'hydrologie à la Faculté de Madrid, dans la conférence magistralement documentée, qu'il nous fit à Santander.

Le nombre même de ces stations est peut-être un obstacle à leur développement, d'autant plus que la plupart d'entre elles, sont aux mains de particuliers, qui ne se soucient pas toujours de perfectionner leurs aménagements balnéaires. Cependant, tous les établissements que nous avons visités sont confortables, quelques-uns même luxueux. S'ils n'ont pas de casino, ce qui, du point de vue médical, ne présente que des avantages, ils offrent à leurs hôtes, outre les ressources thermales, les ombrages de parcs splendides, la fraîcheur de rivières murmurantes, le cadre majestueux et pittoresque de sites reposants.

Les eaux de cette région basquaise sont généralement superficielles, mésothermales et peu minéralisées. Elles contiennent surtout du calcium, dominante du sol d'où elles émergent, auquel s'adjoignent parfois des traces de sulfates et de sulfures. Quelques-unes renferment de l'azote; la plupart sont radio-actives.

Il ne nous est pas possible, dans notre brève relation, d'étudier en détail toutes ces stations. Bornons-nous à caractériser d'un mot, les principales :

Les eaux chlorurées sodiques chaudes de *Cestona* conviennent aux hépatiques et aux entéritiques; de même celles, moins minéralisées, de *Solarès*. La thermalité des sources, à *Caldas de Besaya* (37°), et plus encore, à la *Hermida* (62°), permet de soigner toutes les algies rhumatismales. La haute teneur en azote à *Urberuaga de Ubila*, la présence du soufre à *Cucho* désignent ces « balnearios », pour le traitement des affections respiratoires, tandis que les eaux oligo-métalliques d'*Alzola* et de *Corconte* sont excellentes pour la cure de lavage des lithiasiques. *Alceda-Ontaneda* s'est spécialisée dans la thérapeutique des dermatoses; *Molinar de Carranza* permet une agréable cure de repos et un judicieux traitement des rhumatismes. *Hosnayo* fournit une eau de table excellente, qui est expédiée dans toute l'Espagne, comme d'ailleurs, celle de *Solarès*.

A côté de ces stations thermales, nous avons vu de fort beaux établissements hospitaliers, amplement conçus et réalisés avec un luxe de détails auquel ne saurait prétendre notre franc déprécié. Citons le vaste hôpital de Bilbao, l'hôpital, encore en construction, de Santander, qui s'annonce particulièrement grandiose, les splendides maternités de Saint-Sébastien, de Bilbao et de Santander, les sanatoria marins de Pedernales et de Gorliz, la fondation Aguirre, à Santurce, tenue par les frères de Saint-Jean de Dieu, le charmant sanatorium Cantabre à Santander...

Nous renonçons à décrire les merveilles touristiques que, chemin faisant, nous firent admirer nos amis espagnols, la baie de Saint-Sébastien, la merveilleuse corniche qui relie toutes les plages entre elles, la rade et les belles grèves de Santander, les gorges de la Hermida, qui développent sur 25 kilomètres leurs falaises abruptes, les pics d'Europe contemplés du col des Pierres-Longues à 1.800 mètres d'altitude, le balcon de la Rioja, d'où la vue s'étend, immense, sur le grand vignoble espagnol. Rappelons, sans pouvoir insister, Loyola et la maison de Saint-Ignace, Guernica, l'antique capitale du pays basque, la curieuse cité de Santillane, aux richesses médiévales, les grottes préhistoriques d'Altamira, et Burgos, l'incomparable ville, avec sa cathédrale ciselée comme un bijou et sa merveilleuse chartreuse de Millaflorès.

Voyage agréable et intéressant à la fois, dont l'idée revient à quelques-uns de nos confrères basques et dont la réalisation magnifique est due à l'activité d'organisateurs remarquables. Citons le professeur Hernando, qui a conduit la caravane des 120 adhérents, avec autant de maîtrise que d'urbanité; l'infatigable docteur Mañeru, le secrétaire général, dont le dévouement s'égalait à la joyeuse faconde et à l'humour... diplomatique; les aimables commissaires enfin, les docteurs Zulueta, Pagadigorria, Abad et Ocharan Posadas, celui-ci le plus obscur et le plus acharné des laborieux, toujours à la peine et jamais à l'honneur.

Nous remercions de grand cœur nos confrères de leur hospitalité si cordiale, si prévenante et si délicate; nous leur savons infiniment gré d'avoir faite si large, dans leur premier V. E. M., la part des Français et celle de nos voisins de Belgique. Nous nous réjouissons, avec eux, du succès sans nuages, qu'ils ont obtenu, parce qu'il est tout à l'honneur de la culture latine, et nous formons les vœux les plus sincères pour la prospérité des voyages à venir, dans l'accueillante Espagne.

Dr A. DAVID,
Professeur de thérapeutique et d'hydrologie, à la Faculté libre de Lille.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Sans frais de reproduction.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JUIN 1929)

Curiethérapie dans le cancer du col de l'utérus. — M. Proust étudie les indications et l'orientation actuelle de la technique curithérapique dans le traitement des cancers du col. Il montre qu'à l'exclusion des cas d'extrême début observés grâce au dépistage précoce et qui relèvent, en général, de la chirurgie, tous les autres doivent être traités par radium en applications prolongées d'environ quinze jours complétées dans les cas étendus par applications d'appareils de surface.

La durée exacte de la période d'application est précisée au moyen de l'index d'activité kariokinétique. Dans les grands envahissements, la curiethérapie à distance peut être recommandable, mais à condition d'être continue.

Résultats éloignés du traitement du cancer de l'utérus par le radium, par l'opération après radium, ou par l'opération seule. — M. Robert Dupont a groupé 32 cas personnels. Sur 9 cas traités au radium seul, 2 ont donné des résultats durables. Sur les cas traités par la chirurgie, au nombre de 12, il est noté des guérisons datant de sept ans. Malheureusement, l'opération est grave, et l'auteur a, pour cette raison, utilisé le radium préalable dans 11 cas, afin de nettoyer le col. Les résultats immédiats ont été bons, sauf dans un cas particulièrement grave. Les résultats tardifs ont été, dans l'ensemble, identiques à ceux traités sans radium préalable.

L'auteur insiste sur certains points de la technique opératoire du Wertheim.

Projectile intra-pulmonaire. — M. Petit de la Villéon présente un malade qui avait une balle dans le poumon droit et qu'il a opéré par sa méthode personnelle radio-opératoire.

Le projectile était à une profondeur de 6 centimètres du parenchyme dans le poumon droit sous la deuxième côte en avant.

Deux jours après l'opération, le malade levé, se promenait dans le jardin. Les suites opératoires ont été nulles, comme c'est la règle avec la méthode de l'auteur.

Pancréatites chroniques et traitement chirurgical. — M. Thévenard rapporte plusieurs cas où opérant sur une erreur de diagnostic, on a constaté des lésions de pancréatite chronique. On a pratiqué dans tous une dérivation biliaire. Les résultats ont été parfaits. Une observation avec autopsie, le malade étant mort plusieurs mois après d'une affection intercurrente, prouva que les lésions anatomiques même peuvent régresser. Devant ces résultats, M. Thévenard demande si, même avec un diagnostic précis et après essai de traitement médical, on ne pourrait confier de parti pris les pancréatites chroniques au chirurgien qui a dans la dérivation biliaire un moyen de les guérir. M. Gautier répond que lorsqu'il y a ictère par rétention, on doit rechercher d'abord si cet obstacle est un calcul ou un parasite; mais s'il y a pancréatite, la chirurgie s'impose.

(Séance du 29 juin 1929)

Hémocrinothérapie. — M. Filderman présente une malade atteinte de sclérodermie progressive très grave et une autre, d'eczéma récidivant, toutes deux considérablement améliorées et en bonne voie de guérison, grâce à l'hémocrinothérapie, méthode qui lui donne les meilleurs résultats dans le traitement des furonculoses récidivantes et des anthrax.

Tuberculose juxta-articulaire du genou. — M. Rœderer présente des radiographies qui représentent les différents types connus de cette forme de tuberculose, tuberculoses surtout tibiales : formes centrales n'évoluant qu'avec un minimum de réactions articulaires, formes périphériques pénétrant dans l'articulation par effraction centrale ou latérale. Il montre des érosions post-condyliennes qui aboutirent très lentement à une tumeur blanche, ainsi qu'une tuberculose des épines tibiales. Le grattage très précoce du foyer a pu mettre à l'abri l'articulation.

A propos des indications de la curiethérapie dans le cancer du col de l'utérus. — M. Gaget pense que dans les cas avancés, il faut faire uniquement du radium sans chirurgie, que dans les cas au début, les deux méthodes donnent des résultats analogues, et que dans les cancers moyens, contrairement à l'opinion courante, la chirurgie n'augmente peut-être pas sensiblement le pourcentage de guérison. Les statistiques ne peuvent amener de conviction parce que les cancers sont de gravité très différente et qu'actuellement, ni la clinique ni l'histologie ne savent les discerner.

M. Oppert pense que le radium peut être efficace dans le cancer du col de l'utérus au début et lorsque la limite d'opérabilité a été dépassée, à condition de faire une application prolongée, continue et de débit faible (60 millicuries en dix à douze jours environ).

Nécessité d'une critique médicale directrice. — Pour M. Georges Rosenthal, il serait utile que les travaux scientifiques fussent analysés et jugés par des critiques médicaux de carrière qui rempliraient le même rôle que les critiques d'art et les critiques littéraires.

Traitement moderne des infections aiguës-septicémies. — M. Bécart préconise l'application de la méthode de Jentzer qui consiste dans l'utilisation des propriétés thérapeutiques des essences et des résines. Le produit de base est un mélange d'essences d'aiguilles de sapin, de camphre, de canelle, de baume du Pérou, d'élémi et de thymol. Il s'injecte par voie veineuse, il ne faut pas dépasser la dose de 5/10e de centimètres cubes pour un poids de 60 à 70 kilogrammes. Elle ne donne lieu à aucun phénomène de choc ni anaphylaxie, ni accident sérique.

Enfin, dans certains cas où l'examen du sang indique une fatigue des organes hémopoiétiques (présence de formes immatures) une aide sera apportée à la défense par l'immuno-transfusion qui amènera des leucocytes neufs et des anticorps.

Les résultats obtenus par l'auteur ont été remarquables et supérieurs à ceux obtenus jusqu'à présent.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 21 juin 1929)

A propos de la cæco-sigmoïdostomie. — M. Lanos résume les indications et les avantages de cette opération. Elle assure un très bon drainage du cæcum. Faite sous anesthésie locale, au bouton de Jaboulay, elle est très bénigne.

Auto-observation d'un médecin opéré du forage de la prostate. — M. Luys présente cette observation de M. De Barros Coelho (du Brésil), âgé de trente-neuf ans. Il existait une miction retardée se faisant par un mince filet. Au cystoscope, on constatait une grosse barre prostatique et une déformation du lobe gauche de la prostate formant clapet. Le forage, pratiqué en une seule séance, donna un excellent résultat.

Sur la tuberculose isolée des ganglions mésentériques et sur son pronostic. — M. Delivet fait un rapport sur une observation de M. Dervaux (de Saint-Omer). Chez une fillette de neuf ans, tableau clinique d'occlusion intestinale; à l'opération, on ne trouve pas d'autre lésion que de nombreux ganglions tuberculeux de la terminaison du mésentère; exposition à l'air de la cavité abdominale; cicatrisation par première intention. Puis, traitement par les rayons ultraviolets. Actuellement, bon état général. C'est le deuxième cas semblable communiqué par l'auteur à la Société.

Sur un cas de manifestation rare de toxémie post-opératoire (délire lilliputien). — M. Dufourmentel fait un rapport sur ce cas curieux observé par M. Max Manon (de Toulon). La malade eut pendant quelques jours des apparitions incessantes de personnages minuscules qui la divertissaient beaucoup. Cette forme particulière de délire toxique a été étudiée par M. Leroy, médecin des Asiles de la Seine, qui en a rapporté un certain nombre de cas.

Luxation congénitale de la hanche. Etude des malformations osseuses dans 100 cas non encore traités. — M. Massart fait un rapport sur un travail de M. Robert Soutter (de Boston). Celui-ci montre la très grande fréquence des malformations du cotyle, de la tête et du col du fémur. Ces malformations peuvent s'observer séparément ou coexister. L'auteur donne le pourcentage de ces diverses

malformations. Il indique de plus que, sur 277 cas traités par lui, dans 15 p. 100 des cas le traitement n'a eu aucune influence favorable sur les malformations osseuses.

Luxation congénitale de la hanche. Une opération pour cotyle défectueux. — M. MASSART fait un rapport sur un travail de M. Robert SOUTTER (de Boston). Dans les cas où le toit du cotyle a une obliquité marquée, l'auteur crée au-dessus de la tête fémorale une butée osseuse. Il décrit le procédé qu'il emploie pour constituer cette butée; celle-ci qui a la forme d'un angle dièdre, est formée de deux pièces osseuses : l'une prise sur le col du fémur est fixée horizontalement dans l'os iliaque juste au-dessus de la tête fémorale, l'autre prise sur l'os iliaque a une direction oblique et appuie sur la pièce horizontale.

Hémi-colectomie droite pour dolichocôlon droit avec péri-colite. — M. Victor PAUCHET communique l'observation suivante. Malade présentant des signes d'entérite, une anémie profonde, de la défense musculaire abdominale, etc. A l'opération, l'auteur trouve une agglutination du cæcum, du côlon ascendant et du quart droit du côlon transverse; l'iléon est absolument libre, sauf la dernière anse grêle qui est fixée dans le bassin sur une petite étendue et perforée à ce niveau, communique avec un petit abcès pelvien sous-péritonéal, vraisemblablemen ganglion suppuré. Hémi-colectomie droite; implantation de l'iléon dans le transverse. Guérison. L'examen microscopique a montré un cancer de l'intestin grêle.

Deux observations de fracture spontanée de côte, dont un cas suivi d'abcès froid au bout de douze mois. — M. SÉJOURNET communique ces observations. Dans un cas, la fracture survint à la suite d'un mouvement; la cause de cette fracture ne put être déterminée. Dans le second cas, la fracture survint pendant le sommeil; la côte paraissait indemne de toute lésion d'ostéite; mais un abcès froid et des lésions de nécrose osseuse se développèrent au bout d'un an et montrèrent l'origine tuberculeuse de la fracture.

Hématocèle rétro-utérine d'origine ovarienne. — M. HALLER en communique trois observations. L'opération a montré l'origine ovarienne de ces hématocèles avec absence de grossesse ectopique. L'auteur fait une étude des hémorragies péritonéales d'origine ovarienne.

A propos des appendicites tuberculeuses. — M. MULLER (de Belfort) communique deux observations d'appendicite dans lesquelles il trouva à l'opération, un appendice de même aspect macroscopique, énorme et induré. Or, l'examen anatomo-pathologique montra dans un seul cas qu'il s'agissait de tuberculose. Seul l'examen microscopique peut faire le diagnostic de tuberculose appendiculaire.

Cancer d'estomac établissant la communication entre l'estomac et le côlon transverse. Abcès péri-gastrique. Gastrectomie et colectomie faites d'un bloc. — M. Victor PAUCHET présente cette pièce opératoire qu'il a enlevée chez un homme de cinquante ans.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 21 JUIN 1929)

Deux cas de pemphigus oculaire. — MM. H. VILLARD, Ch. DEJEAN et J. DUPONNOIS ont observé deux malades atteints de pemphigus oculaire. Ils notent les bons résultats obtenus dans un cas par les injections sous-conjonctivales d'autosérum sanguin. Ils tendent à considérer l'affection, dans les cas qu'ils rapportent tout au moins, comme une ophtalmie pemphigoïde au cours d'une dermatite de Dühring.

Envahissement de la trachée par un épithélioma thyroïdien et métaplasie épidermoïde du revêtement cilié de ce conduit. — M. E. GRYNFELTT présente des microphotographies d'un fragment biopsique de muqueuse trachéale prélevé au niveau d'un rétrécissement néoplasique. L'épithélium cilié trachéal y est complètement transformé en épithélium malpighien typique. L'auteur invoque pour expliquer la genèse de la métaplasie épidermoïde, le rôle prédominant des facteurs mécaniques, en fait le frottement du courant d'air respiratoire au niveau de la lumière sténosée. Il y voit un argument de plus contre le dogme de la spécificité des feuillets embryonnaires.

Dissociation humoro-clinique chez un tabétique ancien paludéen. — MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et A. RATIE concluent, du cas qu'ils rapportent, à l'absence de valeur prophylactique de la malaria vis-à-vis du tabes. La très grande discrétion du syndrome humoral, malgré une évolution clinique très accentuée, s'explique peut-être par la coexistence d'une tuberculose pulmonaire.

Tabes et paludisme ancien. — MM. J. MARGAROT et M. JANBON ont noté, au cours de l'évolution d'un tabes chez un paludéen, une sorte de balancement entre l'intensité des douleurs fulgurantes et la fréquence des accès fébriles. Le paludisme leur paraît n'avoir aucune influence empêchante sur l'éclosion et l'évolution d'un tabes, mais semble agir nettement par le mécanisme de la fièvre sur les symptômes sensitifs objectifs.

Distribution singulière d'un érythème pigmenté calorique des jambes. — M. J. MARGAROT. Une femme, très frileuse, a l'habitude d'exposer longuement ses jambes à la chaleur d'une salamandre placée à sa droite, en croisant les membres inférieurs toujours de la même manière, la cuisse droite reposant sur la cuisse gauche. Il en résulte un érythème pigmenté en réseau, strictement limité à la face antéro-externe de la jambe droite et à la face antéro-interne de la jambe gauche.

Iritis torpide guéri par dmelco-thérapie. — M. H. VIALLEFONT.

(SÉANCE DU 28 JUIN 1929)

Syphilides tuberculeuses arciformes chez une tabétique. — M. MARGAROT et Mlle LAFOURCADE. Chez une malade de soixante-cinq ans, présentant un tabes d'allure discrète et une dilatation de l'aorte, évoluent des syphilides tuberculeuses en arc de cercle, à développement centrifuge non ulcérées et translucides à la vitro-pression.

Elles cèdent assez rapidement à un traitement par l'iodo-bismuthate de quinine.

Chancre de l'index avec, comme première manifestation secondaire, une kératodermie syphilitique de la main correspondante. — M. MARGAROT.

Notes et observations sur les urines et sur quelques organes d'une femme morte en crise de porphyrie aiguë. — MM. E. DERRIEN et Ch. BENOIT.

Triplégie spastique avec crises d'épilepsie sous-corticale, déchéance intellectuelle et lésions du fond d'œil. Maladie de Schilder. — MM. E. LEENHARDT, J. CHAPTAL, Mme P. LONJON et M. A. BALMES rapportent une observation qu'ils peuvent, du seul point de vue clinique interpréter comme une maladie de Schilder dont elle constituerait le 36e cas connu.

L'évolution fut marquée par une série d'ictus ayant débuté après trois ans de santé parfaite, et aboutit à une triplégie spastique avec des contractures extrêmement intenses. Des

troubles oculaires furent appréciés par l'examen du fond d'œil qui révéla de la pâleur atrophique des papilles. Enfin la déchéance intellectuelle subit une évolution progressive jusqu'au moment de la mort. Cette longue évolution fut marquée par de fréquentes crises d'épilepsie dont certaines présentèrent les caractères de l'épilepsie sous-corticale.

A l'autopsie l'examen macroscopique n'a pas été défavorable à l'hypothèse d'une maladie de Schilder mais l'examen histologique n'a pas encore été fait.

Un cas de dolichosténomélie. — MM. J. Euzière et H. Viallefont rapportent un cas uniquement clinique de cette curieuse et rare affection. L'enfant âgé de onze ans et demi présente en outre une hydrocéphalie, une hernie inguinale bilatérale et une hypoplasie génitale. Il présente également des troubles du caractère importants. Les auteurs pensent à l'origine hérédo-syphilitique; ils se demandent si l'hypoplasie génitale n'est pas à l'origine de cette malformation et envisagent la possibilité d'une origine polyendocrinienne (hypophyso-génitale).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(Séance du 28 juin 1929)

Un accident de l'extraction de la dent de sagesse supérieure : la fracture de la pyramide. — M. Cadenat. Il peut arriver qu'en extrayant la dent de sagesse supérieure, extraction qui est la plupart du temps facile, l'opérateur entraîne, sans effort, en même temps que cette dent une partie plus ou moins importante de la tubérosité postérieure du maxillaire. Cet accident qui n'est pas exceptionnel, reconnaît deux causes principales.

La raréfaction de l'os par une ostéite chronique suppurée ayant pour origine la racine de l'une des trois dents postérieures, ou, dans certains cas, une vacuolisation anormale de l'os par extension vers l'arrière du sinus-maxillaire. Dans ces cas, la pyramide complètement évidée n'est plus représentée que par une lamelle osseuse transparente qui se moule sur les racines des différentes dents. Il s'agit dans ce cas d'une pneumatisation exceptionnelle de la mâchoire supérieure et l'on sait que certains ont publié des sinus s'avançant en avant jusqu'au niveau de l'incivsie latérale, ce qui est aussi anormal.

La pièce que présente aujourd'hui M. Cadenat, au nom d'un de ses confrères, se rapporte au second type, et l'on veut voir que le dentiste a entraîné en même temps que la dent de sagesse, toute une portion de la pyramide. Il y a également chez cette même malade une sinusite maxillaire entretenue par l'infection de la dent de six ans, et cette fracture a eu sur la sinusite un excellent effet : celui de lui assurer un drainage déclive et large.

M. Cadenat présente cette pièce en insistant sur le fait que l'on ne peut dans ce cas reprocher à l'opérateur une faute de technique quelconque, et qu'il y a lieu de calmer toujours les craintes de l'opéré, pareille fracture n'ayant pour ainsi dire jamais amené des conséquences graves.

Paralysie obstétricale du plexus brachial et luxation de la tête du radius. — M. Dieulafé. En faveur de la pathogénie des paralysies obstétricales par distension du plexus brachial, l'auteur apporte un fait précis.

Il a examiné un enfant de trois ans qui présentait un bras ballant, une déformation du coude et des phénomènes paralytiques de l'avant-bras et de la main du côté gauche. Tous ces phénomènes avaient apparu le lendemain de la naissance; l'extraction des épaules et du tronc avaient été pénibles et la sage-femme avait dû exercer des tractions excessives dans le creux axillaire et sur les autres segments du membre. M. Dieulafé conseilla de montrer l'enfant à un électrothérapeute et de pratiquer un long traitement électrique par les courants continus. C'est ce qui fut fait.

Deux ans après, tous les troubles paralytiques étaient améliorés mais la déformation du coude, due à une luxation de la tête radiale, s'opposait à l'accomplissement des mouvements de pronation et de supination. L'auteur pratiqua la résection de la tête radiale ce qui améliora les troubles de la mécanique de l'avant-bras et fait actuellement pratiquer un traitement électro et mécanothérapique.

A propos d'un cas de dilatation aiguë spontanée de l'estomac. — MM. Bertrand, Lapasset et Mlle Pesqué. La pathogénie de la dilatation aiguë de l'estomac est loin d'être complètement élucidée et la publication de quelques cas récents de dilatation aiguë spontanée montre bien la complexité du problème.

Pour cette dilatation spontanée, la plupart des auteurs rejetant la théorie nerveuse ou réflexe admettent l'écrasement de la troisième portion du duodénum par la pédicule mésentérique.

MM. Bertrand, Lapasset et Mlle Pesqué, viennent d'observer un cas où rien ne permet d'invoquer cette pathogénie mécanique. Il s'agissait d'une dilatation aiguë spontanée de l'estomac survenue chez un vieillard cachectique atteint d'un néo du poumon gauche. Le cancer propagé au gril costal avait très largement envahi le médiastin et déterminé une paralysie du récurrent gauche. Le protocole complet d'autopsie montra une dilatation monstrueuse de l'estomac et de tout le duodénum, jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal sans striction mésentérique ni obstacle d'aucune sorte. Les auteurs se plaçant au point de vue pathogénique, se demandent si la médiastinité néoplasique, attaquant directement un des systèmes d'innervation de l'estomac, en l'espèce le récurrent et le pneumogastrique n'a pu déterminer un déséquilibre vago-sympathique responsable des accidents constatés.

Un cas de tuberculose de la voûte du crâne. — MM. Bertrand et Fabre. La tuberculose des os de la voûte du crâne frappe les sujets jeunes, se localise en général pour former un seul foyer, peut paraître primitive et est en réalité secondaire. Les auteurs admettent que le diagnostic en est assez facile par l'examen macroscopique des lésions, mais quelquefois rien ne permet de l'affirmer d'une façon absolue (Joutard, *Th. de Paris*, 1926).

MM. Bertrand et Fabre présentent l'observation d'une femme de soixante-douze ans, sans aucun stigmate de tuberculose qui a présenté deux lésions dans la région fronto-pariétale. Le diagnostic a été affirmé catégoriquement par l'examen histologique de la peau et d'un séquestre. Les auteurs concluent que le diagnostic de tuberculose des os du crâne ne doit être affirmé qu'après examen anatomo-pathologique.

REVUE DES THÈSES

Statique et dynamique de l'eau dans l'organisme à l'état physiologique et à l'état pathologique (1), par le docteur Paul Genaud.

Les résultats fournis par les différents auteurs sur la statique de l'eau à l'état physiologique concordent dans l'ensemble. L'auteur a repris, en particulier, une partie des travaux de Mayer et Schaeffer et a montré que l'eau méritait bien le titre de constante cellulaire.

Les chiffres que donnent les expérimentateurs dans l'hydrostatique pathologique sont également très comparables.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1928. — Bordeaux, imprimerie de l'Université.

Où le problème se complique, c'est lorsque l'on aborde l'étude de l'hydrodynamique. L'auteur s'est efforcé, dans le présent travail, de montrer que la circulation de l'eau dans l'organisme était liée à l'existence d'un certain nombre d'équilibres.

Il a essayé d'apporter quelques notions nouvelles à l'étude de l'équilibre minéro-minéral en déterminant la valeur de cet équilibre dans le tissu musculaire.

La sensibilité des méthodes employées permet de conclure :

1° Chez un même animal, les divers muscles ont des compositions minérales différentes.

2° Un même muscle pris chez des animaux différents présente des variations du même ordre.

3° Des muscles homologues, l'un pris à droite, l'autre à gauche, ont, chez le même animal, des teneurs en ions minéraux différentes.

Aussi l'auteur peut-il dire que chaque muscle a son équilibre minéral spécial, dont les oscillations, malgré tout, se font entre d'assez étroites limites.

Du fait que le métabolisme de l'eau est subordonné à de nombreux équilibres, il s'ensuit que chacun d'eux est susceptible de troubler l'hydrodynamique normale.

Selon le sens de la perturbation, il en résulte une modification de l'imbibition tissulaire qui aboutit, soit à une déshydratation, soit le plus souvent à une hydratation.

Des expériences d'imbition musculaire, M. Genaud peut conclure :

1° L'imbibition musculaire est nulle dans le liquide de Ringer et n'est pas modifiée après l'adjonction d'albumine ;

2° Elle est nettement marquée dans le sérum de lapin; elle diminue si on ajoute au sérum certains sels ou de l'albumine ;

3° Chaque fois qu'il y a imbibition, il se produit un déséquilibre minéral dont les caractéristiques sont :

a. Augmentation de Cl et de Na, surtout marquée pour Na ;

b. Diminution de P et de K, plus accentuée d'ailleurs pour ce dernier élément que pour le premier ;

4° Le facteur qui semble jouer le rôle le plus important dans ces phénomènes d'imbibition est le rapport $\frac{Na}{Cl}$.

Malgré les analogies frappantes qui existent entre ces résultats et ceux trouvés dans les hydropisies, l'auteur ne rapporte pas tous les œdèmes à un trouble de l'équilibre minéro-minéral.

Du fait de la multiplicité des facteurs d'hydratation, il ne peut exister, du moins pour le moment, de pathogénie uniciste.

Chacune des théories proposées, basée sur des résultats expérimentaux sérieux, contient sa part de vérité.

Aussi, M. Genaud croit-il qu'elles sont reliées entre elles par un *facteur commun* qui a main haute sur tous ces équilibres. Cette cause capitale, nous l'ignorons pour le moment; mais, on peut espérer que les progrès de la physico-chimie biologique viendront un jour préciser la nature et le mécanisme d'action de ce facteur *primum movens*.

Quoi qu'il en soit, malgré la diversité des pathogénies proposées, un fait demeure acquis au point de vue thérapeutique : le régime déchloruré sodique au cours des hydropisies.

Et c'est là pour nous, médecins, une précieuse certitude.

Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale par le sulfarsénol (1) par le docteur François Verré.

Depuis 1924, les arséno-benzènes sont utilisés dans le traitement des infections puerpérales à la Clinique obstétricale.

(1) *Th. de Bordeaux.* (Travail de la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeanx, professeur Andérodias). — Bordeaux, Imprimerie de l'Université, Y. Cadoret.

La mortalité par infection, qui était de 0 en 1924-1925, de 0,11 p. 100 en 1926-1927, s'est élevée à 0,72 p. 100 en 1928. Doit-on conclure à un échec de cette thérapeutique? Non, car les cas mortels relevés étaient justiciables du seul traitement chirurgical.

La thérapeutique de l'infection puerpérale par le sulfarsénol ou le zinc-sulfarsénol nous paraît définitivement établie puisque basée sur une expérience de cinq années environ portant sur un total d'accouchements de :

1.129 pour Lapervenche ;
2.223 pour Guinaudeau ;
967 pour notre part.

Préventivement, le sulfarsénol doit être utilisé immédiatement après chaque accouchement laborieux ou terminé par une intervention compliquée. Dans les suites de couches, il n'y a pas alors d'infection, ou bien si elle se produit elle est légère, rarement elle est grave.

Curativement, le sulfarsénol ou le zinc-sulfarsénol donnent une amélioration rapide des accidents infectieux à la condition d'être employés précocement.

Les avantages de cette thérapeutique : l'injection se fait sous-cutanée et n'est pas suivie d'accidents graves, étant données les faibles doses utilisées et leur peu de toxicité.

Les doses à injecter sont les suivantes :

Pour le sulfarsénol :

0 gr. 12 dans les cas légers ;
0 gr. 18 dans les cas graves.

Pour le zinc-sulfarsénol :

0 gr. 06 dans les cas légers ;
0 gr. 12 dans les cas graves.

Ces doses sont répétées tous les deux jours jusqu'à sédation de l'état infectieux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CARACTÈRE NON COMMERCIAL D'UN ÉTABLISSEMENT DE MÉCANOTHÉRAPIE

BAIL A LOYER

La profession médicale n'a, on le sait, aucun caractère commercial ; le fait par un médecin d'employer des assistants ou un appareillage ne change pas ce caractère. En partant de ce principe, la Commission supérieure de la Cour de cassation, appelée à déterminer si un local, loué dans une ville de province par le chef de clinique de mécanothérapie d'un hôpital de Paris, devait être considéré comme étant à usage commercial ou professionnel, a décidé dans un arrêt du 6 décembre 1928 (D. H. 1929, p. 119), que ce local devait être considéré comme étant à usage professionnel : comme conséquence, elle a déclaré recevable l'action en réduction de loyer formé par application de la loi du 1er avril 1926.

M. X..., docteur en médecine, chef de clinique de mécanothérapie de l'hôpital....., à Paris, avait le 13 août 1923, d'accord avec l'administration des hospices de France, loué un local dépendant d'une maison sise à Rouen, moyennant un loyer de 7.800 fr., plus les charges, où il installa ses appareils et donna chaque semaine des consultations : les traitements institués étaient exécutés sous sa surveillance par un assistant et une infirmière.

Il forma une demande en réduction du prix du loyer devant le tribunal du Havre qui avait décidé que l'entreprise de mécanothérapie pour laquelle le docteur X... avait loué le local, avait un caractère commercial ; dès lors, disait le tribunal, la loi du 1er avril 1926 qui ne concerne que les locaux à usage d'habitation ou à usage professionnel, ne pouvait

recevoir application. La Cour de cassation a été d'un avis contraire :

« Attendu que le local litigieux a été loué par le docteur X... pour y fonder un institut de mécanothérapie, dans lequel il devait traiter par des mouvements mécaniquement imprimés, les ankyloses, paralysies ou parésies des membres, lesquelles sont les conséquences de blessures ou d'affections dont le traitement ressort de l'art médical; que dans l'endroit où ces traitements de mécanothérapie sont donnés, le docteur X... faisait acte de médecin, qu'il n'y vendait rien et n'hébergeait aucun malade;

Attendu que, pour décider que, dans l'espèce, la location a un caractère commercial, le tribunal s'est fondé sur ce que le docteur X... habitait Paris et n'avait à Rouen qu'une succursale tenue par un préposé;

Mais attendu que cette constatation ne peut, à elle seule, justifier le caractère commercial des locaux occupés; que la profession médicale ne change pas de caractère par l'emploi d'assistants ou d'un appareillage; que le traitement mécanique institué à Rouen par le docteur X... était fait sous sa direction, qu'il y venait pour donner les instructions nécessaires et que le seul fait que les soins étaient donnés par un infirmier ou une infirmière ne peut enlever à la location son caractère professionnel. »

En réalité, aucun acte de commerce n'était accompli par le docteur X... dans les lieux loués; par conséquent, il ne pouvait s'agir de locaux loués à usage commercial. La Cour a bien jugé, en disant que le traitement donné ressortait de l'art médical, puisqu'il n'était rien vendu et que personne n'était hébergé.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PARÉSIE INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE. COMMENT LA PRÉVENIR ET LA TRAITER (1)

Par Louis Bergouignan, interne des hôpitaux de Paris.

La parésie intestinale est un incident post-opératoire qui peut prendre parfois une allure grave. Nombreux sont les moyens employés pour la combattre, nombreux sont aussi les échecs. Il semble que la péristaltine comble une importante lacune dans cette thérapeutique.

Une seule injection suffit parfois, dans d'autres deux injections faites à quelques heures d'intervalle sont nécessaires, exceptionnellement il en faut trois pour faire céder les phénomènes de météorisme dans des cas de paralysie très marquée. De toute façon, et dans tous les cas, l'action de la péristaltine s'est montrée nettement supérieure à celle des moyens habituels pour réanimer le péristaltisme.

LIVRES NOUVEAUX

L'Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. II. *La clinique des endocrines. Les malformations corporelles* (2), par A.-C. Guillaume.

Le premier volume de cet ouvrage, paru voici quelques mois, était une étude des endocrines dans la physiopathologie clinique, c'est-à-dire une étude du rôle joué par les endocrines dans l'exécution normale des grandes fonctions et la genèse des troubles résultant, en clinique, de leur dérèglement. Ce volume constitue donc l'introduction nécessaire à toute étude sérieuse de l'endocrinologie clinique, il est ainsi inséparable des suivants.

Le second volume, qui paraît aujourd'hui, est la première partie des deux volumes consacrés à la clinique des endocrines; il contient une série d'études très précises, originales dans leur conception et leur exposé, des problèmes endocriniens se rapportant aux modifications de forme partielle ou totale, de l'être, c'est-à-dire de ces états dénommés goitre, infantilisme, gigantisme, obésité, pour citer quelques-uns seulement des problèmes cliniques étudiés dans ce volume.

La lecture de ce livre est facile, attrayante, ce qui est à retenir dans un ouvrage d'endocrinologie, puisque cette branche de la clinique rebute bien souvent le médecin qui lui attribue un caractère d'abstraction majeure. Toujours envisagés sous l'angle clinique, et groupés de la manière où ils se présentent au médecin, les différents aspects des états morbides étudiés dans ce volume forment une suite homogène de mises au point, dont le remarquable caractère pratique n'exclut pas le caractère hautement scientifique.

Dans le précédent volume, l'auteur montrait la nécessité d'individualiser, comme une science à part, une endocrinologie clinique indépendante de l'endocrinologie physiologique, dont elle serait la sœur et non la fille; dans ce second volume l'auteur démontre la solide réalité de cette endocrinologie clinique.

L. G.

La Question de l'opium (1), par Justin Zender, privat-docent à l'Université de Genève.

La question de l'opium, est l'une des plus complexes qui soient; car il y a un besoin légitime d'opium et des alcaloïdes, qui sont fabriqués dans les pays de grande industrie chimique. Comment restreindre aux seules fins médicales et scientifiques la culture du pavot, la fabrication de l'opium et de ses alcaloïdes? Il y a là des problèmes d'ordre économique qui ne pourront être résolus que par des ententes internationales.

Mais quelles que soient les difficultés rencontrées, on verra, par les statistiques publiées par l'auteur, que, sous l'influence de l'opinion publique et des autorités, de grands progrès ont déjà été réalisés, par des règlements nationaux et des ententes internationales, qui font bien augurer de l'avenir.

L'historique de cette question est particulièrement intéressante, puisque nous voyons déjà au XVIIIe siècle le gouvernement chinois lutter avec énergie contre cette plaie sociale. Mais comme nous l'avons dit, l'opium est un médicament de premier ordre et le principal de ses alcaloïdes est aujourd'hui indispensable à la thérapeutique. L'auteur consacre des chapitres distincts à la composition chimique de l'opium, à ses propriétés physiologiques et psychiques, à l'accoutumance et à la toxicologie de la drogue.

On lira avec intérêt et curiosité tout ce que M. Zender raconte sur les mangeurs, les chiqueurs, les buveurs, et les fumeurs d'opium.

De nombreux graphiques permettent de lire très utilement les statistiques très nombreuses et très complètes publiées par l'auteur. La fin de l'ouvrage est consacrée aux conventions et accords internationaux relatifs à l'opium.

L'index ci-après indique tout l'intérêt du sujet traité sous toutes ses formes :

Le pavot somnifère et l'opium. Répartitions des cultures du pavot somnifère. Mode de culture. Parasites et ennemis du pavot. Alcaloïdes. Récolte de l'opium. Composition des divers opiums. Les différentes sortes d'opium. Histoire du pavot. Chimie. Morphine. Héroïne. Encodal. Dicodide. Dilaudide.

(1) *Pratique médicale française de mars* (B), 1929, n° 3 *bis*.

(2) « Les consultations journalières ». Un vol in-16 de 420 pag. Prix : 36 fr. — Paris, O. Doin et Cie.

(1) Un volume gr. in-8 de 283 p. avec graphiques. — Prix : 35 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

MOUNEYRAT

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures par jour ; Enfants : 1/2 dose

Indications

Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — ANDROCRINOL

GYNOCRINOL : Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL : Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE, FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS, ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE : 6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS

Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

1 à 3 comprimés le soir au coucher

AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Papavérine. Narcotine. Apomorphine. Actions physiologiques et pharmacologie. Localisation de la morphine dans les divers tissus et sécrétions. Toxicologie. Usages et abus de l'opium. Statistique. Conventions. L. C.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC
DE
L'ULCÈRE DU DUODÉNUM[1]

— Une cholécystite secondaire, une pancréatite chronique, latente le plus souvent, peuvent aussi s'observer. Cette dernière peut du reste aboutir, après une phase de troubles digestifs avec diarrhée et surtout stéarrhée, à une pancréatite aiguë hémorragique.

— Enfin, il faut insister sur la rareté de la cancérisation.

Le pronostic est donc en général assez bon, et on connaît nombre de guérisons, soit spontanées, soit surtout après traitement. Cependant il faut prévoir la possibilité de complications brutales. L'ulcère vieilli est plus grave et peut aboutir à la mort (cachexie, infection intercurrente). Il faut également connaître la possibilité de récidives locales ou à distance après guérison, tel un ulcère jéjunal peptique après gastro-entérostomie.

FORMES CLINIQUES

A. **Ulcère duodéno-pylorique.** — C'est souvent un ulcus juxtapylorique. Mais plus que son siège, ce qui caractérise cet ulcère, c'est l'importance des *symptômes orificiels* dans son tableau clinique.

Au début ce sont des signes de sténose spasmodique avec ses crises douloureuses tardives et l'hypersécrétion. Ils peuvent réaliser un syndrome typique de Reichmann.

La faim douloureuse est assez souvent notée, et serait un bon signe.

L'ulcus vieilli aboutit à la sténose pylorique organique habituelle.

Rien dans sa clinique ne permet donc à cette forme de garder quelque autonomie.

B. **Formes symptomatiques.** — Il est possible d'en individualiser un grand nombre suivant la prédominance d'un symptôme. Nous citerons la forme hémorragique, les formes latentes révélées par une complication.

Certaines s'accompagnant de signes anormaux peuvent prêter à erreur, telle la forme fébrile pseudo-appendiculaire, la forme entéritique, la forme ictérique.

C. **Formes rares.** — On a signalé des ulcères siégeant sur la deuxième ou même la troisième portion du duodénum ; ce sont des découvertes radiologiques.

Enfin, chez le nourrisson, il existe des ulcères hémorragiques et mortels dont la pathogénie est discutée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic sera posé sur :

L'horaire de la douleur, la plus tardive des douleurs du carrefour.

L'existence d'hémorragies intermittentes.

L'absence de troubles gastriques est également importante.

Enfin, la radioscopie et surtout les *radiographies instantanées* en série permettront de confirmer ce diagnostic.

En présence de douleurs tardives, on pensera à :

— *L'ulcus pylorique.* — Cliniquement la fréquence des vomissements, radiologiquement l'existence de stase gastrique, confirmée par le tubage, seront les éléments du diagnostic. Cependant, s'il y a de la périduodénite, des signes pyloriques peuvent coexister avec un ulcus duodénal.

— *L'ulcère de la petite courbure gastrique.* — Il peut, en effet, donner une douleur d'horaire voisin, mais il s'accompagne de vomissements, d'hématémèses, et surtout la radioscopie montre une image de grande valeur.

On observe, en effet, une rigidité segmentaire de la petite courbure, une encoche spasmodique de la petite courbure ; enfin, on s'attachera à préciser le siège de la douleur provoquée.

Les douleurs des lithiasiques. — La lithiase biliaire est d'un diagnostic très difficile.

Les douleurs peuvent être tardives, mais irradient dans la région de l'épaule droite, ne sont pas influencées par les aliments.

Les hémorragies intestinales sont en faveur de l'ulcère, un ictère en faveur de la lithiase.

On accordera une grosse valeur au signe de Murphy. Par contre, le syndrome de Barcklay et les déformations duodénales peuvent être réalisées par une périduodénite d'origine biliaire.

Il faudra donc recourir à l'étude des antécédents du malade, doser sa cholestérine sanguine, faire un traitement d'épreuve de l'ulcère.

On basera son diagnostic sur la *concordance des symptômes.*

— Une appendicite chronique peut également donner des douleurs de siège et d'horaire assez semblables. Elle peut retentir directement sur le duodénum.

Citons encore certaines douleurs de colite chronique.

En présence d'un syndrome pylorique le diagnostic peut être très délicat, non seulement avec l'ulcus du pylore, mais avec toutes les affections du carrefour sous-hépatique qui peuvent retentir sur le pylore.

Le cancer du pylore a une douleur tardive, exagérée par les aliments ; il s'accompagne d'hypo ou d'anachlorhydrie, d'hémorragies continues.

Enfin, en présence de douleurs violentes mal rythmées, on pourrait songer aux douleurs cœliaques des ptosiques, à des crises tabétiques ou à de l'aortite abdominale.

Quant à faire un *diagnostic de siège de l'ulcère*, ce sont avant tout les signes radiologiques qui serviront de base. Il faut savoir, en effet, qu'il existe des ulcères juxtapyloriques revêtant l'allure clinique d'un ulcus duodénal pur, de même que l'ulcère bulbaire peut être à l'origine d'un pyloro-spasme réflexe.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 67, p. 1210.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LONDRES-VICHY. PULLMAN. — Jusqu'au 19 septembre on peut aller de Boulogne et de Paris à Vichy dans un confortable fauteuil Pullman par le train de luxe quotidien Londres-Vichy-Pullman comprenant des voitures Pullman de 1re classe entre Boulogne et Vichy et des voitures Pullman de 1re et 2e classes entre Paris et Vichy.

Départ de Londres, 9 h.; de Boulogne-Maritime, 13 h.; d'Etaples, 13 h. 52 ; de Paris P.-L.-M., 17 h. 15.

Arrivée à Vichy, 22 h. 15.

En sens inverse, départ de Vichy, 9 h. 16.

Arrivée à Paris-P.-L.-M., 14 h. 17 ; à Etaples, 18 h. 23 ; à Boulogne-Maritime, 18 h. 56 ; à Londres, 22 h. 50.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin e 10 Juillet 1928)

DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DÉPÔT: LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS

— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

PEPTONES de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS d'ŒUF et de LAIT
FARINE DE BLÉ dans l'enrobage
SULFATE de MAGNÉSIE

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
en Granulés
PEPTALMINE MAGNÉSIÉE
4 PEPTO. ALBULMINES + Sulfate de Magnésie
MIGRAINES · CONGESTION DU FOIE

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE et CHOLAGOGUE

en Granulés seulement

Littérature & Echantillons à MM. les Docteurs - Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA - Dr E PERRAUDIN Ph. de l'Cl. 21, rue Chaptal, PARIS

CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

Laboratoires WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO-INTESTINALE

PUB. PICARD



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

R. C., 133.144, Seine.

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — *Concours d'internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire, s'ouvrira le lundi 21 octobre 1929, à 9 h. du matin, à l'hôpital de la Charité de Lille.

Concours d'externat — Un concours pour huit places d'externes s'ouvrira le lundi 21 octobre 1929, à 9 h. du matin, à l'hôpital de la Charité de Lille.

Les inscriptions pour ces deux concours sont reçues dans les bureaux de l'Administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, jusqu'au jeudi 10 octobre 1929, à 5 h. du soir (dernier délai).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Inscriptions trimestrielles.* — Pendant l'année scolaire 1929-1930, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre, du 7 au 22 octobre 1929.
Deuxième trimestre, du 3 au 18 janvier 1930.
Troisième trimestre, du 28 mars au 12 avril 1930.
Quatrième trimestre, du 2 au 19 juillet 1930.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Ribet (de Perregaux) et Tabet (de Tlemcen).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée au docteur Dumoulin (de Sarcelles), mort victime de son dévouement.

MARINE. — Les médecins de 1re classe dont les noms suivent sont autorisés à prendre part aux concours pour les emplois de chef de clinique, professeur et prosecteur indiqués ci-dessous qui doivent avoir lieu à Toulon aux dates ci-après :

1° Le lundi 2 septembre 1929 : chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application à Toulon, M. Perves.

2° Le mardi 3 septembre 1929 : *A.* Professeur d'histologie et d'embryologie aux Ecoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon : MM. Daoulas, Moreau et Paponnet.

B. Prosecteur d'anatomie aux Ecoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon : MM. Barrat et Fougerat.

— Par décision ministérielle du 22 août 1929, la valeur de

BIOPHORINE GIRARD
Kola-Glycérophosphatée
ASTHÉNIE - NÉVROSES - CONVALESCENCES

la bourse et du trousseau de l'Ecole principale du Service de santé de la marine a été fixée comme suit pour l'année scolaire 1929-1930 :

1° Bourse, 3.000 fr.;

2° Trousseau : première année scolaire, 3.510 fr.; deuxième année scolaire, 1.200 fr.; troisième année scolaire, 1.920 fr.; quatrième année scolaire, 1.300 fr.

MISSION. — Le docteur Georges Portmann, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, chargé de missions par le ministère de l'Instruction publique, s'est embarqué le 23 août, sur le *Lutétia*, pour l'Amérique du Sud.

Il se propose de faire une tournée de conférences scientifiques au Brésil, en Argentine, en Uruguay et au Chili, où il sera reçu par les autorités universitaires de ces pays assistées des anciens élèves qui ont suivi ses cours à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Ce voyage fait partie du programme de propagande scientifique que le professeur Georges Portmann a inauguré, au cours de ces dernières années, par des conférences dans les Etats de l'Amérique du Nord et de l'Europe, notamment dans la nouvelle Russie, où, le premier de tous les savants français, il eut l'occasion d'accomplir une mission officielle.

GEORGE PORTMANN ALUMNI ASSOCIATION OF THE UNIVERSITY BORDEAUX-FRANCE. — La « George Portmann Alumni Association », formée par tous les anciens élèves américains du professeur Portmann, tiendra son Congrès annuel le 22 octobre prochain, à Atlantic City.

Le bureau est actuellement composé de la façon suivante : président, docteur James A. Flynn (de Washington); vice-président, docteur J.-F. Buzzard (de Portage); secrétaire, docteur J. W. H. Lefèvre (de Lancaster Pa); trésorier, docteur J. Hill (de Saint-Augustine Fla).

On est prié de faire connaître le titre des communications au docteur J. W. Lefèvre, 234, North Duke st., Lancaster, qui pourra également donner tous renseignements utiles.

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE MÉDECINS INSPECTEURS D'ÉCOLES DES COMMUNES SUBURBAINES DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine, le jeudi 24 octobre 1929, pour le recrutement de 75 médecins inspecteurs d'écoles des communes de banlieue.

CONDITIONS D'INSCRIPTION. — Les candidats doivent réunir les conditions suivantes : 1° être de nationalite française, avoir leur domicile depuis deux ans au moins dans le département de la Seine et être pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de l'Etat; 2° être âgés d'au moins trente-deux ans au 1er juillet de l'année du concours; 3° compter cinq années de pratique professionnelle au 15 août de la même année.

Exceptionnellement, par dérogation à cette dernière disposition, les anciens internes des hôpitaux de Paris, ayant accompli intégralement leur quatre années d'internat et exerçant la médecine depuis deux ans, pourront prendre part au concours.

FORMALITÉS D'INSCRIPTION. — Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service des examens, 3 *bis*, rue Mabillon, Paris (VIe), tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et de 14 à 17 h., du jeudi 12 septembre jusqu'au lundi 30 septembre 1929 inclus, délai de rigueur.

Les candidats auront à produire les six pièces ci-après : 1° une demande d'inscription sur papier timbré à 3 fr. 60; cette demande devra être accompagnée d'une notice individuelle établie sur la formule imprimée qui est annexée au programme délivré par l'administration; 2° leur acte de naissance sur papier timbré; 3° une pièce authentique justificative de la nationalité française (livret militaire, carte d'électeur, certificat de nationalité, etc.); 4° leur diplôme de docteur en médecine; 5° une pièce justificative de cinq ans, au moins, de pratique professionnelle (deux ans seulement pour les anciens internes des hôpitaux de Paris en situation d'établir qu'ils ont accompli leurs quatre années d'internat); 6° une pièce justificative des conditions de domicile (certificat du maire ou du commissaire de police, ou carte électorale, patente, quittances de loyer, de gaz, etc.).

Les candidats qui auraient à faire valoir des services médicaux publics antérieurs devront en fournir la justification au moment de leur inscription.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée définitivement par le Préfet de la Seine.

Les candidats devront s'adresser au service des examens pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les épreuves. Néanmoins, des convocations donnant des indications leur seront adressées à domicile; mais l'administration décline toute responsabilité dans le cas où ces convocations ne leur parviendraient pas.

EPREUVES DU CONCOURS. — Le concours comprend deux séries d'épreuves : 1° une épreuve d'admissibilité; 2° une épreuve définitive.

1° *Epreuve d'admissibilité.* — Cette épreuve est éliminatoire. Elle consiste en une composition écrite, d'une durée de deux heures, qui comprend deux sujets : *a.* un sujet de médecine infantile (cote : 15 points); *b.* un sujet d'hygiène scolaire ou de pédagogie physiologique (cote : 15 points).

Seront seuls admis à prendre part à l'épreuve définitive les candidats classés dans les 115 premiers à l'épreuve d'admissibilité, à condition qu'ils aient obtenu 18 points au moins pour cette épreuve.

2° *Epreuve définitive.* — *a.* Examen d'une école; examen d'une classe; examen collectif ou individuel des enfants (fiche scolaire) et rapport sur cet examen (cote : 30 points); *b.* Exposé de dix minutes sur un sujet d'hygiène à l'usage des écoliers, après dix minutes de préparation (cote : 20 points).

Cette seconde partie de l'épreuve est publique.

CLASSEMENT DES CANDIDATS. — Les candidats seront classés suivant le nombre total des points obtenus par chacun d'eux; dans le cas où deux candidats auraient le même nombre de points, le jury se basera, pour donner la priorité, sur les services publics rendus par eux antérieurement, sur leurs titres scientifiques et sur leurs titres militaires.

La liste de classement sera définitivement arrêtée par le Préfet de la Seine.

L'affectation des candidats déclarés admis aura lieu au fur et à mesure des vacances, d'après la situation du domicile et l'ordre de classement.

Les médecins inspecteurs titulaires sont nommés pour trois années à dater de leur entrée en fonctions. A l'expiration de cette période, ils peuvent être réinvestis.

Nota. — Le programme détaillé des matières du concours est délivré gratuitement au service des examens, 3 *bis*, rue Mabillon, et à l'Hôtel de Ville (service des renseignements).

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

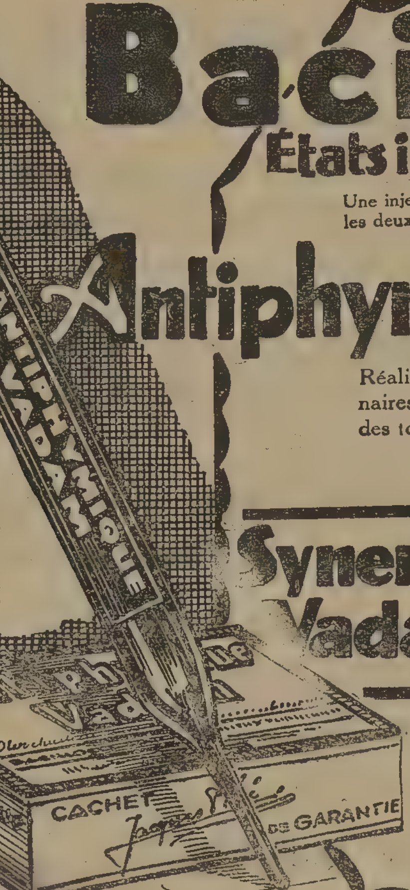
Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam

Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.



FORMULE

Iode 0.01
Cholestérine . . . 0.10
Cinnamate de Benzyle 0.05
Eucalyptol 0.05
Goménol 0.05
Gaiacol 0.05
Huile stérilisée. 1c.c. 5

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Échantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone: Archives 08-27

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROÏDINE

0gr.25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, Boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intra-veineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,
Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.
Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).
Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

0 gr 30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons. Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano, PARIS

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'ACTINOLOGIE [1]

RAPPORTS

Les rapports présentés traitaient des questions suivantes :

Choix d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets utilisés en médecine.

Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière.

Le traitement des rhumatismes par les rayons infrarouges.

La valeur prophylactique des rayons ultraviolets.

Choix d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets utilisés en médecine.

M. J. SAIDMAN (de Paris) ayant fait choix de l'érythème comme critérium biologique étudie l'activité réactionnelle de la peau aux différentes longueurs d'onde en utilisant un monochromateur puissant. Il découvre le maximum d'activité au voisinage de la longueur d'onde 3.000 A., et trace une courbe spectrale de la sensibilité cutanée moyenne en donnant à chaque longueur d'onde un coefficient d'activité par rapport à celui des rayons de 3.000 A. dont le coefficient est, par définition, égal à 1. Se rattachant au système C. G. S., Saidman en arrive à la définition suivante d'une unité de mesure biologique à laquelle il propose de donner le nom de Finsen : « c'est le rayonnement ayant les mêmes effets cutanés qu'un faisceau monochromatique de 3.000 A. transportant une énergie d'un erg ».

M. W. COBLENTZ (de Washington) propose de définir, comme unité de dosage « le rayonnement U. V. (absorbé par le verre à vitre) ayant une intensité (densité du flux radiant) de 0,001 petite calorie par minute ». L'unité porterait le nom de Finsen et l'abréviation F. L'emploi de l'unité serait facile : s'il faut, par exemple, 20 U. F. d'ultraviolet solaire pour provoquer un érythème chez un blond et que l'intensité de l'U. V. solaire soit, à l'heure de l'exposition, de 0,001 p. calorie gramme (= 1 U. F.), il faudra une exposition de vingt minutes. A midi, si l'intensité est de 0,004 p. calorie gr., il suffira de cinq minutes.

M. P. KELLER (de Fribourg-en-Brisgau) pense que le dosage de la lumière ultraviolette thérapeutique doit consister en une mesure de son pouvoir biologique; et que pour étudier ce pouvoir il faut choisir parmi les différentes réactions biologiques l'érythème. Mais il montre que l'érythème dépend de l'intensité en U. V. et de la susceptibilité variable de la peau pour les différentes longueurs d'onde ultraviolettes; et que cette susceptibilité dépend du temps qui s'écoule entre l'irradiation et l'apparition de l'érythème, de la nature de la peau (teneur en cutine), de l'intensité de l'érythème : plus un érythème est intense, plus son apparition relève des grandes longueurs d'onde. Aussi l'auteur n'est pas d'avis de mesurer l'intensité physiquement mesurable de chaque longueur d'onde des rayons U. V. par leur pouvoir biologique évalué grâce à une constante de susceptibilité unique, établie pour chaque longueur d'onde; il n'est pas non plus d'avis d'entreprendre une évaluation biologique de l'action énergétique mesurée physiquement pour le complexe des longueurs d'onde car on ignore comment les érythèmes produits par chaque longueur d'onde réagissent les uns sur les autres et s'additionnent. Pour Keller, il faudrait d'abord établir la réaction érythémateuse complexe de la dose des rayons U. V., et ensuite chercher une méthode de mesure qui soit parallèle à l'action érythémateuse complexe du rayonnement ultraviolet total.

M. S. STRAUSS (de Vienne) présente et décrit un nouvel appareil de mesure de la lumière, le « Mekorpion » qui permet de faire (et également d'enregistrer) des mesures de toute sorte des rayons lumineux depuis l'ultraviolet inclus, et ce sans coefficient d'erreur personnelle.

Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière.

M. BRODY (de Grasse) envisage tout d'abord le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie. Il préconise la technique suivante : cures progressives de soleil jusqu'à concurrence de trente minutes sur la face antérieure du corps, trente minutes sur la face postérieure; l'ensemble de ce traitement durant de deux à trois mois. Puis cure de désaccoutumance et de dépigmentation, de trois semaines à trois mois, au cours de laquelle l'amélioration peut avoir un renouveau d'activité. Enfin, après le retour de la photosensibilité, nouvelle cure solaire de deux à trois mois et ainsi jusqu'à guérison. Grâce à cette technique Brody a obtenu de très beaux résultats. L'auteur envisage ensuite le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'association de l'héliothérapie naturelle et artificielle. Très partisan de cette association qui réduit considérablement la durée totale du traitement, Brody conseille l'emploi de l'héliothérapie le matin, et le soir celui de l'actinothérapie en utilisant à la fois la lampe à vapeur de mercure et l'arc polymétallique. Comme dans la cure solaire il préconise une cure de dépigmentation et de désaccoutumance, avec repos simultané des deux traitements. Enfin l'auteur envisage le traitement de la péritonite tuberculeuse par la méthode chirurgicale combinée avec différentes irradiations. Il pense que l'opération n'est indiquée que dans les grands épanchements ascitiques ou dans les complications de la péritonite et qu'en ces cas mêmes, elle doit être précédée d'une cure de lumière, qui libère presque toutes les adhérences, mobilise presque toutes les lésions, fait fondre et disparaître les gâteaux, stimule l'état général, facilitant ainsi le travail du chirurgien.

M. O. BERNHARD (de Saint-Moritz) sur 103 cas de tuberculose péritonéale qu'il a traité, en Engadine supérieure à 1.800 mètres d'altitude, par la thérapeutique climato-diététique, 95 p. 100 environ ont guéri. Ces guérisons furent, dans la plupart des cas, des guérisons durables. Les meilleurs résultats furent obtenus par Bernhard dans les cas de péritonite avec épanchement, ainsi que dans la péritonite plastique avec tumeurs et noyaux caséeux (mortalité : 1 1/2 p. 100). Dans la forme ulcéro-caséeuse, l'auteur a eu 20 p. 100 de mortalité. Bernhard emploie également avec succès, les jours dépourvus de soleil, la lampe à vapeur de mercure.

M. ORY (de Liége) étudie les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été employées dans la péritonite tuberculeuse. Pour lui l'actinothérapie donne d'aussi brillants résultats que le bistouri dans les formes ascitiques; de plus beaux dans les formes caséeuses; il pense d'autre part que dans les formes localisées les indications doivent être discutées; et que dans les formes sèches il est indiqué d'employer à la fois la laparotomie, les rayons ultraviolets, les rayons X et la diathermie.

M. A. ROLLIER (de Leysin) expose les propriétés physiologiques de la peau en s'appuyant sur les travaux récents. Il montre le rôle capital que cet organe peut jouer dans la lutte de l'organisme contre l'infection tuberculeuse. Or l'air et la lumière activent les fonctions cutanées. Rollier conseille donc de pratiquer l'héliothérapie d'altitude en faisant agir la totalité du spectre solaire sur toute la surface tégumentaire. Pour lui toutes les atteintes bacillaires du péritoine sont susceptibles de se guérir par le soleil; il a surtout traité des formes exsudatives, plastiques et fibro-caséeuses.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Le traitement des rhumatismes par les rayons infrarouges.

MM. H. Dausset et Leroy (de Paris) montrent que les bains d'infrarouge associés aux rayons lumineux et suivis d'hydrothérapie, sont d'une efficacité remarquable dans le traitement des séquelles du rhumatisme aigu et amènent rapidement la guérison. Pour ces auteurs, les rayons lumineux et infrarouges enrayent et même parfois font régresser l'évolution du rhumatisme chronique à condition de répéter souvent et longtemps les séances, et de considérer surtout ce traitement comme adjuvant d'autres médications. Dausset et Leroy estiment que l'infrarouge combiné à l'ultraviolet et à la lumière blanche de la lampe à arc est aussi un bon adjuvant parmi les agents employés contre le rhumatisme tuberculeux; que l'infrarouge améliore les manifestations locales blennhorragiques, et qu'il est surtout un adjuvant dans les formes goutteuses; enfin que dans le lumbago, le rhumatisme musculaire, la cellulite abdominale, l'infrarouge, par sa seule action, amène souvent la guérison.

M. J. van Brumen (d'Amsterdam) développe le problème de la photothérapie rationnelle dans le rhumatisme chronique en se basant sur les quatre facteurs déterminants que la Ligue Internationale contre le rhumatisme a proposés comme sujet d'étude pour un meilleur diagnostic et une meilleure thérapeutique des maladies rhumatismales chroniques. Ces quatre facteurs sont :

I. Infection focale (foyers d'infections).
II. La diathèse rhumatismale ou constitution anormale.
III. Troubles de la circulation cutanée.
IV. Facteurs externes (météoriques, sociaux).

Comme tonique général dans beaucoup d'affections rhumatismales chroniques, les rayons ultraviolets (lampe à vapeur de mercure, lampe à arc) peuvent être appliquées avec succès, d'où il peut s'ensuivre une augmentation considérable de la résistance de l'organisme, surtout dans le rhumatisme à forme infectieuse. D'autre part, au sujet de la diathèse arthritique, l'auteur insiste sur les troubles du système nerveux autonome, sur l'insuffisance ou les troubles des glandes endocrines. Or les rayons ultraviolets, particulièrement ceux compris entre les longueurs d'onde 2.500 A. et 3.000 A. ont une action favorable sur toutes les fonctions du système nerveux autonome.

Van Brumen envisage ensuite les troubles de la circulation cutanée et montre l'influence des radiations émises par la lampe à vapeur de mercure aussi bien que par les lampes à incandescence sur ces troubles. Enfin l'auteur montre que les facteurs météorologiques défavorables au rhumatisme, tels que le froid et l'humidité, peuvent très bien être combattus par les agents physiques et en particulier par les rayons lumineux.

La valeur prophylactique des rayons ultraviolets.

MM. E. et H. Biancani (de Paris) montrent tout d'abord l'action du facteur lumière sur la nutrition et la croissance des animaux soumis à un régime normal ou à un régime déséquilibré. Ils envisagent ensuite le rôle de la lumière en physio-pathologie humaine et, en particulier, dans l'étiologie du rachitisme. Cette affection, aboutissant de tous les troubles de la nutrition qui atteignent un organisme en voie de croissance, ne peut s'expliquer par une cause unique, mais par un ensemble de facteurs. Choisissant parmi ces facteurs la carence vitaminique et la carence solaire, ils constatent que le rachitisme fait son apparition lorsque ces deux facteurs sont en cause. E. et H. Biancani en arrivent à l'étude du rôle prophylactique de la lumière. Après avoir montré que les radiations lumineuses et ultraviolettes peuvent empêcher le développement du rachitisme et de la tuberculose, ils abordent le problème important des réalisations.

Ils envisagent d'abord ce problème au point de vue urbanisme : Les enfants chétifs doivent vivre de préférence dans des lieux bien aérés, bien ensoleillés, dans des cités-jardins, dans des écoles en plein air, mais ils doivent aussi être soumis à l'action bienfaisante des radiations de courtes longueurs d'onde. Le soleil peut fournir ces radiations, quoique en faible quantité. Mais trop souvent, dans les grandes villes, elles font complètement défaut. Faut-il donc diriger ces enfants vers des régions favorisées? Pour des raisons d'ordre économique et familial, le départ de tous les petits malingres d'une ville est impossible. C'est sur place qu'il faut chercher le remède. Or le remède existe, un remède à la fois efficace et pratique : il consiste à soumettre ces enfants à l'action d'un rayonnement artificiel, riche en rayons de courte longueur d'onde (2.800 à 3.100 A). Tous les enfants des écoles maternelles et communales qui sont susceptibles de bénéficier de ces rayons peuvent, à la sortie de l'école, venir dans les centres d'hygiène infantile, et là, sous la direction de médecins spécialisés, être soumis à des séances d'irradiation collective. Afin de propager la pratique des irradiations artificielles collectives, E. et H. Biancani ont créé en France une œuvre d'hygiène sociale infantile : le rayon de soleil, placée sous la présidence de M. Strauss et la direction scientifique et médicale de MM. Jules Renault et Belot. Cette œuvre a commencé son effort par la région parisienne; elle se propose d'organiser dans tous les quartiers et les communes de cette région des centres situés à proximité des écoles maternelles et communales. E. et H. Biancani terminent leur rapport par la question du rôle de l'ergostérol irradié en hygiène infantile. Pour eux, différentes raisons semblent enlever en partie à ce corps les qualités requises à cet égard. L'ergostérol irradié sera toujours un produit assez coûteux et son emploi ne pourra être généralisé. Son activité est trop grande pour qu'on puisse le laisser à la disposition du public. Son domaine d'action enfin est limité : il n'agit pas sur tous les désordres observés chez les rachitiques et, d'autre part, dans les autres affections de l'enfance, il est souvent inefficace.

M. Woringer (de Strasbourg) évalue l'effet prophylactique de la lumière par l'étude des variations des maladies dans la zone tempérée. Il montre que les affections à l'égard desquelles l'irradiation solaire exerce une action préventive présentent une courbe saisonnière du type hiberno-vernal, à maximum du mois de mars et à minimum du mois de septembre. Cette courbe représente pour l'auteur un critère tellement constant et caractéristique qu'elle peut servir à dépister les affectious sensibles à la lumière. Grâce à elle, Woringer a pu isoler un groupe de maladies, dites héliophobes, parmi lesquelles se rangent le rachitisme, la spasmophilie, la méningococcie, les oreillons, l'encéphalite léthargique, la peste, la variole. Pour toutes ces maladies, Woringer pense que la lumière exerce une action prophylactique certaine et que l'irradiation systématique et régulière de tous les sujets permettrait de réduire considérablement le taux de la morbidité par ces affections.

M. K. Huldschinsky (de Berlin) montre que la découverte de l'action spécifique des rayons ultraviolets sur le rachitisme permet de se servir de cette maladie comme test pour connaître la valeur d'une source de rayonnement ultraviolet ou d'une substance activée par ce rayonnement. Il existe aujourd'hui deux moyens de connaître l'efficacité d'une source ultraviolette : l'expérience thérapeutique et l'expérience prophylactique. Le premier consiste, pour Huldschinsky, à attendre le développement complet de la maladie et puis à essayer de la guérir par le remède à étudier. Dans l'expérience prophylactique, on applique le remède en même temps que le principe rachitigène agit.

La prophylaxie a réussi si le rachitisme n'est pas apparu.

La question de la prophylaxie du rachitisme a, par conséquent une valeur, non seulement clinique mais aussi expérimentale. Huldschinsky envisage ensuite le problème de la croissance de l'homme et montre que la prophylaxie par les ultraviolets doit avoir égard aux périodes de croissance de l'enfant aussi bien qu'aux périodes climatiques (hiver).

M. R. Ledent (de Liége) reprend une série de cas présentés en 1925, à la Société belge de physiothérapie et montre l'évolution très favorable de la croissance des sujets revus en 1929. Aucune maladie intercurrente n'est survenue, aucun réveil de tuberculose n'a été enregistré. Il y a lieu de remarquer que René Ledent combine la gymnastique respiratoire et l'actinothérapie par lampes à vapeur de mercure.

COMMUNICATIONS

A côté de ces rapports, furent présentées au Congrès de très nombreuses communications sur des sujets divers d'ordre physique, biologique et médical (1). Au point de vue *physique* différents problèmes furent envisagés : les sources d'émission employées en médecine (V. Thorsin, Jaeckel, Jarotyki), la répartition de l'énergie dans le spectre ultraviolet de l'arc à mercure (Audant et Lecomte), la mesure des radiations ultraviolettes (Ladislas Gorczyski), les localisateurs déformables (L. H. Dejust).

Au point de vue *biologique*, les réactions cutanées furent le sujet de quelques communications intéressantes. Ainsi, la pénétration des rayons (Lombalt), l'action respective des ultraviolets et des infrarouges (E. et H. Biancani), la mesure de l'action radiante par l'érythème (Schall), la pigmentation (Lignar, Messerli), l'accoutumance (Levisate), le biotropisme microbien et les rayons ultraviolets. Mais il faut tout spécialement signaler les beaux travaux de Jausion et aussi ceux de Haussmann sur les phénomènes de photosensibilisation. Enfin, l'action antagoniste des rayons ultraviolets et infrarouges sur certaines espèces microbiennes a été envisagée par différents auteurs (de Nobele, de Potter et van Haelot).

Au point de vue *clinique*, le traitement de la tuberculose fut le sujet de quelques études (Pares, Bresard, Lovisatti, Kisch, Paschetta), Messerli); mais ce fut la pédiatrie qui fournit le plus grand nombre de communications : action des aliments irradiés sur le rachitisme (Spolverini, Spiegel, Adolf, Wygk et Rurinsk, Lesné et Clément, Peemoller); rapports entre la sensibilité cutanée aux ultraviolets et leur action sur la croissance (Hickel), action des ultraviolets sur l'érysipèle des nourrissons (Becker) et sur l'asthme (Lautmann).

Il faut également signaler les études consacrées à la dermatologie et en particulier celles de Meyer sur le traitement du lupus tuberculeux; de Porcelli, sur les alopécies; de Colaneri, sur les radiodermites; de Jausion et Dufestel, sur la photosensibilisation; de E. et H. Biancani, sur l'action eutrophique des rayons infrarouges. Enfin, on discuta d'une série d'autres questions cliniques se rapportant aux affections du tube digestif (Huet et Sobel, Nemours Auguste et Bertillon), du système nerveux (Brounstein), aux affections gynécologiques (Mme Francillon-Lobre et Mlle Palisse, Pierra), et on s'intéressa aussi à l'action des ultraviolets en oto-rhino-laryngologie (Frend, Worms, Cemach, Strondberg; en ophtalmologie (Koffmann, Gutmann); en odonto-stomatologie (Dufougeré); aux accidents qu'ils peuvent provoquer (Losun, Nemours-Auguste) et à leur rôle en hygiène sociale.

DÉCISIONS ET VŒUX

A la suite de la première conférence de la lumière, tenue à Lausanne en 1928, et du premier Congrès international d'actinologie, tenu à Paris en 1929, il a été décidé de créer un Comité international composé de six délégués par nation. Le bureau de ce Comité est constitué comme suit : président, professeur Axel Reyn, directeur de l'Institut Finsen, à Copenhague; vice-présidents, professeur Linke, de l'Institut de météréologie de Francfort; professeur Hausmann, de l'Institut de photothérapie de Vienne; professeur Jausion, du Val-de-Grâce, de Paris. Le secrétariat est assuré par le professeur Rosselet, de l'Université de Lausanne, assisté du docteur René Ledent, de Liége.

La prochaine réunion aura lieu en 1932, à Copenhague.

D'autre part, une Commission sera créée pour l'étude de la mesure du rayonnement ultraviolet, commission qui proposera à un prochain Congrès ou Conférence, une unité pour la mesure de ce rayonnement appliqué en thérapeutique.

Enfin, le premier Congrès international d'actinologie a émis différents vœux. Il insiste, en particulier, auprès des pouvoirs publics :

1° Pour que toutes mesures utiles soient prises pour favoriser la création des centres d'irradiation sous un contrôle médical effectif, afin de réaliser, d'une façon efficace, la prophylaxie anti-rachitique et anti-tuberculeuse;

2° Pour que toutes mesures utiles soient prises afin que la prescription et l'emploi thérapeutique des rayons ultraviolets, méthode délicate pouvant devenir dangereuse dans des mains inexpérimentées, soient réservées exclusivement aux docteurs en médecine et aux odonto-stomatologistes en ce qui concerne leur spécialité.

EXPOSITIONS

Société Gallois. — Projecteur à infrarouges avec lentille de Fresnel. Le faisceau lumineux est rendu parallèle au moyen d'une lentille de Fresnel et un réflecteur secondaire permet les irradiations locales par deux portes d'entrée.

Société d'hygiène française. — Comparateur phonométrique Ripart Berheim, spécialement conçu pour mesurer la fluorescence.

Walter. — Présente une lampe à arc (docteur Dausset), qui est animée pendant l'irradiation d'un mouvement de va et vient suivant une direction parallèle au malade.

La verrerie scientifique. — La table d'insolation collective du docteur Duhem et des lampes à vapeur de mercure pour photographies ou cinématographie médicale.

Etablissements M. Chenaille. — Une lampe à rayons ultraviolets pour traitements locaux, à auto-refroidissement, à laquelle on peut donner toutes les inclinaisons sans extinction du brûleur. Cette lampe permet, grâce à une lentille, une concentration de rayons sur une surface qui peut se réduire à 2 millimètres de diamètre.

Présentation d'une lampe très puissante à irradiation collective, permettant d'irradier dix à douze personnes se tenant debout en cercle autour d'elle.

Société anonyme française Holophane. — Verre à vitre, transparent à l'ultraviolet solaire (50 p. 100 de transmission à 2.950 A et 62 p. 100 à 3.000).

Verre de Wood coulé et monté en lentilles de grandes dimensions jusqu'à 30 centimètres × 30 centimètres.

G. Duflot. — Lampe à ultraviolet destinée aux traitements locaux à refroidissement par pompe à air.

Jobin et Yvon. — Spectromètre pour infrarouge. Spectrographe pour ultraviolets et lumière visible.

Société des établissements Jules Richard. — Solarimètre. Solarigraphe. Actinomètre. Brasier Richard. Spectrographe du docteur Gorczinski.

A côté de l'exposition des appareils modernes se trouvait l'*Exposition rétrospective*, organisée avec le concours de l'*Institut Finsen*, de l'*Institut d'optique théorique et appliquée*, du

(1) On trouvera, dans le n° 4 de la *Revue d'actinologie et de physiothérapie* (Expansion scientifique française, 43, rue du Cherche-Midi), l'analyse des rapports et des communications présentés au Ier Congrès international d'actinologie.

National museum de Washington; Mme Zelia NUTTAL avait prêté des documents concernant le culte du soleil chez les anciens habitants de la zone tropicale de l'Amérique.

Plusieurs pièces intéressantes provenaient du *Musée du Trocadéro* et de la collection du docteur BERNHARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1929)

Contribution à l'étude des perforations d'ulcus gastriques et duodénaux. — M. VILLANDRE fait un rapport sur trois observations de M. FLAHAUT (de Cholet). Les deux premières concernent des perforations gastriques; la troisième une perforation duodénale. L'auteur a pratiqué l'enfouissement, la gastro-entérostomie et le drainage à la Mikulicz. Guérison des deux premiers cas; le troisième est mort le treizième jour de phénomènes pulmonaires.

Amibiase hépatique simulant la cholécystite. Drainage de l'abcès par la cholécystostomie. Guérison. — M. V. PAUCHET fait un rapport sur cette observation de M. MAC DONALD (de Huelva, Espagne). Les symptômes étaient ceux de la cholécystite. Cholécystostomie. La guérison complète a été assurée par un traitement à l'émétine et au stovarsol.

Fracture par arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. — M. SÉJOURNET fait un rapport sur cette observation de M. MILLET (de Paris). Un jeune homme de seize ans, après un effort de saut, présente de l'impotence du membre inférieur et un hématome du genou. A l'intervention, la tubérosité antérieure du tibia est arrachée et fracturée en deux morceaux contenus dans l'extrémité inférieure du tendon rotulien. Hémi-cerclage au fil de bronze. Deux ans après il persiste une gêne légère, fatigue plus rapide, atrophie musculaire. Une radiographie montre la consolidation de la fracture. Le fil métallique est bien toléré.

Arrachement du tendon du quadriceps au niveau de son insertion rotulienne. — M. SÉJOURNET fait un rapport sur cette observation de M. MILLET (de Paris). Un homme de soixante-dix ans tombe et ne peut se relever. Hématome du genou et dépression profonde au niveau de l'insertion du quadriceps. Opération : le tendon du quadriceps totalement arraché est suturé au catgut; réfection des expansions des muscles vastes. Marche normale au bout de deux mois.

Opération d'Albee chez une pottique ayant présenté une double paraplégie. — M. MASSART communique l'observation d'une malade de vingt ans ayant présenté une double paraplégie traitée par la ponction d'un abcès abordé par costo-transversectomie avec repérage radiographique. Les troubles sensitifs et moteurs ayant rapidement rétrocédé, l'auteur fit quatre mois plus tard une opération ankylosante du rachis. La guérison de la paraplégie se maintient depuis vingt mois; l'état général et local est excellent. Les opérations d'Albee chez les paraplégies guéries sont actuellement rares et cette observation mérite d'être particulièrement retenue,

Technique de la réduction des fractures de jambe sur la « table à fractures ». — Pour les fractures fermées de jambe à grand déplacement et difficiles à réduire, M. JUDET utilise une « table à fractures » permettant de tirer dans la direction et avec la force voulue. Après contrôle aux rayons X, le membre est mis en suspension pour permettre, sans risque de déplacement, la construction d'un appareil plâtré exact. L'auteur insiste sur l'importance d'un traitement précoce, car les difficultés de réduction s'accroissent rapidement avec le temps; et sur la nécessité d'une surveillance constante de l'appareil. Grâce à cette technique de précision, l'ostéosynthèse devient inutile dans la majorité des cas.

Un cas de syphilis musculaire pseudo-néoplasique. — M. PLANSON communique l'observation d'un homme de quarante-cinq ans atteint d'une tumeur du muscle grand dorsal, grosse comme deux forts poings et dont les caractères (consistance, volume, absence de limites nettes, évolution) étaient telles qu'on ne pouvait penser qu'à une néoplasie maligne et que le diagnostic de sarcome musculaire s'imposait. Or, après ablation chirurgicale, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une myosite scléro-gommeuse de nature syphilitique. L'auteur rappelle les quelques observations similaires qui ont été publiées et attire l'attention sur la nécessité de toujours penser à la syphilis en présence des tumeurs musculaires.

Cancérisation de la maladie de Basedow. — MM. V. PAUCHET et HIRCHBERG montrent que le traitement de la maladie de Basedow doit être médico-chirurgical. Le traitement médical sera utilisé dans tous les cas. L'opération opératoire sera basée sur le métabolisme basal et l'examen du pouls : on ramène le malade à un métabolisme normal avec l'iode et le pouls à 100 avec la quinicardine. L'opération est faite sous-anesthésie locale et supprime les 4/5 de la glande thyroïde. Ce goitre peut devenir cancéreux; l'intervention prévient cette transformation. Celle-ci peut être soupçonnée quand on constate, à l'examen microscopique, de grosses atypies nucléaires et des karyokinèses.

Les fractures isolées des apophyses transverses lombaires. — M. MASINI (de Marseille) en communique trois observations. Il décrit le mécanisme, le diagnostic et le traitement de ces fractures, plus fréquentes qu'on ne le croit habituellement.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par la « lampe à arc ». — MM. BARBARIN et DAUSSET ont obtenu dans le traitement des tuberculoses chirurgicales d'excellents résultats par les bains de lumière de « lampe à arc ». Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux que donnent les rayons ultraviolets. Pour ces auteurs, la lampe à arc est la véritable cure solaire artificielle indiquée chaque fois que l'héliothérapie continue n'est pas possible.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1929)

Dosage comparé des albumines plasmatiques par azotométrie et par réfractométrie. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER. En dosant les albumines du plasma comparativement par azotométrie et par réfractométrie (réfractomètre et tables de Reiss), les auteurs ont vu que la première méthode donne des chiffres inférieurs à ceux obtenus par la seconde, la différence étant en faveur de la réfractométrie. A l'état normal on peut donner comme chiffre d'albumine plasmatique par litre : 70 à 75 grammes (moyenne 72 grammes) par l'azotométrie, et 80 à 84 grammes par la réfractométrie, ce qui confirme les travaux antérieurs faits sur cette question.

Kyste hydatique suppuré du poumon avec suppuration fétide à streptocoque guéri spontanément par vomique curative. — M. R. JARRY.

Un cas de maladie ostéogénique. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et Mlle M. SOULAS présentent les radiographies d'une enfant de dix ans dont le squelette portait 70 hyperpro-

ductions osseuses, circonscrites ou diffuses; dont la taille était au-dessous de la normale; et dont certains os (notamment un cubitus et un péroné) se trouvaient particulièrement courts. Il n'existait pas de troubles fonctionnels; la malade vint consulter pour la gêne produite par une volumineuse exostose scapulaire qui saillait sous la peau, et qu'il fallut enlever.

Les porphyrines des calculs salivaires. — MM. Derrien et Ch. Benoit ont étudié les prophyrines des calculs salivaires. La fluorescence rouge de l'intérieur de ces calculs, signalée autrefois par Derrien puis examinée par F. Portes et Mlle Pozzodi-Borgo à Alger, est bien due à des porphyrines (coproporphyrines et un peu de protoporphyrine) qui sont très probablement d'origine microbienne; on y décèle, en outre, de la coproporphyrine cuivrique non fluorescente. Pour trois calculs salivaires de cheval, il a été trouvé des teneurs en cuivre de $0^{mmg}3$ par 100 grammes de chaque calcul.

Tétanos. Sérum purifié intraveineux. Guérison. — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et Mme P. Lonjon publient un cinquième cas de tétanos guéri par la sérothérapie intensive.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans ayant réalisé à la suite d'une plaie infectée du genou un tétanos de gravité moyenne. Symptomatologie nette, deux paroxysmes de contracture par jour, fièvre légère.

660 centimètres cubes de sérum purifié représentant 330.000 unités antitoxiques ont été injectés, la moitié dans les veines, la moitié sous la peau et ont amené la guérison en douze jours.

La sérothérapie intraveineuse leur paraît préférable à l'injection intrarachidienne qu'ils trouvent plus difficile chez ces malades et qu'ils accusent de certains accidents de chocs immédiats jamais obtenus par l'injection intraveineuse de sérum dilué.

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1929)

Indications relatives du pneumothorax artificiel, de la phrénicectomie et de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Gaussel.

Phrénicectomie et tuberculose pulmonaire. — M. H. Estor. Après une courte étude anatomique de la région opératoire, l'auteur signale la présence fréquente de nerfs phréniques accessoires, causes de nombreux échecs thérapeutiques. La phrénicectomie a pour but d'immobiliser le poumon grâce à la paralysie diaphragmatique qu'elle entraîne. L'intervention comprend deux temps : recherche du nerf sur la face antérieure du scalène antérieur, exérèse du nerf sur 8 centimètres de long en moyenne. L'immobilisation du diaphragme, l'ascension de la coupole diaphragmatique en sont les conséquences.

La phrénicectomie, employée seule ou en association avec d'autres interventions, est surtout indiquée dans la tuberculose chronique et à tendances fibreuses. Là où le pneumothorax est resté incomplet ou a échoué, elle est une méthode précieuse et dont il y aurait lieu de poser les indications avec une plus grande fréquence.

La thoracoplastie extrapleurale dans la tuberculose pulmonaire. — M. E. Mourgue-Molines.

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1929)

Sarcome du foie. — MM. Vedel, J. Vidal et L. Gondard.

Arthrite du genou simulant une ostéomyélite aiguë, premier signe d'une fièvre de Malte. — MM. Massabuau, A. Guibal et Mlle M. Soulas signalent cet aspect clinique trompeur : début brusque faisant penser à une ostéomyélite supérieure du tibia; atténuation des signes locaux et généraux faisant penser à une arthrite tuberculeuse; régularisation de la température qui devient ondulante et suggère le diagnostic exact, ultérieurement confirmé, de mélitococcie.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — MM. A. Guibal, G. Fayot et P. Henriet ont vu un malade au treizième jour d'une occlusion intestinale complète. Il s'agissait d'un étranglement du grêle par un diverticule de Meckel long de 10 centimètres, perméable sur le tiers de son trajet, fixé par son extrémité à la racine du mésentère. La striction, et par conséquent les lésions de l'anse étranglée, étaient peu intenses.

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1929)

A propos du séro-diagnostic de la mélitococcie. — MM. Lisbonne et P. Devèze. Commentant une publication récente de MM. Ranque et Senez (de Marseille) dans laquelle ces auteurs attirent l'attention sur la fréquence de la coagglutination des bacilles typhiques par les sérums antimelitensiques et les causes d'erreurs qui peuvent en résulter, les auteurs déclarent n'avoir jamais noté le phénomène. Ils exposent leur « modus operandi » de la séro-réaction de Wright et pensent que la discordance de leurs résultats avec ceux des auteurs marseillais doit être due à l'utilisation par ces derniers de souches microbiennes moins spécifiques que celles qu'ils utilisent eux-mêmes.

Hernie diaphragmatique gauche gastro-colique latente, d'origine inconnue, découverte à l'occasion d'un examen radiologique de l'appareil respiratoire pour dilatation bronchique. (*Présentation d'une série de clichés radiographiques.*) — MM. G. Giraud et L. Pares. Relation de l'observation complexe d'un malade qui était porteur :

1° D'une dilatation bronchique étendue dans la région de la base du poumon gauche, qui avait pu être méconnue lors d'examens radiologiques antérieurs en raison de la présence d'une hernie diaphragmatique, les organes abdominaux herniés masquant la région la plus malade de l'appareil bronchique; la radiographie après injection trachéale de lipiodol a été très démonstrative.

2° D'une hernie diaphragmatique gauche gastro-colique très importante demeurée absolument latente cliniquement, ignorée du malade et d'origine tout à fait inconnue.

Méningite pneumococcique. Traitement sérothérapique intrarachidien. Guérison. — M. Maury (de Bessan). Relation de l'observation d'une méningite aiguë pneumococcique survenue brutalement chez une fillette de huit ans traitée par les bains et par la sérothérapie intrarachidienne (injection intrarachidienne de 240 centimètres cubes de sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur). La guérison est obtenue en cinq jours. Les pneumocoques, trouvés à l'état pur à deux reprises dans le liquide céphalo-rachidien, ont été identifiés par ensemencement sur gélose T et repiquage en sérum liquide de lapin jeune (E. Lafont).

Deux cas montpelliérains de fièvre exanthématique du Littoral. — MM. Janbon, P. Henriet et Mlle Labraque-Bordenave rapportent l'observation de deux maladies fébriles avec exanthème dont le tableau clinique se superpose exactement à la description donnée par les auteurs marseillais de la fièvre exanthématique du Littoral (elles en représenteraient les deux premiers cas montpelliérains connus) : bénignité de l'évolution, absence de tuphos, mais existence de symptômes méningés sans modifications appréciables du liquide céphalo-rachidien, éruption formée d'éléments lenticulaires disséminés à type érythémato-papuleux dont beaucoup évoluent vers la transformation pétéchiale, et ne respectant pas la face.

Ils n'ont pu cependant retrouver la « tache noire » décrite par Boinet et J. Piéri. Un des deux cas s'est compliqué de phlegmatia alba dolens. La réaction de Weil-Félix a été négative chez les deux malades.

Fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen. Forme avec intensité des troubles nerveux. — MM. J. Euzière, H. Viallefont et J.-M. Bert. Ce cas a été contracté à Alès (Gard). Il est intéressant de noter que la malade, deux jours avant l'apparition des premiers symptômes, a été piquée au talon par un insecte. En ce point précis est apparue ultérieurement une escarre cutanée. Du point de vue clinique, l'observation ne diffère du tableau ordinaire de la maladie que par la prédominance des symptômes nerveux : légère stupeur avec manifestation délirante, catatonie, signes méningés, mais sans modification du liquide céphalo-rachidien. La séro-réaction de Weil-Félix fut négative.

Hydroa vésiculeux de Bazin et ectodermose érosive pluri-orificielle. — M. Janbon, Mlle Labraque-Bordenave et M. Zakhajm. A propos d'une observation d'hydroa vésiculeux de Bazin avec stomatite et conjonctivite, les auteurs, envisageant les rapports de cette affection avec l'ectodermose érosive pluri-orificielle de Fiessinger, Wolff et Thévenard, concluent, après Jausion, à l'identité de nature des deux syndromes. Ils illustrent leur argumentation d'une deuxième observation : forme sans manifestations cutanées avec participation des muqueuses buccale, oculaire et préputiale.

Traitement d'un iléus paralytique postopératoire par la rachi-anesthésie. — MM. E. Forgue, M. Lapeyrie et Mlle M. Soulas.

Un cas d'occlusion intestinale congénitale chez le nouveau-né. (*Présentation de pièces.*) — MM. Massabuau, A. Guibal et Mlle M. Soulas.

Cancer en virole du côlon droit. Perforation diastasique du cæcum. — MM. V. Riche et A. Guibal. L'observation que présentent les auteurs est intéressante à un double point de vue : en premier lieu, il s'agissait d'un cancer du côlon droit qui affectait l'aspect clinique et anatomique caractéristique d'un cancer du côlon gauche. En second lieu, il y avait sur le cæcum dilaté, à distance de la tumeur sténosante, une perforation à bords déchirés que l'on peut considérer, par ses caractères anatomiques, comme d'origine mécanique.

REVUE DES THÈSES

La Carence sérologique au cours de certaines syphilis secondaires (1), par le docteur Yves Bureau, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Ecole de médecine de Nantes. Travail du service du docteur Lortat-Jacob (hôpital Saint-Louis).

Au cours de la syphilis secondaire les séro-réactions sont en général complètement positives et d'une utilité considérable pour confirmer le diagnostic clinique.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, cependant, la réaction de Wassermann et les réactions associées peuvent être négatives au cours de syphilis certaines, florides et contagieuses.

Il s'agit très rarement de malades vierges de tout traitement.

En général, cette latence sérologique s'observe au cours de syphilis rebelles, ou de lésions récidivantes, chez des malades traités.

Ces anomalies sérologiques coïncident habituellement avec des lésions cliniques régulières ne présentant pas de physionomie spéciale.

Parfois la maladie peut prendre un aspect ulcéreux et il peut être impossible de retrouver le tréponème dans les lésions.

Dans des cas exceptionnels, il s'agit de syphilis malignes précoces. Le Wassermann est alors le plus souvent simplement retardé et ne devient que tardivement positif.

Des accidents uniques chancriformes peuvent également être accompagnés d'une réaction de Wassermann négative, le diagnostic offre alors la plus grande difficulté avec le chancre de réinfection.

Une thérapeutique judicieuse, arsenicale chez les malades vierges de tout traitement, bismuthique ou mercurielle chez les arséno-résistants amène la guérison des lésions et dans les trois quarts des cas active la sérologie qui devient positive.

Cette latence sérologique ne peut être due à un tréponème spécial, car l'examen des conjoints a montré dans tous les cas que, chez ceux-ci, les réactions étaient positives.

La cause de cette anomalie sérologique semble être due aux malades eux-mêmes, au terrain.

Bien que les recherches actuelles sur le mécanisme du Wassermann aient montré que cette réaction ne doit pas être considérée comme une réaction d'immunité, il semble que l'absence de modifications sérologiques chez certains sujets coïncide avec un état de moindre résistance des humeurs puisque l'application d'une thérapeutique agissante, en guérissant les lésions, provoque chez ces malades, dans les trois quarts des cas, l'activation des séro-réactions qui deviennent presque instantanément positives.

Les modifications sérologiques ne peuvent donc pas être utilisées exclusivement pour juger du degré de l'infection syphilitique; la constatation de séro-réactions négatives en pleine septicémie tréponémique en fournit une preuve péremptoire.

Les séro-réactions, même au cours de la syphilis secondaire, ne peuvent donc être considérées comme ayant une valeur absolue. En cas de désaccord entre le laboratoire et la clinique, ce sont les renseignements fournis par cette dernière qui ont le plus de valeur.

Péritonites puerpérales généralisées des suites de couches (1), par M. René Suzor. Travail de la Clinique obstétricale de la Pitié.

M. René Suzor apporte plus de trente observations recueillies dans le service du professeur Jeannin par lui-même ou par le docteur Chome. Ces observations lui permettent de tracer un tableau clinique très complet des péritonites post-partum et de faire la mise au point de la question. Son excellent travail montre que les péritonites puerpérales des suites de couches, malgré les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, n'ont pas cessé d'exister.

Le streptocoque est l'agent pathogène des péritonites puerpérales. Il existe le plus souvent à l'état isolé, mais peut se rencontrer en association avec d'autres germes, surtout avec des anaérobies.

Les péritonites puerpérales, abstraction faite des cas où il y a effraction traumatique et inoculation directe de la séreuse relèvent de deux processus :

a. Tantôt elles succèdent à une infection des organes génitaux, ceux-ci présentant ou non des réactions inflammatoires caractérisées;

b. Tantôt elles font suite à une localisation extragénitale préexistante, l'infection se propageant au péritoine par voie sanguine; le travail de l'accouchement est alors un des principaux facteurs de cette propagation.

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, A. Legrand.

(1) *Th. de Paris*, 1928, médaille d'argent. — Paris, Vigot frères.

Les lésions anatomiques diffèrent selon le processus pathogénique :

a. Lorsqu'il y a des lésions inflammatoires confirmées des organes génitaux, on trouve dans l'abdomen du pus franc, riche en polynucléaires, pauvre en microbes;

b. Si la propagation s'est faite par voie sanguine, l'utérus et les annexes paraissent sains, et le péritoine contient une sérosité louche « bouillon sale », fourmillant de streptocoques, pauvre en polynucléaires.

L'étude des différentes formes cliniques permet d'en individualiser deux principales :

a. L'une, d'apparition tardive, se manifeste par un syndrome péritonéal assez net;

b. L'autre, « septicémie péritonéale », d'apparition précoce, se manifeste par un syndrome d'infection généralisée suraiguë, les signes propres de péritonite restant frustes.

Le pronostic des péritonites puerpérales postpartum est plus sombre que celui de toutes les autres. Ce fait s'explique par la défaillance des procédés de défense pendant les suites de couches, et par les modifications anatomiques du péritoine, principalement son énorme distension, créant une surface considérable de résorption de toxines. Parmi les différentes formes cliniques, il faut distinguer la « septicémie péritonéale », toujours mortelle, dans laquelle une hypervirulence du microbe se surajoute aux précédents facteurs de gravité.

Le diagnostic des péritonites puerpérales est toujours difficile : la rareté des vomissements, le défaut de contracture abdominale, la constatation de diarrhée remplaçant le syndrome occlusif que l'on observe au cours des péritonites chirurgicales, contribuent à rendre ce diagnostic délicat. Parfois, la constatation du pus dans l'abdomen permet seule de faire le diagnostic des formes latentes de « septicémie péritonéale ».

Le traitement doit être aussi précoce que possible. Dès qu'il y a soupçon de péritonite, la laparotomie s'impose. Quelle que soit la forme de péritonite constatée, l'hystérectomie sera pratiquée, suivie de drainage. En cas de lésions de la sphère génitale, cette opération est logique, et parfois heureuse dans ses résultats; on ne la fait, en cas de « septicémie péritonéale », qu'en désespoir de cause, et dans l'incertitude d'un ferme diagnostic de variété.

Une bibliographie très complète termine cette thèse.

L'urémie convulsive (1), par le docteur Henri Thiers, interne des hôpitaux.

Conclusions. — « I. Les convulsions urémiques apparaissent au cours de toutes les affections rénales susceptibles de provoquer l'urémie, cette dernière étant comprise dans son sens le plus large. Mais il est remarquable qu'elles sont exceptionnelles dans les néphrites tuberculeuses et les lésions chirurgicales des reins, les causes de ces exceptions restant inconnues.

II. Nous insistons sur ce fait, que les convulsions urémiques apparaissent parfois après une diminution des œdèmes avec ou sans polyurie et qu'elles frappent souvent des sujets présentant des lésions nerveuses antérieures. En particulier, dans nos observations personnelles, la syphilis était remarquablement fréquente, affection dont on connaît l'affinité nerveuse.

III. Une des formes cliniques intéressantes de l'urémie convulsive est la forme avec contracture pouvant simuler suivant les cas une méningite, un tétanos, ou une contracture pyramidale.

IV. L'anatomie pathologique de l'urémie convulsive reste inconnue faute de documents histologiques suffisants. Dans nos observations, il n'y avait pas de phénomènes inflammatoires et dans un cas, on a noté des lésions de dégénérescence mucocytaire. L'œdème intracranien (cérébral ou méningé) est inconstant.

V. Le diagnostic de l'urémie convulsive présente ordinairement de grandes difficultés, malgré sa simplicité apparente, à cause de l'existence fréquente de lésions cérébro-méningées associées : beaucoup ne sont que des convulsions d'origine variable chez des urémiques. Nous insistons sur l'absolue nécessité de la ponction lombaire et sur l'importance de méningites souvent pneumococciques, presque toujours entièrement latentes et que décèle seul un examen systématiquement complet du liquide céphalo-rachidien.

VI. Nous apportons une série de faits montrant que l'on peut rapprocher de l'urémie convulsive des convulsions sans lésions matérielles nerveuses grossières et qui parviennent dans des états en apparence dissemblables : accidents cérébraux de résorptions d'œdème, convulsions du coma diabétique, éclampsie des femmes enceintes, convulsions pneumoniques et peut-être épilepsie cardiaque.

VII. La pathogénie de l'urémie convulsive est encore inconnue. Il faut faire jouer un rôle essentiel à la dysminéralisation cérébrale urémique, telle que la conçoit Blum. Dans toutes nos observations, nous avons trouvé une rétention chlorée sèche ou hydropigène, sanguine et cérébrale. Cependant sa constance dans toutes les urémies s'oppose à la rareté des convulsions et ceci nous montre que l'on n'est pas encore suffisamment fixé sur les facteurs qui déterminent l'apparition des convulsions au cours d'une affection rénale. »

(1) *Th. de Lyon.* — Imprimerie Bosc frères et Riou.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION BROMURÉE (1)

Par le docteur Darré.

Dans cette excellente revue générale sur la médication bromurée et sur ses applications multiples, en neuro-psychiatrie, en médecine générale, dans toutes les spécialités, l'auteur fait remarquer qu'il est devenu beaucoup plus difficile de formuler le bromure, dont le nom seul fait reculer beaucoup de gens, si elle ne les fâche pas. La formule chimique inscrite dans l'ordonnance n'est pas toujours suffisante pour cacher le bromure à leur curiosité. Tout naturellement on a cherché la façon de le présenter d'une facon masquée : la présentation trouvée est celle du bouillon bromuré, plus connu sous le nom spécialisé de sedobrol. Le goût est identique au bouillon chloruré : il devient donc facile de cacher au malade la nature du médicament qu'il prend et même, avec la complicité de l'entourage, on peut lui laisser ignorer qu'il en prend un. De plus, le sedobrol a l'avantage de renfermer du NaBr d'une pureté chimique absolue; ceci a une grosse importance, surtout lorsque le médicament doit être employé à des doses élevées et prolongées. Ce produit, on le sait, se présente sous l'aspect de tablettes renfermant chacune exactement 1 gramme de bromure de sodium, qu'il suffit de faire dissoudre dans une tasse d'eau chaude ou même dans une assiette de potage peu salé ; l'auteur a fréquemment utilisé ce dernier moyen, le malade a toujours ignoré qu'il prenait un médicament. La dose moyenne, qui peut naturellement être augmentée, est de une à quatre tablettes de sédobrol dont, on le voit, les avantages sont nombreux : présentation cachée, pureté absolue, dosage exact.

(1) *Concours médical*, Paris, 1928, n° 29.

LIVRES NOUVEAUX

L'organisation médico-chirurgicale aux armées. Sa répercussion sur la prophylaxie des maladies infectieuses et sur le traitement des blessures de guerre (1), par le médecin général Uzac. Préface du médecin général inspecteur Toubert.

Extrait de la préface de M. le médecin général inspecteur Toubert :

« Dans une première partie, il étudie l'organisation médico-chirurgicale des armées en campagne, dans ses organes de direction d'une part, ses organes d'exécution d'autre part, en montrant l'évolution des idées directrices de cette organisation, d'après une série de faits concrets observés pendant la grande guerre 1914-1918.

La question de l'organisation de la Direction est primordiale. Elle intéresse le commandement autant, sinon plus, que le Service de santé lui-même : c'est, en effet, d'une collaboration intime et permanente entre les chefs militaires et les dirigeants du Service de santé que dépend la valeur des résultats sanitaires; cela est vrai pour le temps de paix, comme pour le temps de guerre.

La question de l'exécution est plus complexe (et le médecin général Uzac y insiste avec raison), parce que les conditions d'exécution peuvent varier à l'infini, dans le temps et dans l'espace, avec les modifications de la science médicale, les perfectionnements de l'industrie, les inventions de ceux à qui revient l'ingrate mais nécessaire mission de connaître, de deviner, de prévenir les moyens d'attaque et de défense des ennemis éventuels. Mais, quelque grande que soit la part de l'inconnu en ces matières, il est des données générales indispensables à connaître, ne serait-ce qu'à titre de base d'études pour des progrès futurs. Ce sont ces données que rappelle le médecin général Uzac pour le service régimentaire, celui de la division, celui du corps d'armée, celui de l'armée, en signalant les voies ouvertes au progrès pour l'avenir, en appuyant par l'exposé de faits concrets et par des études sur la carte les leçons du passé qui comportent un enseignement permanent. Il fait prévoir, avec une prudence digne d'être remarquée, combien il serait hasardé de transposer pour la période de début d'une future guerre éventuelle la totalité des données acquises à la fin de la dernière guerre. S'il se permet quelques suggestions, c'est avec une sage réserve.

Cependant, il semble que certains points essentiels sont acquis pour longtemps. Ainsi, l'extraordinaire abondance de moyens rapides et confortables de transports sanitaires à prévoir, l'absolue nécessité de l'échelonnement en profondeur de moyens d'hospitalisation puissants, l'importance des affectations du personnel médical et chirurgical d'après le principe de l'utilisation des compétences. Tout le monde sera d'accord sur ces points avec le médecin général Uzac.

Il faut enfin que l'organisation sanitaire future puisse s'adapter aussi bien à une guerre courte qu'à une guerre longue, à une guerre de mouvements qu'à une guerre de positions, à des agents vulnérants gazeux qu'à des projectiles d'infanterie, d'artillerie, d'aviation, variés à l'infini. Un des organes essentiels à prévoir dans un plan de ce genre, en plus des moyens de transport, primordiaux d'ailleurs, est l'H. O. E., qui fut « la pierre angulaire » du Service de santé français, non pas tant peut-être l'H. O. E. primaire, organe d'articulation placé entre l'échelon de l'armée et celui du corps d'armée, que l'H. O. E. secondaire, organe plus puissant faisant partie des réserves mises à la disposition des armées par le G. Q. G. Ce dernier organe d'hospitalisation et de traitement ne peut pas ne pas être le pivot de l'organisation future de l'arrière des armées. C'est faire œuvre de justice que de rappeler, à cette occasion, que le médecin général Uzac, en juin 1918, comme médecin principal attaché au G. Q. G. et collaborateur immédiat de l'aide-major général du Service de santé, a joué un rôle prépondérant dans la conception, l'étude, la réalisation, le mode d'emploi des H. O. E. secondaires.

Le chapitre terminal de l'important travail du médecin général Uzac est de technicité presque pure. Il étudie trois questions médicales, les affections typhoïdiques, la grippe, le typhus et deux questions chirurgicales, le traitement général des plaies de guerre et le traitement spécial des fracturés. Il montre — et ceci est fort original et important à retenir — que, sans les mesures d'organisation concomitantes, aucune de ces questions n'aurait été résolue d'une manière satisfaisante.

Médecin général inspecteur Toubert. »

(1) In-8 avec 3 croquis dans le texte et 4 cartes hors texte. Paris, Berger-Levrault.

Les phénomènes de répercussivité. Système sympathique, système cérébro-spinal, les spasmes vasculaires, épilepsie, asthme (1), par le docteur André Thomas, médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

Dans tout organisme les diverses fonctions sont solidaires les unes des autres et unies entre elles par des enchaînements biologiques qui assurent leur régularité et leur harmonie. Tout désordre survenu dans l'une d'elles devient le point de départ de répercussions fâcheuses qui s'exercent dans des sens différents. Ou bien c'est l'organe malade dont le déséquilibre retentit sur le fonctionnement des autres organes; ou bien il subit sous forme de réactions excessives quelques-unes des fluctuations physiologiques qui se produisent à distance dans un organe apparemment sain. Le retentissement de l'organe malade sur les autres organes est connu sous le nom de *sympathie*.

Lorsque c'est sur l'organe malade que se répercute l'activité physiologique d'autres viscères par l'intermédiaire du système nerveux on peut réserver à cette susceptibilité spéciale le nom de *répercussivité*.

Parmi les phénomènes morbides que le docteur André Thomas, passe en revue au cours de cette étude et qu'il considère comme susceptibles d'être attribués à la répercussivité, il convient de distinguer deux groupes : un premier groupe pour lequel la preuve semble définitivement établie, ce sont les surréflectivités sympathiques du tégument (*réflexe pilomoteur, réflexe sudoral, réflexes vaso-moteurs*), bien que ces derniers soient déjà d'une interprétation plus complexe, certains réflexes cérébrospinaux, cinésies ou contraction des muscles striées; un deuxième groupe qui comprend divers accidents pathologiques, dont les conditions d'apparition rappellent celles du premier groupe : *épilepsie, migraine, angine de poitrine, asthme*, etc.; leurs relations avec la répercussivité sont moins patentes; elles sont, pour la plupart de ces accidents, plutôt déduites par analogie, des phénomènes du premier groupe.

Une propriété reste commune aux phénomènes compris dans les deux groupes : la susceptibilité et la réactivité spéciale élective de tel ou tel appareil vis-à-vis de telle ou telle excitation, que cette excitation soit représentée par une perturbation du milieu sanguin, par une excitation nerveuse périphérique ou centrale, par une excitation locale. Cette réactivité excessive est nettement liée dans certains cas a un processus morbide ou cicatriciel. Lorsque celui-ci ne peut être mis en évidence, on est amené à admettre une prédisposition congénitale qui est d'autant plus plausible que le même accident ou des accidents similaires ont été relevés chez des parents ou des collatéraux.

Bien que l'auteur tienne lui-même à mettre en garde contre

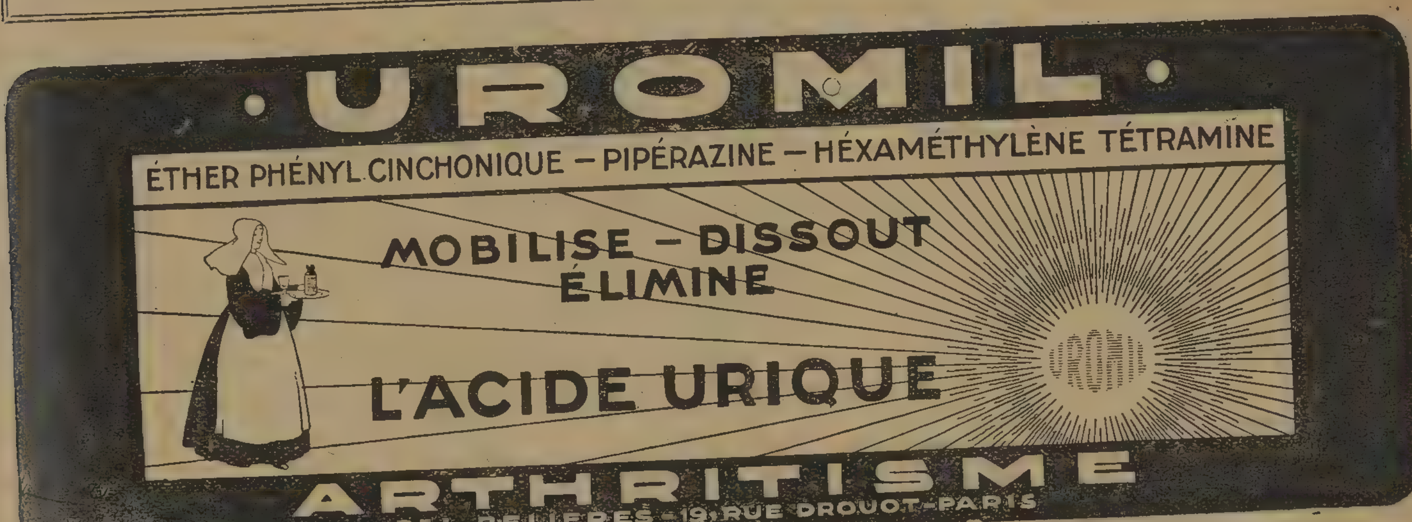
(1) Un vol. de 256 p. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

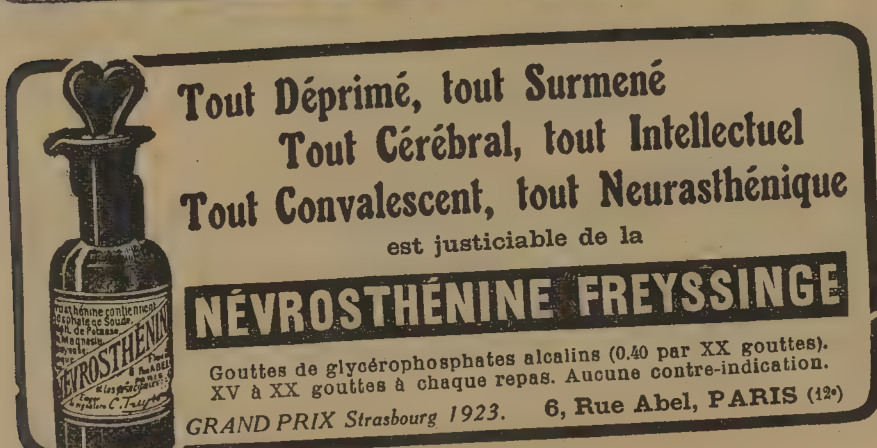


Dragée ADRIAN
au Chlorure de Magnésium
préventive des néoplasmes



Dragées dosées à 0 gr. 121
de Chlorure de Magnésium anhydre
correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé.





Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, par le docteur L. Dufourmentel. (Préface de M. le professeur Sebileau.) Un vol., 228 pages, 69 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1929, par le docteur R. Weitz, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien des Dispensaires de l'Assistance publique. Préface de M. le professeur Paul Carnot. 34e édition. Un volume in-16 de 444 pages. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

es illusions excessives et les généralisations hâtives à propos des résultats établis; il est cependant évident que des études de cette nature font sortir peu à peu du domaine théorique et de l'hypothèse, des faits précis qui permettent d'orienter la thérapeutique dans les voies rationnelles déduites des notions les mieux établies de la pathologie, de la biologie, de la pharmacie. L. G.

Manuel des maladies de l'œil à l'usage des étudiants et des praticiens (1), par le docteur H. May M. D., ancien chef de clinique et moniteur d'ophtalmologie à l'Université de Columbia (New-York). Cinquième édition française d'après la 12e édition originale.

Cet ouvrage réalise le type parfait du manuel pratique complet et de dimensions restreintes tel que le désirent médecins et étudiants; manuel facile à consulter et qui permet de mettre en œuvre sur tel ou tel point précis les connaissances étendues qu'apportent les gros traités.

En 475 pages, l'auteur fait rentrer toutes les maladies de l'œil, les méthodes d'examen et les différentes techniques. Son art consiste surtout à se tenir dans de justes limites, à omettre les détails trop longs, les discussions trop étendues, les exposés prolixes des théories et des affections. S'il donne les faits fondamentaux de l'ophtalmologie et y comprend tout l'essentiel de cette spécialité, les affections rares y sont simplement mentionnées, les affections peu communes qui intéressent le spécialiste y sont traitées en quelques lignes.

Les trois premiers chapitres sont consacrés à l'examen de l'œil (externe, subjectif, objectif), les autres traitent des différentes maladies pour chacune des parties de l'œil : paupières, appareil lacrymal, orbite, conjonctive, cornée, sclérotique, iris, corps ciliaire, choroïde, tractus uvéal, cristallin, rétine, nerf optique. Le glaucome. Les tumeurs oculaires.

Les derniers chapitres exposent : principes généraux d'optique, optique oculaire, anomalies de la réfraction, anomalies de l'accommodation, troubles de la motilité oculaire, thérapeutique oculaire, règles générales pour les opérations, manifestations oculaires des maladies générales.

Vingt-sept chapitres parfaitement équilibrés composent l'ouvrage, et dans chaque chapitre l'auteur adopte un ordre d'exposition qui est toujours le même. Pour les maladies : symptômes subjectifs, symptômes objectifs, formes, évolution, variétés cliniques, complications, suites, étiologie, traitement des complications.

Pour les opérations, indications, instruments, opération, traitement ultérieur, modifications opératoires.

Cette simplicité et cette uniformité d'exposition rendent ce Manuel aussi facile à consulter qu'un dictionnaire. Il est suivi en outre d'une table et d'un index alphabétique.

L'illustration est très abondante. Les planches coloriées représentent les affections externes communes de l'œil et les altérations du fond de l'œil importantes à connaître tant à cause de leurs relations avec les maladies générales qu'au point de vue du diagnostic ophtalmologique.

Douze éditions de ce Manuel ont paru en Amérique, et de nombreuses éditions dans plusieurs langues. Cette traduction française est au courant de tout ce qui est nouveau. L. G.

Les Varices. Pratique des injections sclérosantes (2), par Raymond Tournay. Préface de Raoul Baudet, chirurgien honoraire des hôpitaux. Avant-propos de J.-A. Sicard, professeur de pathologie interne à la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

L'ouvrage du docteur Raymond Tournay est une mise au point actuelle du mode de traitement des varices — et de leurs complications — par les injections sclérosantes. Il est composé presque exclusivement en vue de la pratique. Sans documentation inutile, sans commentaires superflus. « Tout y est méthodiquement, justement et utilement décrit. » (Sicard.)

Dans la première partie, rappel succinct des notions élémentaires concernant l'anatomie et la physiologie des veines du membre inférieur, ainsi que l'étiologie et la symptomatologie des varices. Puis un court chapitre consacré aux anciens traitements.

La deuxième partie traite uniquement des injections sclérosantes. Après avoir rappelé l'origine de la méthode, et étudié le mode d'action des injections, l'auteur examine les diverses substances susceptibles d'être employées, puis il aborde la technique. Après exposé de quelques considérations générales et quelques lignes touchant l'instrumentation, il étudie le mode opératoire, entrant dans les plus petits détails (position du malade, région à injecter, technique de l'injection, ses difficultés), puis il envisage la conduite, le rythme du traitement (dosages, nombre d'injections par séance, distance entre les injections, intervalle entre les séances, etc.).

Un chapitre très fouillé est réservé ensuite — après mention des suites normales — aux incidents et accidents consécutifs possibles. Enfin, après examen des indications et contre-indications de la méthode, une réfutation des objections susceptibles de lui être opposées.

Dans une troisième partie, l'auteur étudie les complications des varices : surtout eczéma, ulcères (dont il expose à fond le traitement), ainsi que les varicosités, angiomes, hémorroïdes, même varicocèles, et décrit leur cure possible par les injections. Pour terminer, quelques mots sur les traitements adjuvants, et, en appendice, quelques observations.

Ce livre, fruit de l'expérience de neuf années de pratique spécialisée, sera lu avec profit par tous les praticiens. Il sera le guide indispensable de ceux d'entre eux qui voudront appliquer la méthode sclérosante. L. G.

Comment se soigner après avoir consulté (1), par Léon Schekter.

Pour conserver la santé, pour vaincre la maladie, la collaboration du malade est indispensable.

Comment consulter ? apprend au malade l'art de renseigner le médecin.

Comment se soigner après avoir consulté est le véritable guide de tous ceux qui désirent bien se porter, des malades pour savoir se soigner et de leur entourage pour ne rien négliger et faciliter la tâche ingrate du médecin.

Les jeunes mamans apprendront à soigner leurs chers enfants.

Les malades liront ce qu'ils doivent savoir pour combattre la grippe, la diphtérie, la typhoïde, le diabète, la syphilis, la tuberculose, le cancer, etc.

Les gens bien portants trouveront les notions de médecine préventive.

La médecine par les plantes, les soins d'urgence en attendant le médecin sont exposés avec détail. L. G.

Helminthes et protozoaires les plus fréquents : ascaris, oxyures, tricocéphales, lamblias, trichomonas. Symptomatologie et traitement, par le docteur Léo. Un volume de 210 pages in-8 couronne sur beau papier d'alfa. — Prix : 20 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

(1) Un vol. de 246 pages. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-32, 264 pages, 22 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, N. Maloine.

(1) In-8 de 376 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU LYSOL
IVRY (Seine).

Épilepsie ! !
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) pres Paris.

BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL PARIS 11 Rue Milton (9e)
C. R., 44.342, Seine.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr. LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69 Rue de Provence PARIS IXe
R. C., 225.781 B

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

D'EVIAN A NICE DANS LES AUTOCARS P.-L.-M. DE LA ROUTE DES ALPES. — Les autocars P.-L.-M. de la Route des Alpes parcourent quotidiennement, dans les deux sens, 750 kilomètres de route.

Partant d'Evian, ils traversent les paysages si différents d'aspect du Dauphiné, du Briançonnais, du Queyras et atteignent, en six étapes d'une journée chacune, le littoral méditerranéen à Nice.

Entre Chamonix et le col du Lautaret, l'artère centrale passe par Annecy, Aix-les-Bains, Chambéry et Grenoble, alors qu'une variante a pour itinéraire Albertville, Saint-Jean-de-Maurienne et le col du Galibier.

La Route des Alpes constitue un véritable « Train de tourisme ». Elle en a la régularité, les itinéraires et les horaires fixés à l'avance. Le touriste peut s'engager du nord au sud ou du sud au nord pour ses six étapes ou seulement pour une partie d'entre elles; il lui est loisible de les faire d'affilée ou de les espacer à son gré, en s'attardant, aussi longtemps qu'il le désire, dans un gîte d'étapes d'où il visite les alentours.

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme
VANADARSINE GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.
DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.
VANADARSINE GUILLAUMIN
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
VANADARSINE injectable EN AMPOULES
Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.
AUGMENTE L'APPÉTIT
Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., 13, rue du Cherche-Midi, PARIS

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

N° 71. — MERCREDI 4 SEPT. 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 4 SEPT. 1929. — N° 71.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 6 novembre 1929, à 9 h., à l'administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du jeudi 10 au lundi 21 octobre 1929 inclusivement.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 14 novembre 1929, à 8 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 21 au mercredi 30 octobre 1929 inclusivement.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 24 octobre 1929, à 9 h. du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, du mardi 1er au jeudi 10 octobre 1929 inclusivement, de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés.

MARINE. — Par décret en date du 25 août 1929, M. le médecin de 1re classe David a été nommé, avec son grade, dans la réserve de l'armée de mer.

JOURNÉES THERMALES, CLIMATIQUES ET TOURISTIQUES DES VOSGES (Bussang, 14-15 septembre 1929). — Ces Journées, organisées par la Fédération thermale et climatique des Vosges, avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy, de l'Union hôtelière des Vosges, des Fédérations de syndicats d'initiative, et des automobile-clubs régionaux, auront lieu cette année à Bussang, les samedi 14 et dimanche 15 septembre 1929, sous la présidence d'honneur de M. André Tardieu, ministre de l'Intérieur, député de Belfort et la présidence de M. le professeur Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

Leur programme scientifique comportera quatre conférences :

1° *Les Anémies infantiles et leur traitement*, par le professeur Caussade (de Nancy);

2° *Le Traitement des anémies par la méthode de Wipple*, par le professeur Ledoux (de Besançon);

3° *Le Sympathique et les eaux minérales*, par le professeur Santenoise (de Nancy);

4° *Les Eaux minérales de Bussang*, par le docteur Baros (de Bussrng).

Une représentation spéciale au Théâtre du Peuple, un bal aux Grands Hôtels, un banquet officiel, d'intéressantes excursions au Ballon d'Alsace, à Masseveaux et à Thann augmenteront l'éclat de cette manifestation.

La cotisation est fixée à 20 fr. pour nos confrères, 10 fr. pour les personnes qui les accompagneront (femmes et enfants), l'inscription est gratuite pour les étudiants.

Ceux qui désireraient prendre part à la discussion de la question portée à l'ordre du jour : « Les anémies et leur traitement » sont priés de se faire inscrire dès maintenant.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

Adresser les adhésions, demandes de renseignements et de billets de chemin de fer à tarif réduit, etc., au secrétaire général de la Fédération, le docteur L. M. Pierra, 14, rue des Thermes, Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône) ou au secrétaire du Comité d'organisation, M. G. Mathiot, 47, faubourg Sainte-Catherine, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Prière d'établir les chèques et mandats au nom de M. Cornerotte, trésorier du Comité. (Communiqué par l'Association de la Presse médicale française).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Mouchet, chirurgien honoraire des hospices de Sens, membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé à Fontainebleau dans sa 87e année. Nous adressons à son fils, notre ami le docteur Albert Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, l'expression de nos condoléances émues.

— Et celles de MM. les docteurs Capitan et Sigre (de Paris), Ambrois (de Pont-de-Beauvoisin), Falmagne (de Namur), J.-C. Curel (de Chatte), Rapuc (de Toulon), Chauvin (de Lyon).

MÉDECINS ÉLECTRORADIOLOGISTES PRÉSENTS A PARIS DURANT LES VACANCES. — Pour répondre aux demandes de nombreux praticiens le Syndicat nous communique le nom de ses membres présents à Paris :

Jusqu'au 30 septembre : MM. Aimé, Aubourg, Beau, Cassan, Chemin, Charlier, Darbois, Dariaux, Gibert, Grunspan de Brancas, Gambier, Joly, Le Goff, Lévy-Lebhar, Lifchitz, Lepennetier, Lehmann, Leullier, Mignon, Moutard, Nadal, Quivy, Pernod, Tédesco, Thibonneau, Thoyer-Rozat.

Du 15 au 30 septembre : MM. Bourguignon, Colanéri, Gilson, Laquerrière, Porcher, Renaudeaux, Schmidt, Surrel.

CORRESPONDANCE

LE XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE (1)

Bord S. S. *France*.

Par un temps brumeux et couvert, le mercredi 7 août, nous nous sommes embarqués au Havre sur la *France*. Ont pris place à bord parmi les passagers de 1re classe, grâce aux conditions spéciales consenties par la Compagnie générale transatlantique à laquelle nous adressons nos remerciements, MM. Alquier père et fils, Baudoin, Justin-Besançon, Léon Binet, Bouisset, Bourguignon, Bull, Chemin, Collet, Doyon et son fils, Ducuing, M. Emerique, Fabre, Gautrelet, Gayet, Gompel, Grimbert, Jaccord, Lambert, Lapicque, Le Goff, Maignon, Meyer, Piéron, M. Randoin, Ch. Richet fils, Soula, Wallagnosc, M. Veil, Villard, quelques-uns accompagnés de leur femme.

La *France* est un paquebot de 27.000 tonnes à grande vitesse, 23 nœuds pour le service postal entre le Havre et New-York avec aménagement pour 2.000 passagers, il mesure 220 mètres de long et 23 de large, c'est-à-dire qu'il est 10 fois plus long que large. Depuis 1912, il fait la traversée de l'Atlantique en six jours.

Les passagers sont répartis sur cinq ponts portant les désignations A, B, C, D, à partir du pont-promenade qui, avec quelques cabines de luxe, comprend de l'arrière à l'avant : un grand café avec une terrasse couverte, deux grands salons de conversation et de lecture, celui de l'avant du style Louis XIV le plus pur, une bibliothèque, une imprimerie qui imprime chaque jour un journal *L'Atlantique* distribué aux passagers, un appartement de grand luxe n° 2, enfin une grande salle de mécanothérapie.

Le pont A comprend des cabines de luxe de 1re classe, trois grands appartements de luxe 61, 60, 58 et un grand promenoir couvert où sont disposées, perpendiculairement à la longueur du bateau, des chaises-longues sur lesquelles les passagers se reposent, entre les multiples distractions du bord. Le pont B comprend des cabines de luxe et de 1re classe, deux salons de coiffures pour messieurs et dames. C et D possèdent à l'avant les mêmes cabines et à l'arrière celles de 2e classe. Un escalier monumental et deux ascenseurs électriques relient entre eux les ponts précédents et permettent l'accès aux deux grandes salles à manger situées sur les ponts C et D. Dois-je ajouter que la nourriture du bord est excellente et les mets abondants et variés servis par un personnel de choix, parlant très bien anglais et que dirige un fin gourmet M. Marcel Sarda. Les cuisines vastes et bien aérées situées sur le milieu du pont D sont dirigées par un chef, M. Gaston Magrin qui a sous ses ordres quarante cuisiniers en toque blanche, la boulangerie donne du pain frais tous les jours.

C'est tout un problème que de nourrir 2.000 passagers et 600 hommes d'équipage; il y a, en effet, à bord l'équipement et l'organisation méthodique d'un grand hôtel.

Le Service de santé du steamer est assuré par le docteur H. Males, assisté de deux infirmiers. A l'avant du pont C, il y a trois hôpitaux, un pour homme, un pour femme, le troisième pour l'équipage, deux salles d'isolement pour hommes et pour femmes et deux boxes pour aliénés.

Je voudrais encore dire un mot d'un merveilleux appareil dont est muni notre grand navire; c'est le gyropilote qui supprime le pilote à la barre. Cet organe magnétique, orienté sur une direction déterminée, dirige automatiquement le navire.

Par tous ces détails, je désire intéresser les médecins aux croisières maritimes qui, avec les cures thermales, doivent rendre de grands services à certains malades fatigués. Je disais plus haut que nous nous sommes embarqués par un temps brumeux, mais à peine avions-nous franchi quelques milles et étions entrés dans l'Océan qu'un beau soleil, dont Chateaubriand parle dans son voyage au pays du Nouveau-Monde, a fait son apparition pour ne plus nous quitter durant toute la traversée. C'est bien pour la *France*, ce palais de Neptune, que l'on pourrait dire comme cet auteur pour le brick Saint-Pierre sur lequel il effectuait la traversée de l'Océan en 1790 : Animé d'un souffle impétueux, le navire avec sa quille, comme le soc d'une charrue, laboure à grand bruit le champ des mers...

J.-M. LE GOFF.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 65, p. 1166.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ÉTUDIANT, thèse à passer, marié, au courant Médecine générale, Petite Chirurgie, Accouchement, externe O. R. L., cherche poste assistant ou interne dans clinique, maison santé, préventorium ou auprès docteur ou chirurgien. Femme occuperait emploi secrétaire, surveillante, etc. — S'adresser bureau du Journal.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES — GRANULES



Propriétés { Cardiotonique, Diurétique, Eupnéique, Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE

PAR LE

PROPIDEX

(Pommade à base de PROPIDON)

(Formule du Prof. Pierre DELBET)

INDICATIONS :

FURONCULOSE, BRULURES, ESCHARES
PLAIES EN SURFACE
ENGELURES, ULCÈRES VARIQUEUX
ANTHRAX, ETC.

Les Établissements POULENC FRÈRES
86 et 92, Rue Vieille-du-Temple. PARIS
R. du C., Paris 5.386.

SÉRODAUSSE

ANTITOXISENYL



SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE SÉRODAUSSE

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MÛR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

1 AMPOULE DE 15cc PAR JOUR, PAR LA BOUCHE A JEUN, UNE DEMI-HEURE AVANT LE PETIT DÉJEUNER UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT-PARIS-4e -

MÊME POSOLOGIE QUE LE SÉRODAUSSE ANTITOXISENYL

SÉRODAUSSE OVARIEN

CASTRATION CHIRURGICALE
SALPINGO-OVARITE · AMENORRHÉE

SÉRUM ACTIVÉ DE GÉNISSE

LA CONFUSION MENTALE TRAUMATIQUE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

La confusion mentale est un syndrome caractérisé par des troubles de la perceptivité et de la reconnaissance; les sensations relatives aux lieux, au temps, aux personnes et aux choses sont profondément altérées et cela sans que le sujet s'en rende compte, sinon il ne serait plus possible de distinguer la confusion mentale de l'agnosie généralisée. Quelques auteurs ont publié des observations de confusion mentale post-traumatique : elles sont, pour la plupart, sans valeur parce que la confusion mentale y est confondue avec l'asthénie mentale. (L'asthénie mentale, — un des deux éléments fondamentaux du syndrome asthénique, — est la confusion dans les idées ou anidéation, alors que la confusion mentale est la confusion dans les perceptions.)

La confusion mentale est constante après tout traumatisme; le plus souvent elle est de courte durée. Elle apparaît aussitôt après la perte de connaissance ou le coma. Le sujet, quand il revient à lui, se demande où il est, ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, etc... D'ordinaire, ces phénomènes se dissipent très vite, en quelques minutes; s'ils se prolongent, c'est alors que l'état confusionnel est manifeste. A la période d'état, le malade a l'aspect égaré, hébété. Les perceptions sont très troublées; il ne reconnaît plus les individus, ni les lieux, ni le temps, ni les choses. Il prend le personnel infirmier pour des membres de sa famille, pour sa femme, ses enfants, etc... A l'hôpital, il se croit chez lui ou en tout autre lieu. Il ignore l'heure, la saison. Il distingue mal les objets entre eux, il n'en connaît plus l'usage et ne s'en étonne pas, etc... Il en résulte une désorientation profonde dans le temps et l'espace. L'amnésie antérograde de fixation est complète, l'amnésie rétrograde est diffuse, très étendue. L'attention est minime, presque abolie. Le malade ne fabule pas. Les opérations de jugement et de raisonnement sont impossibles. Les réactions de l'émotivité sont nulles ou presque. L'activité est désordonnée, incohérente. Maintes fois enfin, au cours de cet état confusionnel, on observe épisodiquement des illusions et hallucinations, soit sans délire (onirisme), soit avec délire (délire hallucinatoire ou hallucinose délirante) : ce sont la confusion mentale hallucinatoire et délirante, et la confusion mentale onirique ou confusion mentale hallucinatoire sans délire, lesquelles peuvent s'accompagner d'agitation anxieuse ou d'alternatives d'agitation et de stupeur. La marche de l'affection est plutôt rapide et la durée brève. La guérison est la règle. En cas de complications viscérales, l'affection peut se terminer par la mort. Lorsque l'affection a disparu, souvent d'autres phénomènes psychonévropathiques persistent, comme l'asthénie, l'amnésie, etc.

*
* *

Les faits de confusion mentale qui se produisent immédiatement après le traumatisme, représentent ce qu'on pourrait appeler la véritable confusion mentale traumatique. Cette confusion mentale est différente de la confusion mentale qui vient compliquer précocement ou tardivement un autre syndrome psycho-névropathique post-traumatique. Ainsi la confusion mentale peut se surajouter à la manie succédant à l'asthénie traumatique (asthéno-manie traumatique); le syndrome hypersthénique (hypermyosthénie et hyperidéation) se complique alors, sous l'influence d'une infection ou d'une intoxication secondaire, de troubles de la perceptivité; de tels cas d'association de manie et de confusion mentale, avec ou sans fièvre, répondent à tout ou partie du délire aigu des auteurs. La confusion mentale peut compliquer le délire hallucinatoire (hallucinose délirante) ou l'onirisme (hallucinose sans délire), post-traumatiques; mais la confusion mentale immédiate post-traumatique est quelquefois aussi illustrée de phénomènes hallucinatoires avec délire (confusion mentale hallucinatoire et délirante), ou sans délire (confusion mentale onirique). La psychose de Korsakoff post-traumatique, à sa période de début, est souvent marquée par des phénomènes de confusion mentale, et l'affection paraît suivre l'accès confusionnel post-traumatique; mais à la période d'état aussi du syndrome de Korsakoff, on peut observer des épisodes de confusion mentale. La confusion mentale peut compliquer l'hyperthymie anxieuse post-traumatique, et c'est un exemple complexe de cette sorte que nous rapporterons. Dans ces cas il n'y a pas de phénomènes confusionnels immédiats post-traumatiques; le syndrome d'hyperthymie anxieuse apparaît le deuxième ou le troisième jour qui suit le traumatisme; la confusion mentale, épisodique ou durable, survient au bout d'une ou deux semaines. La confusion mentale peut compliquer plus ou moins tardivement l'asthénie durable ou chronique post-traumatique, la démence organique post-traumatique, l'hypocondrie ou les autres délires post-traumatiques, etc... Elle pourrait alterner avec l'amnésie, l'aphasie, l'agnosie, post-traumatiques, mais elle ne saurait coexister avec ces syndromes spéciaux, qui nécessitent un état de lucidité relativement complet.

*
* *

Dans l'observation qui suivra ces considérations cliniques et qui a trait à une fille accidentée du travail, le spécialiste, à l'asile des aliénés, a porté le diagnostic de confusion mentale, et même le diagnostic de confusion mentale d'origine infectieuse. Comment s'est développée cette confusion mentale post-traumatique, et s'agit-il de confusion mentale d'origine infectieuse?

La confusion mentale constatée chez notre malade n'est pas de la confusion mentale immédiate post-traumatique. Sur ce point, il n'y a pas de discussion. L'accident, qui est un accident localisé à l'œil gauche, dont l'intensité a été assez faible, a eu lieu le 8 juin 1927, et la malade ne fut internée que quinze jours après (le 23 juin). Entre le 8 et le 23 juin, que s'est-il passé? Elle accusait des dou-

leurs extrêmement vives au niveau de l'organe blessé : c'était surtout des piqûres et des élancements intolérables. Il en est résulté une période d'agitation complexe, d'abord agitation à base d'énervement, puis agitation à base d'anxiété. « Ces douleurs m'énervaient, dit-elle; je ne pouvais rester en place. Et puis j'avais peur : peur de perdre la vue, peur qu'on me touche, peur qu'on me fasse du mal en me touchant... » C'est après cette phase d'hyperthymie coléreuse et anxieuse que sont survenus les phénomènes de confusion mentale, et même de confusion mentale hallucinatoire, sans délire net, malgré l'état de crainte générale que rappelle bien la malade.

Doit-on dire que cet état de confusion mentale était sous la dépendance de l'infection oculaire localisée? Non, pas nécessairement. Sans doute cela est possible : l'hypopion était volumineux au début, mais lors de l'entrée à l'asile on signale que l'inflammation était en voie d'amélioration. Nous pensons, quant à nous, qu'un syndrome hyperthymique peut se compliquer de confusion mentale, sans qu'une infection, une intoxication, précise comme ici, coexiste avec lui.

Nous ferons remarquer, enfin, pratiquement, que cette accidentée du travail n'était pas affectée de débilité mentale constitutionnelle, et que la prédisposition, notée chez elle, ne devait pas entrer en ligne de compte relativement à l'appréciation de l'indemnité qui lui était due.

*
* *

La nommée Harlotc... (Bernadette), âgée de vingt-cinq ans, née le 6 juin 1903, domiciliée à Morlaix, domestique chez M. L..., a été blessée dans son travail le 8 juin 1927.

Les faits et le dossier. — La demoiselle H... était occupée à traire ses vaches, vers 6 heures du matin, le 8 juin 1927, lorsqu'elle fut atteinte à l'œil gauche d'un violent coup de queue, aggravé de ce fait qu'un fragment d'ajonc était resté fixé dans l'œil. Elle reçut les soins immédiats du docteur Chalon qui l'adressa à l'hôpital de Tours. Elle y resta cinq jours, puis suivit un traitement régulier au cabinet du docteur Pierre à Tours, 6, place de la République. Huit jours après environ, des troubles mentaux firent leur apparition : la malade fut de nouveau placée en traitement à l'hôpital civil de Tours, mais dès le lendemain, le 23 juin 1927, elle était dirigée sur l'asile des aliénées du département.

Le docteur Pierre, oculiste et laryngologiste de l'hôpital de Tours, a rédigé, le 9 juin 1927, le certificat qui suit : « est atteinte de plaie infectée de la cornée gauche; kératite très grave, hypopion très volumineux. Une cautérisation de la cornée pour cet ulcère infectieux a été aussitôt pratiquée. Etat grave pour l'avenir de l'œil. Traitement et repos d'un mois au moins. »

A l'occasion de la séquestration de la malade à l'asile des aliénées, les certificats ci-joints ont été rédigés : 1° certificat d'admission : aliénation mentale avec confusion mentale, refus d'alimentation, périodes intermittentes d'excitation qui la rendent dangereuse pour elle-même et son entourage. Cet état mental aurait débuté après un traumatisme de l'œil suivi de panophtalmie en voie d'amélioration totale, et datant d'une quinzaine de jours. Cette malade ne peut, en raison de son état, être mise en salle commune et l'hôpital mixte ne dispose ni de personnel pour la surveiller, ni de moyen de la soigner... » Signé : docteur Durand; 2° certificat de vingt-quatre heures : « me paraît atteinte de confusion mentale avec mutisme; refus d'alimentation, excitation par intervalles. Traumatisme de l'œil (?) : l'inflammation est en voie d'atténuation, mais la vision sera probablement nulle de ce côté. A observer. Signé : docteur Dupont; 3° certificat de quinzaine : « est atteinte de confusion mentale d'origine infectieuse (panophtalmie), évoluant chez une débile prédisposée. Légère amélioration depuis l'entrée; ... insomnie, hallucinations de l'ouïe. A maintenir. Signé : docteur Dupont; 4° certificat de situation : « entrée à l'asile pour confusion mentale d'origine infectieuse, évoluant chez une débile prédisposée. Actuellement très améliorée, est susceptible de bénéficier d'un congé d'un mois à titre de sortie d'essai. » Ce, le 5 novembre 1927. Signé : docteur Dupont. La malade, sortie en congé d'un mois, le 14 novembre 1927, prolongé de deux mois, a été maintenue en liberté par arrêté préfectoral du 10 février 1928.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été, les uns puisés dans l'enquête de gendarmerie du 16 juillet 1928, les autres, fournis par la blessée elle-même.

Son père journalier, âgé de cinquante-cinq ans, commet quelques excès de boisson; il n'aurait jamais fait de maladie grave; pendant la guerre, il aurait servi au front durant dix-huit mois. Sa mère, morte en 1910, aurait succombé à une affection cardiaque, après deux à trois mois de maladie. Elle a mis au monde quatre enfants, quatre filles : l'aînée est décédée des suites de la grippe, à Nantes où elle était domestique; elle a séjourné longtemps dans les hôpitaux (tuberculose pulmonaire probable). Ses deux autres sœurs sont, l'une domestique à Nantes, l'autre, domestique à Paris. Dans la famille, on ne signale ni maladie nerveuse, ni maladie mentale. Un oncle, toutefois, du côté paternel, inculpé d'incendie volontaire, s'est suicidé, après son arrestation, en prison. Un témoin qui déclare que les membres de cette famille sont plus ou moins dépourvus d'intelligence, dit cependant que la cause du suicide de cet oncle, ne doit pas être attribuée à la débilité mentale, mais bien à la crainte d'un châtiment sévère.

La blessée, née en 1903, se serait développée normalement au point de vue physique et au point de vue intellectuel. Elle n'aurait jamais été affectée de maladie grave, soit dans son enfance, soit dans sa jeunesse. Elle a peu fréquenté l'école, elle ne sait que signer son nom. Elle a été réglée à quatorze ans. En 1924, à vingt et un ans, elle a été mise enceinte par un domestique de ferme qui lui aurait promis le mariage et qui n'a pas tenu parole. Elle a mis au monde un garçon qui est vivant et bien portant. Son dernier patron, M. Lecoq, chez lequel elle a servi durant sept ans, la considérait avant son accident du travail comme normale au point de vue des facultés mentales. Elle était vive de caractère, mais courageuse et sobre.

Etat actuel : novembre 1928. — La blessée a été examinée spécialement au double point de vue oculaire et psychique.

Examen des yeux. — Elle accuse dans l'œil gauche des troubles subjectifs périodiques consistant en douleurs atténuées et assez mal définies (piqûres) qui se présentent sous forme de crises dont la durée est de quelques heures. L'inspection du globe oculaire gauche montre que le segment antérieur est très aplati, en même temps que les diamètres de la cornée sont notablement diminués. Cette membrane est opaque dans toute son étendue, et il existe vers VI h. une dépression cicatricielle. La conjonctive ne donne aucun signe d'irritation et les manœuvres d'exploration ne provoquent ni douleur ni injection périkératique. La tension du globe oculaire est très légèrement au-dessous de la normale; la vision de l'œil est totalement abolie. L'œil droit est en possession d'une acuité visuelle normale et ne présente aucune altération. Le champ visuel est normal pour le blanc et très légèrement rétréci pour les autres couleurs.

Examen mental. — Au point de vue mental, on ne constate actuellement aucun trouble chez la malade. Elle ne présente ni idées délirantes, ni affaiblissement des facultés psychiques. Elle répond bien à toutes les questions qui lui sont posées, en précisant, si nécessaire, les dates qui lui sont demandées. Elle n'offre à l'examen ni signes de confusion mentale, ni signes d'excitation maniaque ou de dépression nerveuse générale. Elle n'est affectée ni d'obsessions-phobies ni de crises d'épilepsie ou d'hystérie. Son intelligence apparaît comme moyenne, mais non pas comme faible constitutionnellement : il y a chez elle insuffisance d'acquisition des notions scolaires, mais non pas pauvreté psychique à proprement parler. L'examen physique du système nerveux ne révèle aucune altération de la motilité, de la sensibilité, de la réflectivité. Les autres organes apparaissent comme sains.

Examen psychique rétrospectif. — Relativement aux troubles mentaux qu'elle a subis, voici ce qu'elle déclare actuellement : « Après mon accident de l'œil (8 juin 1927), je ne pouvais dormir par les douleurs (piqûres intolérables, élancements permanents). On m'avait placée à l'hôpital. J'ai quitté l'hôpital au bout de cinq jours, croyant être mieux chez moi. Les douleurs furent les mêmes : ça m'énervait, je ne pouvais rester en place. Et puis j'avais peur : peur de perdre la vue, peur qu'on me touche, peur qu'on me fasse du mal en me touchant. Je voyais du monde, du monde. Je criais. Je croyais qu'on allait me tuer, me mettre dans un trou. J'entendais des gens qui frappaient, aboyaient. Je cherchais à me sauver. A la fin, j'étais perdue. Je ne savais plus où j'étais. Je ne me suis pas rendu compte qu'on me conduisait à l'asile des aliénées. Cependant je sais que j'y suis allée dans une voiture attelée d'un cheval. A l'asile, mon œil me faisait grand mal. Je crois avoir été camisolée plusieurs fois, ou une seule fois. On me maintenait au lit. J'ai dû commencer à me lever au bout d'une huitaine de jours. Ensuite, petit à petit, je me suis mise à faire de menus travaux, mais souvent je souffrais de mon œil... Les peurs n'ont duré, en tout, qu'une quinzaine de jours. »

*
* *

On peut donc voir survenir la confusion mentale après les traumatismes, d'une part comme accident immédiat et en relation directe avec le traumatisme, d'autre part comme complication de divers syndromes névro ou psychopathiques, d'ordre dysthénique, dysphrénique ou dysthymique. Dans notre observation, il s'agit d'un exemple se rapportant au second groupe de faits, c'est-à-dire au groupe dysthymique. La malade a guéri, et de son accès hyperthymique complexe post-traumatique et de son état confusionnel. Nous pouvons signaler, à titre documentaire, que l'indemnité qui a été proposée par les experts pour ses troubles mentaux après la consolidation, a été de dix pour cent (10 p. 100). Il lui fut alloué 25 p. 100 pour la perte de l'œil gauche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La haute fréquence en ophtalmologie. Diathermie médicale. Diathermie chirurgicale. Étincelage, par A. Monbrun, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, et M. Castéran, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris. Préface de M. le docteur F. de Lapersonne, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 127 pages, avec 22 figures. (Collection Médecine et chirurgie pratiques.) — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

UN CAS D'ŒDÈME D'ORIGINE VASO-MOTRICE
TRAITÉ PAR LA SYMPATHECTOMIE

Par MM. PELOQUIN,
Médecin lieutenant colonel,
et A. JUNG,
Interne des hôpitaux de Strasbourg.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, à l'hôpital militaire d'Oudjda (Maroc) un cas d'œdème d'origine inconnue, mais lié à des troubles vaso-moteurs évidents.

Voici de quoi il s'agit :

Un homme de soixante-cinq ans entre à l'hôpital le 16 janvier 1929 pour un fort œdème de l'avant-bras et de la main droits.

Le début de son affection, survenue sans cause apparente, remonte à trois mois. Il ressent à ce moment de vives douleurs dans la région de l'omoplate et de l'épaule droites; puis les douleurs se localisent à l'avant-bras et à la main droits, s'accompagnant d'un œdème qui s'installe progressivement à la main, aux doigts et à l'avant-bras droits. Le médecin traitant le soigne pour rhumatisme articulaire chronique, puis pour névrite du plexus brachial. Devant l'échec de la médication interne, notre confrère l'hospitalise.

A son entrée à l'hôpital le 16 janvier 1929, les doigts de la main droite sont boudinés, le dos de la main est très tuméfié et l'œdème remonte jusqu'au coude droit. Le malade se plaint de fourmillements dans les doigts. Tout essai de mouvement actif ou de mobilisation passive des articulations du poignet et de la main provoque de vives douleurs. Les téguments sont froids.

La différence entre les deux bras est considérable, et la mensuration donne les chiffres suivants :

	Côté droit	Côté gauche
Main	22 cm.	19,5 cm.
Avant-bras à 18 cm. du coude	20 —	18 cm.
Bras au-dessus du coude	22 —	21 —

La radiographie montre une décalcification des os de la main et de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras du côté atteint.

L'examen oscillométrique au Pachon montre :

1° A l'avant-bras droit (malade), l'index oscillométrique atteint 3, alors que du côté gauche il n'arrive qu'à 2 (fig. 1);

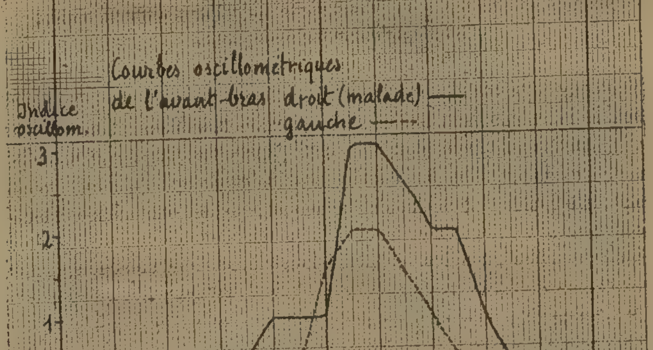


Fig. 1. — *Courbes oscillométriques des avant-bras avant la sympathectomie péri-humérale droite.* — Remarquer la dilatation des artères à droite.

2° Du côté gauche, les artères réagissent normalement au bain chaud et au bain froid. L'index monte à 3 après le bain chaud et descend à 1 1/2 après le bain froid (fig. 2);

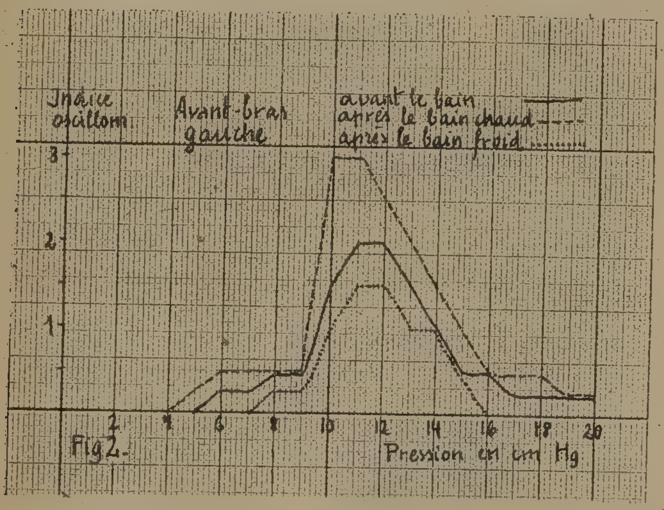


Fig. 2. — *Courbes oscillométriques de l'avant-bras gauche : à l'état normal, après le bain chaud, après le bain froid.* — Les réactions artérielles sont normales.

3° Du côté droit, les réactions artérielles sont modifiées, et après le bain chaud les artères ne se dilatent pas. (Les courbes de la fig. 3 indiquent ce déséquilibre vaso-moteur.)

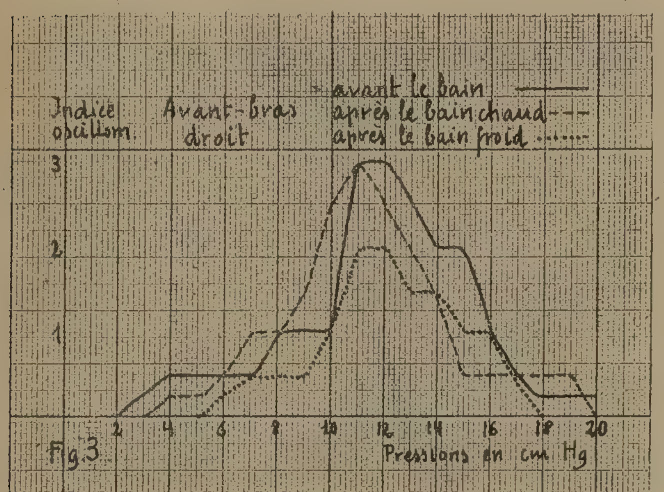


Fig. 3. — *Courbes oscillométriques de l'avant-bras droit.* Déséquilibre vaso-moteur.

L'examen général du malade ne nous permet de découvrir aucun indice susceptible d'expliquer cet œdème. En particulier l'examen du squelette et des parties molles du membre supérieur droit, de l'aisselle et du cou ne révèlent aucun symptôme pathologique. Ni le cœur, ni les reins ne sont à incriminer.

Seul le déséquilibre vaso-moteur, se traduisant par une dilatation artérielle permanente, du côté atteint et par des réactions viciées au bain chaud, nous montre cet œdème lié à un état circulatoire particulier. Dans ces conditions on décide de faire une sympathectomie humérale droite.

Le 18 janvier 1929, sous-anesthésie générale, on pratique une sympathectomie sur 7 centimètres environ à la partie moyenne de l'artère humérale. L'opération se fait normalement. A l'incision on trouve une artère légèrement dilatée.

Dans les heures qui suivent l'intervention, le malade est étroitement surveillé : l'aspect de la main, les courbes oscillométriques restent les mêmes deux heures et huit heures après l'opération (fig. 4 et 5).

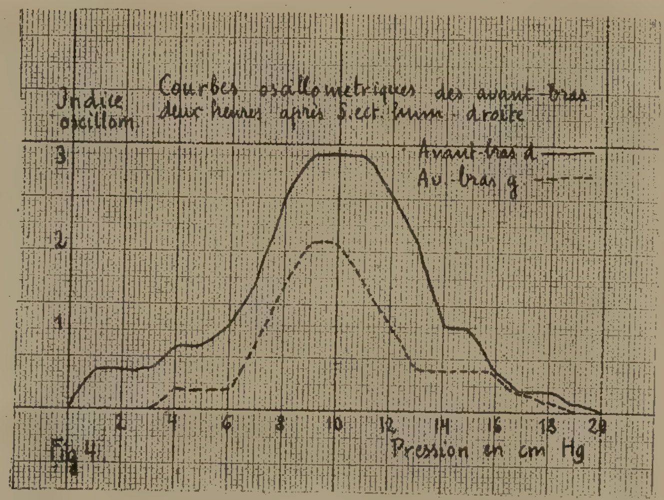


Fig. 4. — *Courbes oscillométriques des avant-bras deux heures après la sympathectomie péri-humérale droite.* — Les courbes sont analogues à celles de la figure 1.

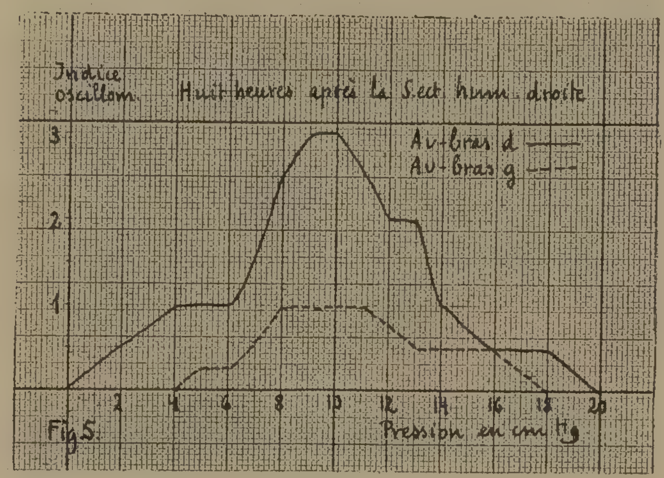


Fig. 5. — *Courbes oscillométriques des avant-bras huit heures après la sympathectomie périhumérale droite.* — Les courbes sont semblables à celles des figures 1 et 4.

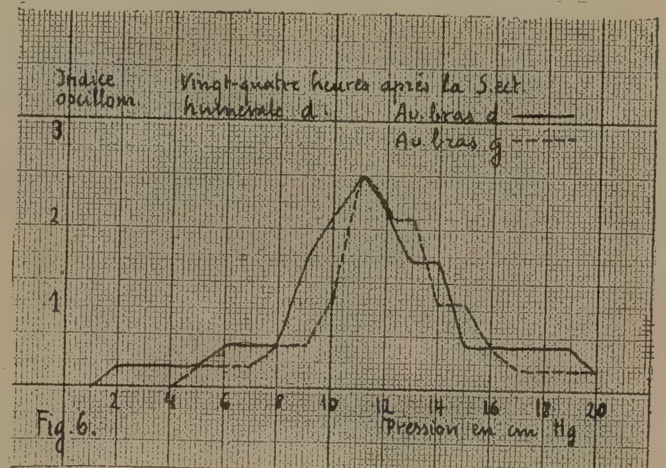


Fig. 6. — *Courbes oscillométriques des avant-bras vingt-quatre heures après la sympathectomie péri-humérale droite.*

Brusquement, le 19 janvier 1929, vingt-quatre heures après la sympathectomie, l'aspect de la main change : l'œdème

disparaît presque entièrement. La mensuration donne un pourtour de la main droite de 20 centimètres, et de 19 1/2 à la main gauche. Les oscillations prises à ce moment montrent deux courbes sensiblement égales à droite et à gauche. L'amplitude oscillométrique maxima est de 2 1/2 des deux côtés (fig. 6).

On note le 20 janvier 1929 une légère reprise de l'œdème : la mensuration du pourtour de la main donne 21 centimètres à droite et 19 1/2 à gauche.

Mais les jours suivants, l'œdème régresse, et à la mensuration on retrouve 20 centimètres à droite et 19 1/2 à gauche. Les oscillations montrent des courbes sensiblement égales à droite et à gauche (fig. 7).

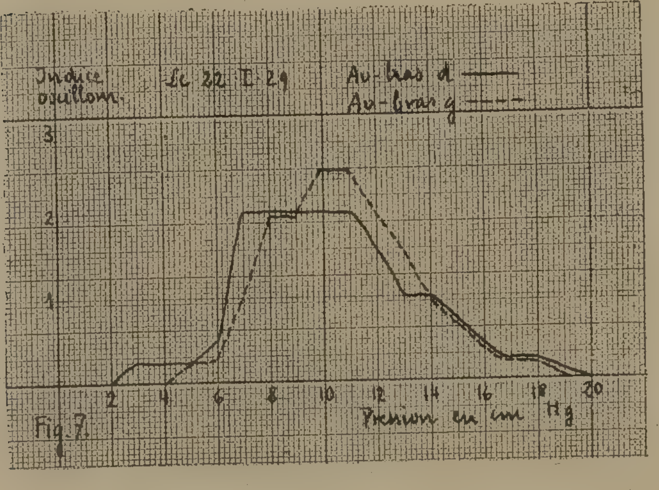


FIG. 7. — *Courbes oscillométriques des avant-bras quatre jours après la sympathectomie péri-humérale droite.*

La sympathectomie a donc fait disparaître l'œdème. Mais les douleurs dans la main et dans l'avant-bras droits persistent, quoique plus légères, de même que l'impotence de la main et des doigts.

Dans cet état le malade quitte l'hôpital le 4 février 1929.

Nous revoyons le malade un mois plus tard. Entre temps il a été dans une station thermale sulfureuse. La main est toujours dans le même état : l'œdème des doigts, de la main et de l'avant-bras n'est pas revenu; les oscillations artérielles sont égales des deux côtés, mais la douleur et l'impotence persistent.

Il s'agit donc, dans l'observation relatée, d'un œdème d'origine inconnue qui ressemble beaucoup aux cas d'œdèmes posttraumatiques, et pour lesquels le professeur Leriche (1) préconise depuis plusieurs années l'opération sympathique.

Nous nous bornons ici à rapporter les simples faits tels que nous les avons observés. Dans ses récents travaux le professeur Leriche a étudié les mécanismes d'action des opérations sympathiques. Ces recherches semblent pouvoir nous indiquer actuellement pourquoi la sympathectomie permet de guérir de tels œdèmes (1).

Du point de vue clinique auquel nous nous plaçons, il est intéressant de connaître ces cas et de savoir qu'ils sont susceptibles d'être traités avec succès par la neurotomie sympathique.

(1) R. LERICHE. Œdème dur aigu posttraumatique de la main avec impotence fonctionnelle complète. Transformation soudaine cinq heures après la sympathectomie humérale, *Lyon chir.*, 1923, t. XX, nº 6, p. 814; — Indications et résultats de la sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres, *XXXVIe Congrès franç. de chir.*, Paris 1927. — R. LERICHE et A. JUNG. Physiologie pathologique et traitement de certains œdèmes chirurgicaux des membres, *Gaz. des hôpit.*, 25 juillet 1928.

(1) LERICHE et FONTAINE. Recherches expérimentales sur l'innervation vaso-motrice. Les réflexes vasculaires des membres, *Presse méd.*, 6 juillet 1927, nº 54.

REVUE DES THÈSES

L'Infarctus hémorragique de l'intestin [10 observations inédites] (2), par le docteur Jean FARAH, de la Faculté de médecine de Paris, ancien externe des hôpitaux de Paris.

L'infarctus hémorragique de l'intestin n'est pas une affection rare. L'auteur rapporte dix nouvelles observations inédites dont quatre personnelles.

L'infarctus intestinal est une lésion anatomo-pathologique bien caractéristique; elle est la conséquence d'un arrêt de la circulation artérielle.

Pour que l'arrêt de la circulation artérielle se produise, deux facteurs interviennent :

a. L'oblitération du tronc d'origine ou d'une grosse branche de division de l'artère mésentérique supérieure par une embolie partie du cœur ou de l'aorte; ou par artérite thrombosante.

b. L'insuffisance fonctionnelle des arcades anastomotiques par suite d'affaiblissement du myocarde ou sclérose artérielle diffuse.

C'est le reflux du sang par les veines avalvulées qui produit l'hémorragie.

L'arrêt de la circulation veineuse se produit, quand une thrombo-phlébite radiculaire d'origine intestinale touche les veines droites en nombre suffisant, ou un segment d'arcade juxta-intestinal (vaisseau parallèle) suffisamment long pour ne plus permettre l'évacuation du sang artériel qui continue à arriver par les artères.

L'obstruction isolée du tronc porte, ou du tronc de la mésaraïque, ou d'une de ses branches ne produit pas un infarctus, mais elle produit une stase relative dans le système circulatoire de l'intestin qui facilite la production et l'extension des phlébites radiculaires thrombosantes.

Quand la circulation veineuse est bloquée, c'est l'afflux du sang, par les artères restées perméables, qui produit l'hémorragie.

L'appendicite est peut-être la cause la plus fréquente de l'infarctus par thrombo-phlébite.

Contrairement aux idées en cours jusqu'alors, *l'infarctus par thrombo-phlébite est plus fréquent que l'infarctus par oblitération artérielle.*

L'infarctus de l'intestin grêle est beaucoup plus fréquent que celui du gros intestin :

L'étendue considérable du territoire desservi par l'artère mésentérique supérieure en comparaison de celui de l'artère mésentérique inférieure, d'une part, et, d'autre part, l'existence, dans les segments accolés du gros intestin, d'artères et de veines de sûreté (système de Retzius) qui font défaut à l'intestin grêle, sont les seules raisons qu'on puisse donner de la rareté de l'infarctus isolé du côlon.

L'étendue des lésions est très variable; elle peut aller de quelques centimètres à l'infarctus total de l'intestin.

Le tableau clinique d'un infarctus hémorragique de l'intestin est des plus caractéristiques, lorsque la douleur abdominale brutale et suraiguë du début est suivie de vomisse-

(2) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, Arnette.

ments sanglants ou de selles sanglantes. Dans ces cas, qui ne sont pas rares, on doit faire le diagnostic d'emblée.

Dans les autres cas les symptômes sont beaucoup moins caractéristiques, la confusion est possible avec tous les syndromes dramatiques abdominaux :

L'absence de météorisme et de contracture péristaltique n'est pas en faveur de l'étranglement interne, diagnostic habituellement posé.

Dans les cas douteux, essayer de faire un lavage d'estomac et un lavement évacuateur qui permettront parfois de révéler la présence de sang, signe caractéristique de l'infarctus hémorragique de l'intestin.

Bien souvent encore, malgré les progrès réalisés dans l'étude de l'infarctus intestinal, la laparotomie exploratrice permettra seule d'en faire le diagnostic.

Le seul traitement logique est l'entérectomie. Il faut qu'elle soit précoce et large. Les 42 cas d'infarctus intestinal guéris par entérectomie, rapportés par l'auteur, sont le meilleur argument à notre conclusion.

Contrairement aux idées classiques, l'auteur trouve que l'*infarctus par oblitération artérielle est beaucoup plus grave que l'infarctus par thrombo-phlébite*, en raison de l'état général et du terrain des malades qui sont atteints (cardiaques, vieillards, artério-scléreux).

L'infarctus par oblitération veineuse est la forme chirurgicale de la maladie, et c'est elle qui a donné les plus nombreux succès opératoires.

L'infarctus étendu à plus de la moitié de l'intestin échappe à la résection. La résection d'une étendue équivalente ne doit pas arrêter l'opérateur.

Le choix entre les deux techniques d'entérectomie, en un temps ou en deux temps, est lié au siège de l'infarctus. Quand la lésion siège dans la moitié supérieure du grêle, l'entérectomie intrapéritonéale en un temps s'impose. Dans tous les autres cas, l'entérectomie extrapéritonéale en deux temps est indiquée. Elle est moins grave que l'entérectomie idéale en un temps.

Dans l'entérectomie en un temps, préférer le bouton anastomotique, il est beaucoup plus rapide et donne, comme sûreté, d'aussi bons résultats que la suture au fil.

Les accidents mortels de l'anesthésie locale. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique (1), par le docteur André Klotz, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg.

Toute anesthésie, tant locale que générale, consiste à introduire un poison dans l'organisme, et comporte par conséquent un risque d'intoxication.

Les accidents mortels en anesthésie locale sont rares en comparaison de la fréquence de son emploi. Ils paraissent moins fréquents que ceux de l'anesthésie générale, et même de la rachi-anesthésie.

L'intoxication peut être expliquée dans la plupart des cas par l'hyperdosage, la concentration excessive, l'introduction de l'anesthésique dans une veine ou dans les méninges, ou par l'état organique et psychique des malades. Il existe en outre, chez l'homme comme chez les animaux de laboratoire, des différences individuelles dans la sensibilité au poison anesthésique.

Dans les accidents mortels la forme convulsive est la plus habituelle. Elle reproduit très exactement l'image de l'intoxication par les anesthésiques locaux chez les animaux de laboratoire.

La mort survient généralement par paralysie respiratoire, suivie d'arrêt du cœur. Cette paralysie respiratoire constitue dans certains cas, le symptôme principal.

On observe en outre une forme foudroyante sans convulsions, une forme comateuse et une forme caractérisée par une syncope tardive. Dans ces cas, l'anesthésie locale n'a souvent joué qu'un rôle accessoire. Quelques-uns de ces cas sont dus à des doses excessives d'adrénaline.

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, Jouve et Cie.

Pour prévenir les accidents, il faut suivre une technique rigoureuse et prudente, qui accorde une attention particulière à la dose, à la concentration, au rythme de l'administration, au dosage de l'adrénaline et à la qualité des produits.

La préparation des malades ne doit pas être négligée; elle sera adaptée aux cas particuliers.

L'accident une fois déclaré, il faut le combattre le plus rapidement possible. Les mesures susceptibles de soutenir et de stimuler la respiration sont les plus urgentes; il faut également toujours soutenir le cœur.

L'anesthésie locale est la méthode de choix dans la plupart des interventions en oto-rhino-laryngologie, en stomatologie et en ophtalmologie. En raison des avantages qu'elle comporte, son emploi mérite d'être généralisé, sous réserve de certaines contre-indications.

Recherches sur les variations numériques des plaquettes sanguines. Les plaquettoses par splénocontraction. [Etude chez l'animal et chez l'homme] (1), par le docteur M. Kaplan.

On connaît depuis longtemps la brusquerie et l'amplitude des variations du taux des plaquettes sanguines. Il est des « plaquettoses » durables; l'auteur a recherché s'il n'existerait pas aussi des « plaquettoses » à court terme ».

Les travaux antérieurs, ceux de Léon Binet en particulier, lui ont fait étudier dans le domaine expérimental et dans le domaine clinique l'influence de divers facteurs.

Opérant sur le chien chloralosé l'auteur a observé l'action comparable de l'adrénaline et de l'éphédrine et celle de l'asphyxie.

L'asphyxie réalisée par la compression trachéale ou par l'injection d'huile de paraffine à dose non mortelle dans la circulation pulmonaire donne lieu à une plaquettose notable (54 p. 100 environ en sus du taux initial) durant une heure environ, susceptible d'être reproduite toutes les fois qu'on met en jeu le même mécanisme. La splénectomie empêche au contraire toute modification de la composition sanguine.

L'adrénaline et l'éphédrine, en injections intraveineuses provoquent en même temps que de la polyglobulie une plaquettose intense et rapide mais transitoire (quinze à soixante minutes) que supprime aussi une splénectomie préalable; il en est de même avec la thyroxine mais à un moindre degré.

Les variations brusques du taux des plaquettes étaient attribuées à un changement de leur répartition dans le plasma. On peut d'autre part pour plusieurs raisons considérer la rate comme le principal réservoir des plaquettes. Il est en même temps remarquable que les divers agents qu'a étudiés l'auteur soient en même temps des agents énergiques et constants de contraction splénique. L'auteur a pu, par divers procédés, le vérifier, *in vivo* et *in vitro*; l'examen du sang de la veine splénique corrobore cette opinion. De plus l'action de l'yohimbine, antagoniste de l'adrénaline, se fait sentir à la fois sur la splénocontraction et sur la plaquettose.

L'auteur n'a pas manqué de chercher à vérifier dans le domaine clinique la réalité de ses conclusions, tant chez des sujets normaux que chez des sujets splénectomisés; l'observation a confirmé les conclusions de ses recherches à la condition que la splénectomie soit récente; il se produit en effet au bout d'un certain temps des hypertrophies compensatrices des rates surnuméraires.

D'autre part chez des sujets habituellement thrombopéniques (les hémogéniques par exemple) il a pu constater que l'adrénaline provoque les modifications sanguines et splé-

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, Lahure.

niques prévues en même temps que l'on assiste à une atténuation des symptômes.

Ces études dans un domaine d'exploration si malaisée, sont donc, semble-t-il, susceptibles de nous orienter dans le domaine des purpuras chroniques vers des recherches et des essais thérapeutiques du plus grand intérêt. R. LEVENT.

PRATIQUE MÉDICALE

ECZÉMA, PRURIT, CARENCE SEXUELLE FÉMININE, EXTRAIT COMPLÉMENTAIRE (1)

Par le docteur P. DALCHÉ.

L'opothérapie spermatogénétique, depuis le travail initial de Pierra et Jouve, a fait l'objet de nombreuses publications. Dalché en fait un rapide historique, et, ayant mentionné les troubles névropathiques et psychiques du syndrome carentiel, il cite le cas d'une femme âgée de quarante-deux ans, veuve depuis dix ans, chez laquelle il obtient, par cette opothérapie, la guérison d'un état névropathique et dysménorrhéique avec, en dernier lieu, un eczéma très étendu des mains et des bras ayant résisté à tous autres traitements. Une récidive après cessation de la médication, guérie à sa reprise, confirme son action spécifique. Cette observation, s'ajoutant à celles de Malherbe et Vincent du Laurier, montre tout le bénéfice que la pathologie générale et la dermatologie peuvent tirer du traitement spermatogénétique par l'extrait complémentaire ou androstine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (2)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 13. BICART. — Contribution à l'étude de l'hémoglobine au cours des anémies pathologiques ou expérimentales.

4. BOERINGER (Mlle). — Les asphyxies intra-utérines du fœtus pendant le travail. Leurs conséquences médico-légales.

9. BRUCKMANN (Mme), née ROEMELIN. — Contribution à l'étude des septicémies d'origine dentaire.

34. CASANOVA. — Le diagnostic de l'avortement criminel.

11. CHAUMERLIAC. — Recherches sur quelques propriétés physico-chimiques du sang chez les néphrétiques et les hypertendus.

35. DAMM. — Etude du mégaœsophage en vue de son traitement.

12. FIHMAN. — Traitement des brûlures étendues par les greffes de Davis.

28. FLECK. — La lithiase urétérale et son traitement par le cathétérisme de l'uretère.

15. FOURNIER. — La réduction sanglante dans le traitement des luxations du semi-lunaire.

23. GINGLINGER. — Contribution à l'étude de la régulation thermique. Développement de la régulation thermique chez les jeunes homéothermes.

29. GIRARDIN. — Recherches biochimiques sur la teneur en lipides du follicule et du corps jaune au cours de leur évolution.

22. HEIZMANN. — Contribution à l'étude des formes de la schizophrénie dont l'évolution montre une prévalence de la dissociation affective.

16. HOERNER (Mlle). — Etude histologique des tumeurs du névraxe.

7. HORNING. — Amygdalite chronique et néphrite.

1. KAYSER. — Contribution à l'étude du mécanisme nerveux de la régulation thermique, régulation chimique et métabolisme de l'eau.

8. MARET. — Etude critique des différentes méthodes employées pour la recherche du daltonisme.

33. MÉLY. — Contribution à l'étude de la dissociation affective.

31. MÜLLER. — Les rétrécissements cicatriciels du larynx.

20. MÜNZENBERGER. — Résultats éloignés du traitement chirurgical et médical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

27. NOËL. — La formule leucocytaire de la grippe et sa valeur pratique.

19. PABST. — Contribution à l'étude de la désensibilisation au choc anaphylactique par les eaux minérales.

25. PRESSLER. — Le suicide chez les enfants.

17. ROTHHAHN. — Contribution à l'étude de l'intoxication par le lysol.

3. SIMON. — Contribution à l'étude des lésions frontales bilatérales.

10. ULLMO (Mlle). — L'érythro-cyanose symétrique sus-malléolaire.

18. VLÈS. — Introduction à une physico-chimie pathologique. Résumé des notions acquises sur le problème des points iso-électriques et du terrain physico-chimique dans l'organisme normal ou pathologique, et son application à l'étude des tumeurs.

5. WENGER (Mlle). — Contribution à l'étude du délire d'interprétation (paranoïa).

14. WOLF. — Contribution à l'étude des adsorbats. L'adsorbat chlorhydrique.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 36. ALFANDARI. — L'appareil vestibulaire dans les tumeurs cérébrales.

30. FEIGHEL. — Les difficultés du diagnostic précoce du cancer de l'estomac malgré les méthodes modernes d'exploration.

21. GIRGOVITCH. — Le traitement du purpura chronique hémorragique par la splénectomie.

2. GRINBAUM. — Traitement sanglant précoce des fractures du calcanéum par écrasement.

26. MASZYCKI. — Contribution à l'étude du cancer du péritoine avec ascite hémorragique.

24. PAULY. — L'expertise en écritures chez les sujets bilingues.

6. VASSILEVA (Mlle). — L'hyperglycémie sans glycosurie dans la furonculose.

RÉGIME LOCAL. — 2. HÜSS. — Formes méningées de l'encéphalite léthargique.

1. KLOTZ. — Les accidents mortels de l'anesthésie locale.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons du dimanche de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1), par les docteurs P. CARNOT, SAINTON, BENSAUDE, M. VILLARET, H. BÉNARD, A. BAUDOUIN, DIOCLÈS, TIFFENEAU, HALBRON, RATHERY, HARVIER, CHABROL.

En succédant au professeur Gilbert, à la Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, le professeur Carnot s'est inquiété d'organiser des conférences de documentation destinées aux praticiens qui, faute de temps, ont de grandes difficultés pour se mettre au courant des questions mouvantes de la clinique et de la thérapeutique.

Ces conférences ont été faites par des collaborateurs parti-

(1) *Les Sciences médicales*, 31 janv. 1929.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223.

(1) In-8 de 273 pages, avec figures. — Prix : 20 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

culièrement compétents pour les questions traitées. Réunies en un petit volume facile à manier, elles répondent à un besoin de mise au courant et de mise au point.

Ce volume trouvera sans aucun doute le succès que ces conférences ont connu le dimanche à la Clinique de l'Hôtel-Dieu. En voici le détail :

Les péri-dextro-viscérites infectieuses, par le professeur Carnot.

Les lipodystrophies, par le docteur Paul Sainton.

Diagnostic endoscopique du cancer du rectum et du côlon terminal, par le docteur R. Bensaude.

Les troubles du métabolisme de l'eau chez les hépatiques, par le docteur Maurice Villaret.

Le pH et les équilibres acido-basiques; aperçu d'ensemble, par le docteur Henri Bénard.

Quelques formes actuelles des neuro-infections, par le docteur A. Baudouin.

Les techniques radiologiques modernes en gastro-entérologie, par le docteur Dioclès.

Les nouveaux médicaments diurétiques, par le professeur Tiffeneau.

Les angines de poitrine et leur traitement, par le docteur Paul Halbron.

Insuline et ses succédanés, par le professeur Rathery.

Thyroxine et folliculine, par le docteur Paul Harvier.

Le coma insulinique, par le docteur Etienne Chabrol.

L. G.

Le Biotropisme (1), par le docteur G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'auteur, à l'occasion des traitements par les médicaments antisyphilitiques (606, mercure, iodure de potassium, bismuth), a été à même de découvrir un ordre de phénomènes capables d'expliquer bien des inconnus des réactions de l'organisme vis-à-vis des agents médicamenteux : chimiques, physiques, et de celui-ci vis-à-vis des infections et des toxines. Cet ordre de phénomènes est régi par le biotropisme, c'est-à-dire par la stimulation des parasites de l'organisme, latents ou en évolution.

C'est ainsi qu'après avoir étudié la genèse de la conception du biotropisme, l'auteur étudie le biotropisme chimique du 914, du mercure, du bismuth, de l'iode, de l'iodure de potassium, du bromure de potassium, de l'acide picrique, du luminal, du jaune d'acridine ainsi que celui du sérum et des protéines en général. Il montre à ce sujet que bien des accidents rangés sous la bannière de l'anaphylaxie ou de la colloïdoclasie relèvent en réalité du biotropisme. C'est en cela que le biotropisme constitue un phénomène d'ordre très général qui possède un grand intérêt.

Le biotropisme physique s'observe avec les rayons violets, rœntgéniens.

Les agents microbiens eux-mêmes, les vaccins et les toxines introduits dans l'organisme sont capables d'y provoquer des accidents qui n'ont rien à voir avec l'anaphylaxie, qui ne relèvent pas de leur toxicité et qui dépendent du biotropisme.

La troisième partie du livre étudie la pathogénie des accidents biotropiques qui tient en une ligne : exaltation de la virulence du micro-organisme latent.

Dans la quatrième partie, l'auteur étudie quelques applications du biotropisme à la biologie et à la médecine en faisant remarquer que ce chapitre n'est qu'à son début et que cette notion sera féconde en déduction médicale pratique aussi bien que théorique.

Ce livre sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à la biologie aussi bien qu'à la médecine pratique.

L. G.

(1) Un volume de 263 pages, avec figures et tracés. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Lumière et rayons infrarouges (1), par les docteurs E. et H. Biancani, assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. « Les Actualités physiothérapiques », publiées sous la direction du docteur Duhem.

Si des ouvrages déjà nombreux ont été consacrés aux rayons ultraviolets en thérapeutique (on sait que MM. E. et H. Biancani ont eux-mêmes, dans cette Collection, fait paraître l'an dernier un petit volume), il n'en est guère encore qui aient été consacrés aux rayons lumineux et infrarouges, non que la connaissance et l'utilisation en thérapeutique de ces radiations soient récentes et qu'elles n'aient été l'objet d'études diverses, mais parce que toutes ces études demeuraient fragmentaires, sans coordination et pleines d'imprécisions. Aussi le petit livre que viennent d'écrire MM. E. et H. Biancani est-il entièrement original, tant dans l'exposé des actions physiologiques de ces radiations que des résultats que peut en attendre le physiothérapeute.

Les auteurs exposent successivement les données physico-chimiques et biologiques utiles à connaître avant d'aborder l'étude des actions thérapeutiques, puis ces dernières. Des chapitres comme ceux qui sont consacrés à l'étude de l'antagonisme des radiations, de l'action des rayons lumineux et infrarouges sur les phénomènes de croissance, sur la physiologie cutanée, ainsi que les pages de thérapeutique consacrées à l'exposé des résultats obtenus par les auteurs dans le traitement des plaies, des états pathologiques du système lacunaire, des affections du système circulatoire, des sérites et des périviscérites (douleurs articulaires, thoraciques, abdominales), n'avaient jamais été conçus sous cette forme et n'avaient jamais groupé un tel ensemble de faits.

Ce livre rendra donc également service aux étudiants et aux praticiens; il sera aussi consulté avec profit par les spécialistes, car il leur rappelle des données qu'ils peuvent n'avoir pas toujours présentes à l'esprit et leur soumet les résultats d'une expérience suivie de plusieurs années.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DES CÔTES

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS

Ce sont des fractures fréquentes, généralement bénignes, qui deviennent graves cependant dans deux conditions :

a. *Chez les vieillards et les alcooliques*, à cause des complications pulmonaires si fréquentes.

b. A tout âge lorsqu'elles s'accompagnent de *lésions pleuro-pulmonaires importantes* qui conditionnent alors le pronostic.

SYMPTOMES

Le type le plus fréquent est :

1° **La fracture de côte simple**, uni ou bicostale.

A la suite d'un *traumatisme*, choc, chute ou écrasement, le malade ressent :

Signes fonctionnels. — *Une douleur* vive, localisée, augmentée par l'effort, la toux, l'éternuement. Cette douleur entraîne :

Une gêne respiratoire avec respiration superficielle, quinte de toux parfois.

(1) In-8 (20 × 13) de 177 pages avec 24 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN _ Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"

(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore _ Incolore _ Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

Signes physiques. — On note :

Inspection : *Une immobilité respiratoire* du côté atteint ou au moins une *diminution de l'expansion thoracique.*

Parfois une ecchymose ou une zone d'attrition due au traumatisme.

Mais *aucune déformation.*

Palpation : *Douleur* d'ailleurs localisée par le malade en un point précis, et réveillée :

a. *Par la pression*, sur une ou deux côtes, elle doit être localisée et constante à plusieurs examens successifs. En cas de contusion sous-cutanée par traumatisme elle a moins de valeur.

b. *Par compression du thorax*, douleur à distance très caractéristique.

Crépitation est un signe caractéristique, mais plus inconstant, il faut le rechercher :

a. Par pression directe sur les fragments;

b. En faisant tousser le malade par la palpation ou l'auscultation du foyer de fracture.

Enfin, il faut toujours rechercher :

L'hémoptysie, quelque crachat sanglant, car cette complication fréquente a une grosse valeur diagnostique.

L'emphysème sous-cutané qui est plus rare dans ces formes bénignes.

Radiographie est souvent inutile.

Il est d'ailleurs souvent difficile de voir le trait de fracture.

ÉVOLUTION

a. Consolidation en vingt à trente jours sans séquelles.

Le cal est parfois exubérant.

La pseudarthrose est exceptionnelle et n'entraîne aucune gêne.

A ces fractures simples il faut opposer :

2° Les fractures multiples avec enfoncement thoracique.

Signes fonctionnels. — *L'état de choc,*

La douleur,

La gêne respiratoire,

sont très marqués.

Signes physiques. — L'on note :

Un enfoncement de plusieurs côtes déformant le thorax.

Parfois un volet mobile se soulevant à l'expiration avec grosse crépitation.

3° Enfin, il est des cas plus graves encore où la **fracture de côte n'est qu'un phénomène accessoire** dans certains grands traumatismes thoraciques.

a. Au cours de certaines compressions brusques et violentes du thorax avec « *masque ecchymotique* ».

b. Dans les *gros écrasements du thorax.*

c. Enfin, dans les FRACTURES QUI S'ACCOMPAGNENT DE PLAIE DE POITRINE, la fracture aggravant le pronostic immédiat par les délabrements qu'elle occasionne et l'infection plus facile qu'elle entraîne.

COMPLICATIONS

A la fréquence des fractures de côte il convient d'opposer la rareté des complications, des complications graves tout au moins.

Cliniquement, elles dépendent de deux facteurs :

— La variété anatomique de la fracture.

— L'âge du malade.

1° Dans les fractures simples. — Nous avons signalé la fréquence de deux complications les plus bénignes en elles-mêmes.

L'hémoptysie qui est toujours discrète.

L'emphysème sous-cutané localisé, d'ailleurs plus rare.

Chez l'adulte et les sujets résistants, le pronostic reste **donc bon.**

Chez le vieillard, au contraire, le pronostic est plus réservé vu la fréquence des

COMPLICATIONS INFECTIEUSES favorisées par :

Les lésions antérieures du poumon : *bronchite chronique.*

L'immobilisation par un bandage, ou même spontanée, causée par la douleur.

Le décubitus dorsal au lit.

Cette pneumonie traumatique, plus souvent broncho-pneumonie :

— Apparaît deux à quatre jours après le traumatisme.

— Son diagnostic est difficile.

Signes fonctionnels : le point de côté se confond avec la douleur, le frisson manque souvent.

Signes physiques : l'expectoration est plus hémoptoïque que rouillée.

Le souffle manque.

Les râles sont plus sous-crépitants que crépitants et confondus avec la lésion pulmonaire.

Signes généraux sont les plus importants :

Température à 38-39 degrés, ou au contraire hypothermie avec prostration.

Surtout la *langue sèche* et l'*adynamie.*

La mort survient dans un tiers des cas par *défaillance cardiaque.*

2° Dans les fractures pluricostales, entraînent plus souvent des lésions viscérales.

a. **Après l'accident.** — *L'hémoptysie* est plus abondante.

L'emphysème sous-cutané, plus fréquent et à tendance plus extensive.

Les épanchements pleuro-pulmonaires sont une des grosses complications.

HÉMOTHORAX. — 1° *Parfois abondant*, occasionnant une grosse dyspnée, avec déplacement des organes, est dû à la *rupture d'une artère intercostale.*

2° *Beaucoup plus souvent minime* à :

— Dépister par percussion, signe du sou et ponction.

— Parfois décelé ultérieurement par l'apparition d'une *pleurésie exsudative.*

PNEUMOTHORAX que caractérise l'abolition des vibrations et du murmure, la sonorité, le souffle.

1. *Semble pur*, si l'hémothorax est peu abondant.

2. Plus souvent l'on trouve les signes d'un *hémopneumothorax.*

Certaines FRACTURES PAR LEUR SIÈGE doivent faire rechercher :

Une plaie du cœur ou du *péricarde.*

Une déchirure du diaphragme avec lésion des viscères abdominaux.

Enfin, à titre de complications exceptionnelles, citons :

La hernie du poumon.

L'emphysème médiastinal.

b. **Complications secondaires.** — 1. Nous avons signalé les *pneumonies* et *broncho-pneumonies* traumatiques.

2. Les *pleurésies* sont fréquentes.

b. *Exsudatives*, elles apparaissent du deuxième au quinzième jour, évoluent insidieusement et sont généralement bénignes.

c. *Purulentes*, après infection pulmonaire elles sont plus graves.

c. **Tardives.** — 1. Cal : Pseudarthrose.

Névralgie intercostale, exceptionnelle.

2. *Séquelles pleuro-pulmonaires* :

Symphyse,
Dyspnée d'effort,
Douleurs persistantes,
Hémoptysie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures } par jour { Enfants : 1/2 dose }

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL
liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

BISMUTHOÏDOL
Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN
Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE
R. C., 221.839, Seine.
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32 028, Seine.

N° 72. — SAMEDI 7 SEPT. 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPT. 1929. — N° 72.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours pour les prix a décerner a MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1929-1930). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 20 janvier 1930, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 16 janvier 1930, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 14 au 26 novembre 1929 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve pour chacun de ces concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le mardi 26 novembre 1929, à 17 h., dernier délai.

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant au quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson (Manche) par suite du départ du docteur Schutzenberger, appelé à un autre emploi.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés faisant fonction d'asile public du Bon-Sauveur-de-Bégard (Côtes-du-Nord), par suite du départ du docteur Fassou, appelé à un autre emploi.

Guerre. — Service de santé. (Armée active.) — Par décision ministérielle du 11 août 1929, sont nommés assistants des hôpitaux militaires et reçoivent les affectations suivantes avec la mention « service » les médecins capitaines ci-après désignés :

Section de médecine. — MM. Robin est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; Jacob et Hamon sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section de bactériologie. — MM. Andrieu est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Friess est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie. — MM. Loustric est affecté à l'hôpital militaire Maillot, à Alger; Carillon est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section d'électroradiologie. — MM. Mignot est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Cassou est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

— *Les examens de sortie du Val-de-Grâce.* — Le classement de sortie par ordre de mérite des élèves de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce est le suivant :

I. Médecins lieutenants : MM. Gounelle, Aujaleu, Sohier, Giraud, Pinelli, Dubau, Reberol, Horrenberger, Collin, Tanguy, Lacaux, Bidegaray, Marot, Nabon, Jude, Parent, Picard, Camoreyt, Pronzet, Salaun, Gorsse, Brucer, Marchetti, Willemin, Reynaud, Darre, Meynadier, Houpert, Audrain, Trippier, Dubourg, Mettetal, Cluzel, Syrmen, Mormand Paléologue, Bemier, Harter (Jean), Harter (René), Petitdemange, Sencquier, Counes, Julliard, Arthelas, Cadi, Poulin, Durand, Pagès, Dassonville, Marmillot, Mr Robert, Cauvin, Humann, Gosse, Gardet, Spetebroot, Huguier, Duc, Carayon, Lapeyre, Doumenc, Chemin, Augère, Cazeaux-rendre, Péraldi, Peyre, Lados, Robert, Duport.

II. Pharmaciens lieutenants : MM. Velluz, Colin, Preceptis, Siméon, Le Moult, Hamet, Poste, Louvart, Diverres, Tardy, Chambon, Corbé, Moreau, Lescop, Billant, Cariou.

Distinctions honorifiques. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Fabre (de Paris).

Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — La prochaine assemblée

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite Arythmies — Tachycardies
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

générale de l'Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine aura lieu à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian), le mercredi 9 octobre prochain, à 14 h. 1/2, sous la présidence du professeur J. Guyot (de Bordeaux), président.

Le Comité de l'Association se réunira le même jour, à 10 h. du matin.

Ordre du jour : 1° Rapport du secrétaire général. Rapporteur : professeur agrégé Perrens (de Bordeaux).

2° Rapport du trésorier. Professeur Patel (de Lyon).

3° Rapport sur la création des certificats de spécialités. Rapporteurs : professeurs Jacques (de Nancy) et Paul Delmas (de Montpellier).

4° Les Assurances sociales et leur répercussion dans l'enseignement clinique. Rapporteurs : professeurs agrégés Mazel (de Lyon) et Watrin (de Nancy).

5° Les professeurs de l'enseignement supérieur payant patente, organisation d'ensemble pour obtenir l'abrogation de l'amendement Herriot (art. 67, loi des Finances, 1921). Rapporteur : professeur Paul Delmas (de Montpellier).

6° Modifications au statut du Comité consultatif : *a.* représentation obligatoire de chaque faculté (protestation de la Faculté d'Alger); *b.* représentation des professeurs de pharmacie des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Rapporteurs : professeurs Chassevant (d'Alger) et Chelle (de Bordeaux).

7° Le personnel technique des laboratoires. Rapporteur : professeur agrégé Aubertin (de Bordeaux).

8° Le relèvement du traitement des chefs de clinique.

9° Questions diverses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Bouvat, ancien président du Conseil général de l'Ardèche. Nous adressons à son fils le docteur Marc Bouvat, et à son gendre le docteur Marcel Astier, ancien député, l'expression de notre très vive sympathie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — *Gynécologie.* — *Cours de vacances.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, et M. Lapeyre, chef de clinique, feront ce cours à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 9 au 21 septembre 1929.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Deux démonstrations cinématographiques auront le 16 et le 21 septembre, à 18 h.

Le droit à verser est de 250 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (1re série), par MM. les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Vaudescal, professeur agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, Suzor, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; Mlle Bardy, M. de Manet, ancien et chef de clinique adjoints, assistés des moniteurs de la Clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 14 septembre 1929; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Le droit à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, du 16 septembre au 2 octobre 1929, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie; Fèvre et Aurousseau, chefs de clinique; Saint-Girons, chef de laboratoire; Huc, ancien chef de clinique.

Tous les matins, à 9 h. 1/2 : présentation de malades au pavillon Molland; visite dans les salles; opérations courantes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 15 octobre.

Les séances auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de 17 à 19 h.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix de chaque cours : 300 fr.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour tous renseignements et dates des séances, s'adresser à Mlle Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 à 11 h.

(Voir la suite, p. 1290.)

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

LA NÉCROSE DE LA VOUTE CRANIENNE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

Par M. A. CANGE,

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger.

Dans son numéro du 15 février dernier, et sous la rubrique « La médecine il y a cinquante ans », l'*Informateur médical* rappelait une communication du professeur Broca à l'Académie de médecine sur « une curieuse observation de brûlure de crâne (1). » J'ignorais cette communication quand, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine* du 17 décembre 1899, j'ai publié la relation « d'un cas de nécrose étendue des os du crâne. »

Ils'agissait, dans mon observation personnelle, d'un épileptique de vieille date, âgé de soixante-huit ans, et qui, à la suite d'une attaque, avait été trouvé sans connaissance, la tête exposée à la chaleur rayonnante d'un petit brasier. Si l'élimination de l'eschare tégumentaire avait été rapide, par contre, la séparation de l'os frappé de mort avait été remarquablement lente puisque c'est au bout de neuf mois seulement que le séquestre fut entièrement et définitivement libéré. Je reproduis ici la description que j'ai donnée alors de ce séquestre détaché en bloc et d'un seul morceau.

Le séquestre affecte la forme d'une plaque ovalaire qui mesure 12 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur et 8cm5, dans son diamètre vertical. Il se montre constitué, pour une faible part, par le frontal et le pariétal droits, et pour une part plus grande, par le frontal gauche et surtout par le pariétal gauche jusque et y compris la ligne courbe temporale supérieure. Sa circonférence, très finement dentée, est mince, tranchante, uniquement formée aux dépens de la table externe. Sa face superficielle n'est autre que la table externe de l'os; celle-ci de coloration brun-noirâtre, surtout sur les bords, a conservé son aspect lisse et uni et laisse voir avec netteté les sutures médio-frontale, sagittale et fronto-pariétale droite et gauche. La face profonde du séquestre est constituée, suivant les points, par la face interne de la table externe, par le diploé nécrosé à une profondeur variable et, à son centre, dans l'étendue d'une pièce de un franc environ, par la lame vitrée facilement reconnaissable à ses caractères. (V. phot.).

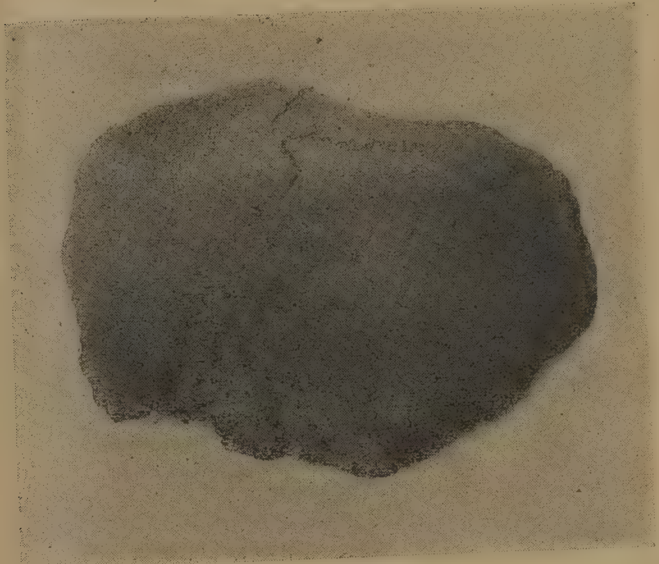


FIG. 1.

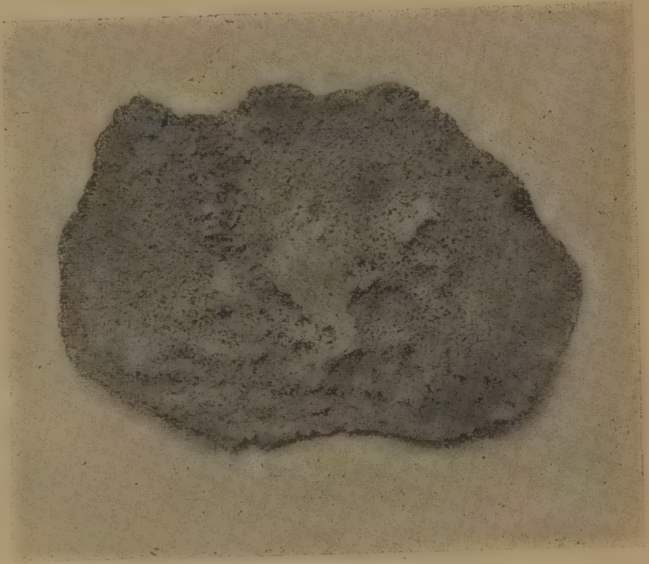


FIG. 2.

Nous avons tenu à rappeler aujourd'hui notre observation en raison de l'intérêt résultant de son rapprochement avec celle de Broca dont elle est une fidèle reproduction.

D'abord, nous leur retrouvons le même facteur et les mêmes circonstances étiologiques. Deux sujets atteints de mal comitial et présentant l'un des attaques nettement caractérisées et l'autre un « équivalent » épileptique ont subi, de ce fait, une brûlure qui a déterminé une mortification large et perforante des téguments et des os du crâne. Cette mortification est, en effet, remarquable non seulement par son étendue mais encore par sa profondeur puisqu'en certains points la calotte cranienne a été intéressée dans toute son épaisseur. Il en est résulté une véritable « trépanation pathologique » dont l'existence, établie par les constatations cliniques, s'est trouvée confirmée par l'examen des séquestres. Dans le fait rapporté par Broca, plusieurs mois après l'accident, une couronne de bourgeons charnus, creusant le sillon d'élimination, dessinait autour de la tête, aux limites de la coiffure, la portion d'os mortifiée vacillant sur sa base; quand elle se fut enfin détachée — au bout d'un an environ — on perçut alors des battements isochrones aux battements cardiaques : « le sinciput palpitait comme les fontanelles d'un enfant ». Après avoir communiqué cette observation, Broca avait présenté à l'Académie la majeure partie de la voûte nécrosée dont le *Bulletin* nous donne la description suivante : « Elle comprend la moitié supérieure des deux pariétaux unis par la suture lambdoïde. Elle est formée par la totalité de la table externe et par la plus grande partie du diploé, et même, sur l'un des côtés de la suture sagittale, dans une étendue longue de 15 millimètres et large de 6, par une portion de la table interne. On

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 janv. 1879, p. 60.

conçoit même comment les battements du cerveau ont pu être perçus après la chute du séquestre. » Des constatations exposées par Broca il est tout naturel de rapprocher les nôtres puisque nous avons, nous aussi, noté « une poussée et un retrait du liquide séro-purulent qui s'accumulait sous la couronne des bourgeons charnus ;..... la brûlure avait donc intéressé toute l'épaisseur de la voûte cranienne ». D'ailleurs, comme nous l'avons indiqué précédemment, — et nos photographies en font foi — la face profonde du séquestre montrait en certains points une surface lisse, unie, régulière qui répondait manifestement à la table interne nettement détachée de la dure-mère sous-jacente (fig. 2).

Signalons ici une différence d'importance secondaire : alors que dans notre observation le séquestre s'est détaché en bloc et d'un seul morceau, dans le fait de Broca il s'est éliminé en trois fragments dont l'un, le plus volumineux, a été seul conservé et présenté à l'Académie, alors que les deux plus petits, perdus au cours des pansements, comprenaient l'un le tiers supérieur du frontal et l'autre le sommet de l'occipital. Cette différence trouve d'ailleurs une explication rationnelle soit dans une évolution particulière du processus nécrotique, soit dans la solidité variable des sutures puisque, dans le cas de Broca, il s'agissait d'un enfant tandis que dans le nôtre il s'agissait d'un vieillard.

Puis, l'année suivante dans l'observation de Broca, treize mois et demi plus tard dans notre observation personnelle, les battements avaient disparu sans qu'aucun incident fâcheux soit venu contrarier la lente et laborieuse réparation de la perte de substance. Il y a lieu de signaler notamment l'absence, surtout au début, de toute réaction méningée ou cérébrale, du moins cliniquement constatable, puisqu'à cette époque il ne pouvait être question de ponction lombaire. De fait, l'accidenté de Broca, déjà le lendemain, « voulut se lever n'accusant qu'un grand appétit qu'il voulut satisfaire. Dès le jour suivant, il fut le premier levé dans la maison, fit sortir le troupeau et reprit ses fonctions de berger »; le nôtre « dès le lendemain se livrait à ses occupations journalières. »

Ces deux observations détaillées apportent leurs enseignements concordants à l'histoire des accidents auxquels les malheureux épileptiques sont exposés par la soudaineté et l'imprévu de leurs attaques. Ce chapitre des complications ne retient plus guère aujourd'hui l'attention des cliniciens et il faut remonter bien loin en arrière pour trouver un travail d'ensemble sur ce sujet. Je me borne à rappeler qu'en 1865 Rengade et Reynaud ont publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* les résultats de leurs recherches portant sur un nombre considérable d'épileptiques. Or, sur 316 d'entre eux, 200 avaient été victimes d'accidents variés « ce qui revient à dire que deux malades sur trois environ sont exposés aux divers accidents occasionnés par les accès. » En outre, les brûlures ont été notées chez 17 sujets, soit dans près d'un dixième des cas. Evidemment, dans le domaine des brûlures toutes les régions du corps ont été intéressées : les membres, le tronc, les fesses, etc... mais celles de l'extrémité céphalique méritaient une mention particulière. Précisément dans leur travail, Rengade et Reynaud avaient reproduit cette citation empruntée au *Traité de diagnostic médical* de Racle : « tout le monde connaît le fait de cet épileptique qui tomba la tête dans un foyer ardent et eut une nécrose qui entraîna la chute d'une partie du crâne. Le malade survécut à cet affreux accident. M. Bouchut cite un cas analogue. » Mais le cas de Bouchut est loin d'être indiscutable, car voici textuellement ce qu'il a écrit : « J'ai vu à l'hôpital des Enfants, un malheureux qui y était entré pour une brûlure de toute la tête occasionnée par une chute, la tête en avant, dans un chaudron plein d'eau bouillante. Il survécut à cette affreuse blessure et entra depuis, à la section des épileptiques à Bicêtre. » Par contre, il faut retenir comme démontré le fait raconté par Morand, et rappelé par Broca « du mendiant qui se tenait à la porte des églises et demandait l'aumône en tenant son crâne à la main. »

ACTUALITÉS

LES SÉQUELLES TARDIVES DES PLAIES DE POITRINE

On ne trouvera pas, dans cet article, une étude complète des séquelles pleuro-pulmonaires que peuvent laisser les plaies de poitrine, étude qui a déjà été faite plus d'une fois dans les années qui suivirent la guerre. Je me bornerai à relater ce que j'ai observé, depuis 1922, au Centre spécial de Réforme de Nantes; j'ai publié, en 1924, une note (1), basée sur l'examen de trente-quatre blessés ayant été atteints de plaies pénétrantes de poitrine ; ma statistique est actuellement de 117 cas, et les conclusions qu'on en peut tirer ne diffèrent pas de celles de 1924. La plupart de ces observations ont été utilisées par M. Briton, interne des hôpitaux de Nantes, pour sa thèse : Plaies de poitrine, contusions thoraciques et tuberculose pulmonaire (2).

Une balle et même un éclat d'obus peuvent traverser le poumon sans y causer grand dégât et ne laisser, dans l'avenir, aucune trace de leur passage; des éclats métalliques resteront parfois inclus dans un poumon et n'y provoqueront pas de lésion appréciable. En septembre 1914, j'ai vu arriver dans un hôpital un lieutenant d'infanterie, atteint d'une plaie en séton par balle du poumon droit; il présentait à la base droite les signes d'un petit épanchement pleural; quelques jours plus tard, il était déjà debout et bientôt il quitta l'hôpital, complètement guéri, rejoignit sur le front son régiment, où il fut tué peu de temps après. Tout ce que j'ai constaté au Centre de Réforme confirme cette première impression de septembre 1914 que les plaies de poitrine sont souvent bénignes; en effet, sur 117 cas, il en est 43, soit 36 p. 100, dans lesquels la guérison est complète, sans reliquats cliniques ni radioscopiques,

(1) M. Brelet. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 janv. 1924, p. 11.
(2) Georges Briton. *Th. de Paris*, 1929.

ou avec des reliquats très minimes, par exemple un hémi-diaphragme festonné, peu mobile, un sinus moins transparent. Les observations de ces blessés se ressemblent beaucoup; on note, presque toujours, quelques symptômes subjectifs, des douleurs, de la dyspnée d'effort; mais l'examen des poumons, examen clinique et radioscopique, ne révèle rien d'anormal, ou tout au plus les signes radioscopiques discrets que nous venons d'indiquer. Dans plusieurs cas, un éclat métallique reste, soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans un cul-de-sac diaphragmatique, soit encore dans le médiastin et le poumon tolère bien la présence de ces petits éclats d'obus. Les blessés qui ont ainsi complètement guéri sont ceux dont la plaie ne s'est pas infectée, ceux qui n'ont pas eu de pleurésie purulente nécessitant la pleurotomie avec ou sans résection costale.

D'autres, très nombreux (65 sur 117), conservent des séquelles persistantes, qui consistent surtout en symphyses pleurales plus ou moins étendues. On peut dire que c'est l'état de la plèvre qui, dans un très grand nombre de cas, régit le pronostic lointain des plaies de poitrine. Un soldat est blessé à l'hémi-thorax droit par éclat d'obus en 1916; cette blessure provoque une pleurésie purulente traitée par la thoracotomie avec résection de la VIIᵉ côte sur une longueur de 8 centimètres; on constate, en 1922, une rétraction de 2 centimètres de l'hémi-thorax droit, de la submatité à la base droite, de l'obscurité respiratoire dans toute la hauteur du poumon droit; à la radio, voile de ce poumon, plus marqué à la base; en 1925, les signes physiques ne se sont pas modifiés. Un blessé par éclat d'obus en août 1917 a eu, lui aussi, une pleurésie purulente et une résection costale; en 1925, la base droite est submate, respire mal, la radioscopie montre un cul-de-sac droit comblé, un diaphragme droit irrégulier; et cet homme, gêné par des douleurs thoraciques, par de la dyspnée d'effort, a un état général excellent; taille 1ᵐ70, poids 74 kilog. Les fiches du Centre spécial de Réforme nous apprennent que ces plaies de poitrine guéries avec séquelles pleurales sont des plaies par éclats d'obus, plus souvent que des plaies par balles; que beaucoup de ces blessés ont eu, après leur blessure, un épanchement pleural ou une pleurésie purulente. Aux expertises faites successivement avant que la pension ne devienne permanente, on retrouve toujours les mêmes signes cliniques et radioscopiques; l'examen bactériologique des crachats, régulièrement pratiqué, ne montre pas de bacilles de Koch. La plupart de ces blessés ont une santé excellente, mais leur capacité de travail est diminuée, ce qui leur donne droit à une pension.

Dans des cas, heureusement très rares, les suites de la thoracotomie sont anormales; la suppuration pleurale persiste et l'on voit des blessés qui conservent indéfiniment une fistule pleuro-cutanée. J'ai deux observations de ce genre : V... a été blessé en 1918; plaie de l'hémi-thorax gauche par éclat d'obus; pleurésie purulente; résection costale; en juin 1929, il existe encore, dans la région sous-axillaire gauche un large orifice fistuleux avec un drain par lequel s'écoule du pus; la base gauche est mate, la respiration presque nulle dans tout le poumon gauche; état général bon, 1ᵐ60, 75 kilog. G... reçoit, en 1914, un shrapnell dans l'hémi-thorax droit; pyo-pneumothorax, thoracotomie avec résection des cinq premières côtes; le 5 juillet 1929, une fistule persiste à la paroi thoracique antérieure, la suppuration est abondante; état général déficient, 1ᵐ75; 54 kilog.

Quelques anciens blessés de poitrine sont devenus des tuberculeux pulmonaires; j'en ai 7 sur 117. Dans plusieurs de ces cas, le traumatisme paraît bien n'avoir eu aucun rôle dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, et l'on sait que le professeur Sergent a montré que les blessures pénétrantes de poitrine ne sont pour ainsi dire jamais suivies de tuberculose pulmonaire, alors que les contusions thoraciques (1) déterminent plus souvent la tuberculose pulmonaire dite traumatique (Sergent, Déné-chau, L. Bernard et Mantoux, Pilod). Dans ces sept observations, plusieurs années se sont écoulées entre la blessure et le début de la tuberculose.

I. G..., a été blessé en 1918 par une balle qui a traversé le poumon gauche, pleurésie purulente opérée; en 1921, il présente des signes de symphyse pleurale gauche, mais n'est pas bacillaire; en 1922, tuberculose du sommet droit, bacilles de Koch dans les crachats.

II. V..., blessé en 1916, plaie non pénétrante de la région thoracique gauche par E. O.; en 1919, il commence à tousser et à cracher. Quand nous l'examinons en 1923, le poumon gauche respire bien; cliniquement et radioscopiquement tuberculose du sommet droit; pas de bacille de Koch dans les crachats le jour de l'expertise.

III. D..., blessé par une balle au poumon gauche en 1914, et fait prisonnier le même jour; en 1916, il est bacillaire, évacué sur la Suisse. En mai 1923, sclérose du sommet gauche; pas de bacilles dans les crachats.

IV. B..., plaie par balle du poumon gauche, en 1914. En 1922, bacillose pulmonaire gauche; en 1929, sclérose du poumon gauche, sans bacille dans les crachats le jour de l'expertise. Etat général excellent; 1ᵐ82; 82 kilogrammes.

V. L..., blessé et fait prisonnier en août 1914; plaie par balle du poumon gauche. Il revient de captivité amaigri, fatigué, commençant à tousser. En 1923, en 1925, tuberculose du poumon gauche avec bacilles dans les crachats.

VI. M..., une balle lui a traversé le poumon droit en 1914; il est fait prisonnier le même jour. Pendant sa captivité, il ne toussait pas; c'est seulement en 1921, qu'il commença à tousser. En 1922, tuberculose du poumon droit. En 1926, tuberculose bilatérale.

VII. B..., reçoit un éclat d'obus dans l'hémi-thorax droit en 1917. Vaste cicatrice de la région omo-vertébrale droite; de 1917 à 1929, signes de symphyse pleurale droite; à la radioscopie, sinus droit comblé. En mars 1929, il tousse et crache, maigrit, a de la fièvre le soir. Le 9 août 1929, c'est un phtisique, présentant, cliniquement et radioscopiquement, une infiltration de tout le poumon droit; bacilles de Koch dans les crachats. Etat général mauvais; 1ᵐ72, 52 kilogrammes.

Quelle relation convient-il d'établir entre la plaie de poitrine et la tuberculose pulmonaire tardive? Dans certains cas, la relation de cause à effet ne peut

(1) PILOD. Contusion thoracique et tuberculose pulmonaire, *Paris méd.*, 5 janv. 1929.

vraiment pas exister, par exemple quand un blessé du poumon gauche présente des signes de tuberculose au poumon droit. S'agit-il d'un blessé qui a été fait prisonnier et qui devient tuberculeux, soit pendant sa captivité, soit après son rapatriement, on est en droit de supposer que ce sont les privations endurées qui ont provoqué l'apparition de la tuberculose. Seule, l'observation VII est très démonstrative, malgré le début tardif de la tuberculose douze ans après la blessure; en effet, ce blessé avait un poumon droit dont la fonction respiratoire était amoindrie depuis 1917; en mars 1929, le bacille de Koch vient se loger dans ce poumon et le malade peut légitimement prétendre que, sans cette infériorité du poumon droit, il ne serait jamais devenu tuberculeux.

En résumé, voici ce que l'on constate actuellement dans un centre spécial de réforme :

Beaucoup de blessés atteints de plaies pénétrantes de poitrine, sont guéris sans reliquats appréciables (30 p. 100).

La plupart conservent de leur blessure des séquelles consistant surtout en symphyse pleurale (55 p. 100).

Très rares sont ceux chez lesquels une suppuration persiste indéfiniment par une fistule pleuro-cutanée.

D'autres blessés de poitrine peuvent se tuberculiser tardivement et la tuberculose pulmonaire ne paraît pas toujours imputable à la blessure.

M. BRELET,
Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

REVUE DES THÈSES

Les Algies viscérales. Etudes pathogéniques et thérapeutiques (1), par le docteur André Lichtwitz, ancien interne des hôpitaux de Paris. Travail du service du professeur Sicard.

Après avoir rappelé quelques notions élémentaires d'anatomie et de physiologie végétative, nous discutons les deux grandes théories qui prétendent expliquer les douleurs viscérales : théorie de Lennander, théorie de Ross, Head, Mackenzie.

Pour Lennander, les viscères ne deviennent douloureux que dans la mesure où ils contractent des rapports avec les séreuses : le système végétatif ne joue aucun rôle.

Pour Head, Ross, Mackenzie, au contraire, le système végétatif est l'intermédiaire indispensable entre les viscères et la moelle : l'incitation née au viscère est transmise à la moelle par le système végétatif, là elle se confond avec la voie sensitive cérébro-spinale, et arrive à la corticalité; à ce moment, elle est perçue, mais est rapportée non au viscère, origine de l'incitation, mais au dermatome correspondant.

Le point essentiel de cette théorie de la douleur transmise est l'étude de l'*incitation adéquate*, c'est-à-dire l'étude des modifications anatomiques ou fonctionnelles qui réveillent la sensibilité latente du sympathique.

La *distension* paraît l'incitation adéquate la plus active. Le *spasme* et surtout l'*ischémie* ne sont qu'au second plan.

L'*inflammation* joue un rôle incontestable mais difficile à décomposer en ses éléments : distension, participation des séreuses et peut-être aussi acidité, comme l'ont montré les heureux résultats des injections alcalines.

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, A. Legrand.

Les *organes pleins*, les parenchymes comme le foie, la rate ou le rein réagissent, semble-t-il, selon le schéma de Lennander (douleur par participation des séreuses).

Les *organes creux* : tube digestif, cœur, au contraire, obéissent au mécanisme de la douleur transmise de Ross, Head et Mackenzie.

La distension est l'incitation adéquate habituelle, comme l'a montré l'étude des différentes algies viscérales, son rôle n'est discuté que pour l'ulcère de l'estomac et l'angine de poitrine.

a. L'*estomac de l'ulcéreux* réagit surtout à l'acidité gastrique, mais reste cependant soumis à la distension.

b. *Dans la pathogénie de l'angine de poitrine*, il faut distinguer :

1. *Le point de départ des incitations* : coronaires, aorte et cœur;

2. *La nature des incitations* : distension, ischémie.

La distension, admise pour l'aorte et le cœur, n'est pas envisagée pour les coronaires que l'on suppose seulement susceptibles de se rétrécir.

Il en résulte que dans les angines d'origine coronarienne, l'ischémie est la seule incitation adéquate discutée. En réalité, il n'y a pas d'exemple d'ischémie viscérale douloureuse. D'autre part, les angines de poitrine d'origine coronarienne se comportent comme les viscères à l'origine desquels la distension est incontestable; on retrouve, en effet, les lois qui régissent toutes les distensions : douleurs inversement proportionnelles au calibre de l'organe, nécessité d'une paroi peu altérée, rôle de l'obstruction, importance des substances intracavitaires ; et au contraire : absence de douleurs lorsque les parois des coronaires sont sclérosées ou lorsque l'obstruction artérielle est incomplète (d'où infarctus ou coronarite sans angine de poitrine).

Les interventions chirurgicales dans l'angine de poitrine nous ont donné des résultats médiocres. Il est néanmoins difficile de condamner sans appel une méthode qui compte par ailleurs des succès incontestables.

L'avenir appartient, semble-t-il, aux *injections analgésiques*, injections paravertébrales et surtout intradermiques.

Le mécanisme des injections intradermiques reste malheureusement assez obscur. Avec M. Sicard, cependant, il semble que l'on puisse admettre que l'injection intradermique *inhibe* le centre latéro-médullaire, interrompant la voie sensitive viscéro-médullo-corticale. Le centre latéro-médullaire subit donc deux sortes de sollicitations : d'une part, une action *excitatrice d'origine viscérale*, et, d'autre part, une action *inhibitrice d'origine dermique*, et ainsi on comprend que selon la substance injectée (novocaïne, solution alcaline), selon les réactions végétatives, médullaires, cérébrales de chacun, l'action inhibitrice dermique l'emporte ou non sur l'action excitatrice viscérale.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la scaphoïdite du tarse chez les enfants (1), par Max Perrier (de Montpellier).

La maladie de Koehler-Mouchet, ou scaphoïdite tarsienne, se manifeste par des signes cliniques qui n'ont rien de caractéristique (douleur, gonflement, mouvements douloureux au niveau du segment interne de la médio-tarsienne), et par des signes radiologiques évoluant d'une manière nettement spécifique (condensation, aspect feuilleté, atrophie avec densité anormale du scaphoïde).

Quelle est la cause de cette lésion si particulière?

On a invoqué successivement, en se basant sur des cas isolés : une malformation de l'os (Koehler); un aplatissement traumatique (Schultze); une ostéite trophique par altération

(1) *Th. de Montpellier*, 1929, 55 pages avec 4 figures. — E. Montane, édit.

traumatique de la nutrition (Preiser); une ostéite microbienne, ostéomyélite atténuée (Lecène et Mouchet, Estor).

L'auteur rapporte une observation du professeur Massabuau particulièrement démonstrative : le syndrome radiologique de la maladie de Koehler, avec son évolution caractéristique, fut observé chez un malade présentant, au niveau du scaphoïde, des fistules ayant succédé à l'ablation d'un foyer fongueux tuberculeux (inoculation au cobaye formelle). Il s'agit donc, dans ce cas, d'une scaphoïdite tuberculeuse. La tuberculose agirait en ramollissant l'os, qui se laisserait aplatir ensuite.

Nové-Josserand avait déjà rapporté un cas semblable, contesté parce que unique et pouvant ne dépendre que d'une coïncidence. Le cas de Massabuau répond à cette objection et démontre la possibilité de l'origine tuberculeuse de la scaphoïdite tarsienne.

L'auteur se garde, d'ailleurs, de vouloir invoquer une étiologie unique; il donne seulement une place à la tuberculose parmi les autres causes invoquées.

ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude du traitement de la paralysie infantile totale du membre inférieur par la méthode de Putti (1), par Ferdinand BATLLE.

Deux observations de grand intérêt, confiées à l'auteur par le professeur Massabuau, mettent en évidence les remarquables résultats que l'on peut attendre de cette méthode : deux malades, présentant de graves séquelles de paralysie infantile étendues à tout un membre inférieur et ne pouvant se déplacer sans béquilles, ont pu reprendre la marche sans le secours d'aucun appui.

L'auteur expose, à ce propos, la méthode de Putti basée sur l'observation attentive de l'attitude qui permet la marche à certains paralysés, et sur l'expérience squelettique de Mezzari (pied mis en équinisme par une cheville astragalienne enfoncée en avant du tibia).

Il en étudie en détail la technique : Intervention sur la hanche, si elle est fléchie (redressement forcé; ou myotomie, désinsertion des fléchisseurs, capsulotomie antérieure, ostéotomie sous-trochantérienne). Interventions sur le genou, s'il n'est pas en recurvatum (redressement lent ou forcé; ou myotomie des fléchisseurs, ostéotomie sus-condylienne, ostéoclasie). Interventions sur le pied, s'il n'est pas fixé en équinisme (ténodèse; arthrodèse ou arthrorise tibio-tarsienne).

L'examen des résultats (30 observations) publiés par Putti, Camera, Ombrédanne, Papin, Froelich, Trèves, Massabuau, donne un pourcentage d'excellents résultats (c'est-à-dire rendant le malade à la vie normale) de 70 p. 100.

ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude anatomo-clinique de la granulomatose maligne [maladie de Hodgkin-Paltauf-Sternberg] (2), par Goïko DAVIDOVITCH.

L'auteur a entrepris et mené à bien un travail de mise au point, suivant les conceptions les plus actuelles et les plus autorisées, de cette maladie de Hodgkin, à laquelle il voudrait voir donner le nom correct et exact de « granulomatose maligne »; son étude est donc intéressante à ce premier point de vue. De plus, elle s'appuie sur des documents originaux soigneusement étudiés : deux observations du professeur Ducamp (formes généralisées à début splénique; cervico-médiastinale avec mort par asphyxie) et trois observations du professeur Vedel (formes cervico-médiastinale; généralisée; médiastinale pseudo-tumorale). Enfin, d'après ces différentes recherches, l'auteur attire l'attention sur plusieurs points qui méritent d'être retenus.

En premier lieu, l'étude chimique du sang paraît en général — sauf pour la recherche de l'azotémie, qui varie peu, — négligée. L'auteur signale l'intérêt qu'il y aurait à faire une analyse complète, et indique qu'il a plusieurs fois constaté de l'hyperuricémie.

En second lieu, parmi les nombreuses difficultés que rencontre le diagnostic différentiel, il faut citer l'hésitation possible entre granulomatose maligne et *macro-poly-adénopathie tuberculeuse pseudo-leucémique* de Sabrazès; l'auteur en rapporte une intéressante observation où la biopsie (répétée deux fois) permit seule le diagnostic.

Enfin, l'auteur rappelle que, au cours du diagnostic histologique, les cellules géantes de Sternberg sont en général considérées comme l'élément nécessaire et suffisant pour caractériser la granulomatose maligne, et sont interprétées comme un élément spécifique. L'auteur, au contraire, se ralliant à la conception de Ducamp, Janbon et Guibert, y voit seulement une modalité réactionnelle vis-à-vis d'un agent pathogène, et, en conséquence, estime que l'on est autorisé à poser le diagnostic même en leur absence. « L'élément anatomique essentiel reste le bariolage cellulaire, avec ou sans cellules de Sternberg, avec ou sans abondance d'éosinophiles. »

ANDRÉ GUIBAL.

Étude sur les phlegmons du médiastin (1), par Pierre BUISSON.

L'auteur rapporte une observation du professeur Olmer décrivant un cas de phlegmon du médiastin supérieur rompu dans la trachée. Il en tire parti pour tracer, aidé des publications assez rares trouvées sur ce sujet dans la littérature, le tableau des phlegmons du médiastin.

Ils succèdent soit à un traumatisme (fracture du sternum, hématome, plaie pénétrante), soit à une affection œsophagienne (cancer ulcéré, perforation, plaie ou brûlure), soit à une suppuration du cou ou de l'appareil pleuro-pulmonaire propagée de proche en proche, soit à une adénopathie par infection des organes de voisinage, soit à une métastase d'infection générale.

Cliniquement, ils se manifestent par les signes d'une suppuration profonde, les autres signes variant avec le siège du phlegmon. Ceux du médiastin antérieur donnent surtout de la dyspnée avec douleur rétro-sternale et œdème de la paroi thoracique antérieure; à la radiographie, ombre dans l'espace clair rétro-sternal. Le syndrome médiastinal est au complet dans ceux du médiastin postérieur, avec ombre radiologique dans l'espace clair rétro-cardio-aortique.

Les principales formes cliniques sont : rétro-viscérale (signes respiratoires et œsophagiens); médiastinale supérieure (signes inflammatoires à la base du cou); péri-bronchique (signes d'une affection pleuro-pulmonaire).

L'évacuation spontanée peut se faire vers la paroi antérieure du thorax (deuxième espace intercostal), ou dans l'œsophage, la trachée et les bronches, la plèvre. La mort peut survenir par asphyxie, hémorragie (ulcération vasculaire), progrès de l'infection, ou syncope (irritation du pneumogastrique ou des plexus cardiaques).

Le diagnostic est rendu difficile par la diversité et la multiplicité des causes et des signes, et par la rareté de la lésion. Les signes fonctionnels permettront de distinguer le phlegmon du médiastin antérieur, moins grave, de celui du médiastin postérieur.

Le traitement est seulement esquissé par Buisson : accès au médiastin antérieur par voie trans- ou para-sternale; au médiastin supérieur par voie cervicale inférieure; au mé-

(1) *Th. de Montpellier*, 1929. — Imprimerie de la Manufacture de la Charité.

(2) *Th. de Montpellier*, 1929. — E. Montane, édit.

(1) *Th. de Montpellier*, 1929. — E. Montane, édit.

diastin postérieur par médiastinotomie postérieure, dangereuse.

ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude de l'appendicectomie : 250 appendicectomies consécutives sans enfouissement du moignon (1), par Charles BESSIEUX (Montpellier).

Faut-il enfouir le moignon après appendicectomie?

A cette question, l'auteur répond d'abord par des faits : dans 250 appendicectomies consécutives, le professeur Massabuau a lié l'appendice au catgut et a pratiqué au thermocautère la section de l'organe et l'aseptisation du moignon; il n'a observé consécutivement aucune complication.

Il répond ensuite en entrant dans la discussion et en appréciant la valeur des arguments mis en avant :

Les objections faites au non enfouissement ne sont pas fondées : les fistules stercorales observées dépendent bien plutôt de manœuvres intempestives (lavement précoce); les adhérences développées ont été constatées aussi souvent après enfouissement; les suppurations profondes dépendent en réalité de fautes d'asepsie ou de technique.

D'autre part, l'enfouissement présente des risques : opération souvent plus longue et partant plus shockante; réalisation parfois difficile sur une paroi cæcale enflammée; perforation possible, par l'aiguille, du cæcum aminci; phlébites et embolies possibles; danger de la mise en cavité close d'un moignon septique.

L'enfouissement paraît donc à Bessieux inutile et risqué.

ANDRÉ GUIBAL.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS. SES PRINCIPES ACTIFS. LEURS PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES (2)

Par le professeur POUCHET.

Les résultats discordants, souvent paradoxaux, obtenus jusqu'à ces derniers temps de l'emploi de l'adonis vernalis par nombre d'expérimentateurs distingués, et particulièrement les recherches de Fuckelmann en 1911 montrant que l'on obtenait des produits doués d'actions sensiblement différentes, suivant leur mode de préparation, semblaient prouver que les principes actifs jusqu'alors extraits des diverses variétés d'adonis étaient constitués par des substances différentes ou par des mélanges. Le très important travail de MM. L. et F. Mercier (*Revue de pharm. et de thérap. expérim.*, Paris 1927, n° 1), complété par les recherches du professeur Jung et du docteur Fontenailles (*Soc. de biol.*, Paris, 18 mai 1928) et surtout par les études si remarquables du docteur Lutembacher (*Bull. méd.*, Paris 1928, n° 11, et *Prat. méd. franç.*, Paris 1928, mai B) est venu démontrer l'exactitude de cette interprétation et élucider cette question restée jusqu'ici fort obscure.

Les expériences de MM. Mercier ont abouti à l'obtention de deux glucosides; l'un est soluble dans l'eau et l'alcool, c'est l'adonidoside; l'autre est insoluble dans l'eau, très soluble dans l'éther et le chloroforme, c'est l'adonivernoside. Ces deux glucosides sont les seuls principes actifs de l'adonis vernalis. Les mélanges de ces deux glucosides ont été largement utilisés sous forme d'adoverne; ce médicament représente, en effet, ces deux glucosides dans les proportions mêmes où ils se trouvent dans la plante; leur activité est étalonnée physiologiquement à la valeur constante de 300.000 unités-grenouille pour un gramme du complexe glucosidique.

On donne l'adoverne jusqu'ici seulement par voie buccale (XXX à LX gouttes par jour ou 2 à 4 granules. Les principales indications de ce médicament se trouvent dans l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète, dans l'œdème pulmonaire, la dyspnée et les hydropisies. Il semble bien, d'après tous les travaux publiés, que l'adoverne constitue, à l'heure actuelle, le moyen le meilleur et le plus pratique d'administrer l'adonis vernalis.

(1) *Th. de Montpellier*, 1929, 64 p. — Montane, édit.

(2) *Prat. méd. franç.*, Paris 1928, n° 10 *bis*, p. 389-405.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (1)

13. ABULKER. — Algérie et syphilis. Contribution à l'étude expérimentale de l'allergie syphilitique chez l'indigène musulman algérien.

1. ALCAY. — La langue de Jarnin.

12. ANDARELLI. — Etude sur la distribution du lait. La question à Alger.

14. CAUJOLE. — L'élimination par les voies biliaires.

4. CHIPOT. — Résection du plexus hypogastrique supérieur dans certaines affections pelviennes douloureuses.

15. COLLIN. — A propos des épiphysites vertébrales de croissance.

9. COUNIOT. — L'échinococcose rénale.

17. DIEUZAIDE. — Contribution à l'étude des néoplasmes végétaux. Le rôle des pucerons en phyto-pathologie.

10. ELHADI. — Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse chez les indigènes musulmans.

11. HUGON. — Du fonctionnement de la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine d'Alger en 1927.

8. LAURIAC. — La stérilisation de la femme. (Etude générale.)

16. MACHUEL. — Le kala-azar en Algérie.

5. MAÏZA. — Contribution à l'étude des fibromes utérins au cours de la puerpéralité.

13. MARILL. — L'échinococcose des parois thoraciques.

12. MAYNADIÉ. — Traitement du cancer de la langue.

15. MÉCHICHE. — Des voies d'accès sur l'astragale. (La voie médiane antérieure.)

14. MIARA. — La tension veineuse. Contribution à l'étude clinique de la pression veineuse périphérique.

7. MIRAMOND DE LAROQUETTE. — Du traitement des tumeurs du pancréas par la radiothérapie et la diathermie associées.

2. MOUTTE. — L'ectopie de la rate et ses complications.

3. NOUCHI. — La giardiose vésiculaire.

6. STORA. — Etude d'une épidémie de coqueluche.

16. STÖTZEL. — Recherches sur la kératite parenchymateuse d'après les cas observés de 1920 à 1928 à la Clinique ophtalmologique d'Alger.

11. TREMSAL. — Un siècle de médecine coloniale en Algérie (1830-1929).

LIVRES NOUVEAUX

Cours élémentaire de zoologie (2), par Rémy PERRIER, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris.

Signé d'un des noms les plus connus du monde scientifique, ce manuel se recommande par ses neuf éditions successives et par les services qu'il a rendus pendant plus de vingt

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223; Strasbourg, n° 71, p. 1271.

(2) Neuvième édition revue, 1 volume de 874 pages avec 765 fig. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

ans à de nombreuses générations d'étudiants dans les Facultés des sciences de France et de l'Etranger. C'est encore actuellement le seul Manuel de zoologie écrit en langue française qui, tout en englobant sous un format restreint, l'ensemble de nos connaissances actuelles sur la zoologie expose l'évolution des êtres vivants et les lois générales de la biologie.

L'auteur leur a fait une large place; sans négliger la description des divers types d'animaux, il insiste particulièrement sur les faits qui peuvent mettre en lumière leurs rapports réciproques, leur parenté mutuelle. Il fait ressortir surtout les lois générales de la zoologie dont l'exposé est fait dans les premières pages de ce livre et dont les applications sont indiquées dans le corps de l'ouvrage.

Cette neuvième édition si elle n'a pas été modifiée dans son ensemble a bénéficié comme ses devancières d'une complète mise au courant. L. G.

Le Tractus thyréoglosse. Embryologie topographique. Pathologie chirurgicale. Kystes, fistules et tumeurs (1), par G. Rémy Néris, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (prix d'otologie).

Cette monographie est la première étude qui réalise sur ce sujet la juxtaposition de données embryologiques ou anatomopathologiques et de faits cliniques ou opératoires.

La première partie est d'ordre embryologique et anatomique. Elle expose le développement de l'ébauche thyroïdienne médiane, la fragmentation précoce du tractus thyréoglosse, la genèse à titre d'anomalie des nodules thyroïdiens accessoires sur les divers points de son trajet. Les connexions avec l'os hyoïde, si importantes au point de vue chirurgical, font l'objet de précisions spéciales.

L'auteur se base sur l'embryologie pour établir la nécessité chirurgicale de la résection de l'os hyoïde combinée à la dissection haute du septum lingual. Cette technique permet seule de supprimer entièrement les vestiges congénitaux (très fréquents jusqu'à la naissance et même pendant l'enfance) aux dépens desquels se développent les kystes ou fistules du tractus.

Le chapitre suivant se rapporte à l'anatomie pathologique. L'auteur y met en évidence les liens pathogéniques unissant les fistules et les kystes initiaux. Il montre leur uniformité relative de structure, par opposition aux lésions analogues des régions latérales du cou dont l'origine exacte (thymique ou branchiale) est toujours discutée. Il souligne la rareté des fistules complètes avec lumière continue, s'étendant du foramen cæcum jusqu'à l'os hyoïde.

L'étude clinique distingue les variétés topographiques des kystes à symptomatologie cervicale et buccale. Un chapitre spécial est ainsi consacré à la question des kystes et tumeurs de la thyroïde linguale.

Ainsi conçue, cette monographie, illustrée de nombreuses figures et accompagnée d'une bibliographie très complète, prend une grande place dans l'étude générale des affections congénitales du cou. L. G.

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie (2), par P. Rudaux, accoucheur, professeur à la Maternité de Paris. Sixième édition revue.

Ce livre avait été écrit primitivement pour les élèves sages-femmes, et l'auteur a donné un développement suffisant à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie génitale et obstétricale qui sont à la base des études qu'on leur demande.

L'ouvrage de M. Rudaux va plus loin : il résume à lui seul de gros ouvrages d'anatomie et de physiologie dont il donne une vue d'ensemble et permet de revoir rapidement le programme d'un examen.

Les dernières éditions ont été augmentées d'une partie consacrée à l'hygiène et à la thérapeutique élémentaires. Ainsi se trouve constitué un enseignement complet pour toute personne appelée à donner des soins. Cette sixième édition contient, en outre, un lexique médical.

Ce précis renferme toutes les connaissances théoriques exigées des candidats aux diplômes d'infirmiers ou d'infirmières :

I. Anatomie. Physiologie et pathologie du corps humain.
II. Anatomie. Physiologie et pathologie génitales et obstétricales.
III. Eléments de pathologie générale et de thérapeutique pratique.
IV. Lexique médical. L. G.

(1) In-8 de 180 pages avec 23 figures dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un vol. de 846 pages avec 580 figures. — Prix : 38 fr. — Paris, Masson et Cie.

Noël Mathias, roman (1), par Gil Robin.

Michelet divisait le règne de Louis XIV en deux périodes : *avant* et *après* la fistule. La vie de Noël Mathias pourrait de même comporter deux périodes : *avant* et *après* l'amour : la première, brillante, riche de promesses; la seconde, lamentable. Dans celle-là, le héros du roman travaille, produit, publie des articles qui ont le plus grand retentissement; par son érudition, par l'originalité de son esprit, par l'élégance de sa forme qui lui vaut les éloges d'Anatole France, il semble devoir renouveler la critique philosophique. Dans celle-ci, ce n'est plus qu'une épave, vivant en bohême, oubliant de se laver, de manger, continuant à travailler dans les bibliothèques, mais sans plus jamais écrire une ligne sur les sujets qu'il connaît le mieux. Il s'égare un jour à Sainte-Anne. On le relâche. Bien à tort! N'aurait-on pas pu lui délivrer quelque certificat ainsi conçu : « Incapacité de se conduire, « conscience incomplète de sa situation, quelques idées de « persécution, mais vagues et mal systématisées; troubles « de la mémoire; réticences; de temps à autre, certains « signes de discordance »?

Pourquoi l'amour, d'habitude créateur, a-t-il abouti ici à neutraliser, à inactiver, à stériliser, pour employer des expressions techniques, le talent de Noël Mathias? Parce que sa mauvaise étoile a voulu qu'il rencontrât une Phèdre de petite ville, qui tombe amoureuse de lui au premier regard et qui, des années durant, va le presser de « couronner sa flamme ». Chaque matin, elle lui fait envoyer une gerbe de roses rouges. Elle l'accable de déclarations. Absorbé par ses recherches, il la repousse avec douceur jusqu'au moment où il finit par ressentir lui-même tous les feux de la passion. C'est alors Phèdre qui est devenue vertueuse, et c'est elle qui repousse Hippolyte.

Joli roman bien composé, écrit avec soin, où les situations les plus risquées sont exposées avec beaucoup de tact, dont l'intérêt va sans cesse grandissant, et qui fait honneur au délicat auteur de la *Femme et la lune*. L. BABONNEIX.

Techniques de médecine opératoire (2), par Robert Soupault, chirurgien des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur à la Faculté. Préface du professeur B. Cunéo.

L'Ecole chirurgicale française possède depuis de nombreuses années un merveilleux *Traité de médecine opératoire* celui de Farabeuf, et cet ouvrage célèbre restera longtemps encore le meilleur texte pour celui qui désire parfaire ses connaissances en médecine opératoire.

Ce nouveau Manuel du docteur Soupault est différent. C'est

(1) In-18 de 279 pages. — Prix : 18 fr. — Paris 1929, Editions Kra.

(2) Un vol. de 190 pages avec 195 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

un Farabeuf allégé de nombreux développements, élagué, abrégé, condensé. Il est par son mode de présentation, texte et illustrations, un guide exact et suffisamment explicite pour les débutants en vue des examens en même temps qu'un memento vite consulté pour ceux qui, au cours des séances d'entraînement, en vue des concours, voudront retrouver tel ou tel détail précis.

« Je considère, dit l'auteur dans un Avant-Propos, la médecine opératoire comme un ensemble d'exercices, — de gammes, a-t-on dit, — dont l'exécution correcte, mécanisée, exige autant de méthodes que d'adresse, impose la discipline de l'esprit et celle du geste ».

« Ces notes brèves, mais aussi précises que je l'ai pu, relèvent de cette formule. »

Après un chapitre de généralités, l'auteur traite en 44 chapitres : des ligatures, des désarticulations, des amputations.

Pour chacun d'eux, les indications sont groupées en quelques lignes en des divisions méthodiques, par exemple, pour les désarticulations : 1. Rappel anatomique. — 2. Repères osseux. — 3. Position du sujet. — 4. Position de l'opérateur. — 5. Position de l'aide. — 6. Tracé des lambeaux. — 7. Opération.

Chaque temps opératoire est illustré de figures originales très nettes, face au texte.

L. G.

Précis de l'ionothérapie électrique (1), par le docteur F. Gidon, ancien chef du service physiothérapique à l'Hôtel-Dieu de Caen, professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Cet opuscule présente sous une forme concrète et précise les renseignements nécessaires pour la pratique des opérations ionothérapiques courantes : traitements de rhumatismes, d'arthrites, de raideurs, d'adhérences ou de compressions fibreuses, de traumatismes récents (entorses), ou encore traitements de névralgies, ionisation d'ulcérations chroniques ou de plaies suppurantes, stérilisation sous-cutanée de points d'acnés, de furoncles ou d'autres états dermatologiques. Signalons spécialement l'anesthésie locale obtenue, sans injection ni œdème des tissus, par transport d'agents médicamenteux à travers la peau, en vue d'interventions superficielles, pour la chirurgie esthétique, etc. Les opérations qui exigent la technique opératoire des spécialités (désinfection des sinus, etc.) ne sont signalées que sommairement. En ce qui concerne le matériel, l'auteur recommande l'emploi des piles sèches de T. S. F., actuellement en vente partout. En cas d'urgence (entorse, attaque de goutte), on peut constituer une batterie suffisante avec des piles de lampes de poche. Notons les détails circonstanciés relatifs au montage des appareils, aux intensités généralement usitées dans chaque catégorie de cas au calcul des doses médicamenteuses introduites dans les cas où on désire les connaître. On sait que la méthode ionothérapique consiste à réaliser la pénétration d'agents médicamenteux à travers la peau ou les muqueuses (vagin, rectum, etc.) par voie de transport électrique, à l'aide d'un dispositif analogue à celui réalisé dans l'industrie galvanoplastique pour le transport et le dépôt des métaux. Introduits dans l'organisme par cette voie, beaucoup de médicaments acquièrent des propriétés spéciales. L'analyse des urines révèle que leur cycle d'élimination est considérablement ralenti. Les salicylates, par exemple, d'ordinaire si rapidement éliminés, deviennent des médicaments « qui tiennent », d'où certains effets intéressants, effets *généraux*, antidiathésiques, s'ajoutant à ceux résultant de la saturation médicamenteuse locale réalisée sous les électrodes. L'auteur insiste sur les soins qu'exigent la préparation et l'application des électrodes, en particulier pour éviter l'introduction des « ions parasites ». Les sels destinés à l'ionothérapie doivent être eux-mêmes, autant que possible, purifiés au point de vue « ioniques », c'est-à-dire avec d'autres préoccupations que ceux destinés à la voie buccale ou à l'hypodermie. Le *Précis d'ionothérapie* signale la série des sels spéciaux (les sonodoses) établie pour cet usage par les laboratoires Clin, et qui renferme, croyons-nous, quelques nouveautés, comme le salicilate ionisable de lithinés (pour introduction bipolaire) la carbaïne anesthésique, et, de plus, des formes spécialisées d'agents bien connus, tels que les antiseptiques des plaies et suppurations (cuivre et zinc), les antidiathésiques (lithinés ou iode), en antidouloureux (salicylates, quinine ou aconitine), etc. Signalons enfin les sels magnésiens dont le transport ionique a été récemment préconisé comme thérapeutique prématrice des néoplasies, les iodures ou chlorures sclérolysants (adhérences pleurales, adhérences tendineuses ou articulaires, etc.).

L. G.

(1) Un vol. in-8, 96 pages, avec tableau. — Prix : 15 fr.; franco : 16 fr. — Paris, Les Presses universitaires de France.

Traitement des varices par la méthode sclérosante (1), par MM. J.-A. Sicard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et L. Gaugier, licencié ès sciences. « Collection médecine et chirurgie pratique. » Deuxième édition entièrement revue.

La première édition de cet ouvrage a été épuisée en quelques mois. Cette nouvelle édition a été entièrement revue et augmentée en plusieurs points.

C'est la mise au point actuelle de cette méthode de thérapeutique locale, préconisée par les auteurs depuis dix ans et qui a groupé autour d'elle des adeptes de plus en plus nombreux en France et à l'étranger.

Ces pages sont la synthèse d'une observation méthodiquement poursuivie durant de nombreuses années. Cette étude porte sur plusieurs milliers de cas variqueux.

Le but des auteurs est de montrer combien est facile l'application de ce procédé, combien il est inoffensif lorsqu'il est appliqué à bon escient et suivant les règles de prudence élémentaire.

Cette facilité d'exécution rend accessibles les piqûres intravariqueuses à tous les praticiens habitués aux injections veineuses. Cette méthode n'est pas, bien entendu, applicable dans tous les cas; elle a ses indications et ses contre-indications, mais, bien maniée, elle donne des résultats remarquables dans les cas qui relèvent de son application directe.

L. G.

Pourquoi on engraisse? Comment on maigrit? (2), par le docteur Paul Mathieu, ancien interne des hôpitaux de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine, médecin-consultant à Brides-les-Bains.

Instruit par une longue pratique dans cette clinique unique d'obèses qu'est Brides-les-Bains, l'Adipopolis moderne, l'auteur présente, en quelques pages claires, précises, débarrassées de tout jargon pédantesque à prétentions pseudo-scientifiques, un tableau très complet de l'état actuel de nos connaissances sur les échanges nutritifs dans l'organisme et sur la pathogénie, le diagnostic différentiel des formes cliniques et le traitement des obésités.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage d'utiles conseils sur la manière de diriger la cure des obèses qui se confient à ses soins. L'obèse lui-même le lira avec profit, et aussi l'individu normal, que hante la crainte d'acquérir un inélégant embonpoint.

L. G.

(1) Un vol. de 102 pages avec 8 planches hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. in-8, 64 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Maloine.

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE : SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE : G. DEGLOS, *1, rue d'Alembert*, PARIS-14e.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

BRETUM - BOLDO - EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES — ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX — PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

INFORMATIONS

(SUITE)

— CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. André STROHL.) — INSTITUT DU RADIUM. (Directeurs : Mme P. CURIE et M. le docteur Cl. REGAUD.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. *Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.* — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

Première partie : Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic.

Deuxième partie : Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.

Troisième partie : Electrologie. Photothérapie.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 2 décembre 1929, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr.; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le nombre des places est limité.

II. *Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.* — Durée : deux ans.

Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. Deux de ces stages pourront, après demande adressée à M. le doyen de la Faculté de médecine, être faits dans certains services de province ou de l'étranger.

A la suite de cette période de stage, les candidats présenteront un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales.

Ils seront interrogés sur ce travail et sur l'ensemble de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h., avant le 1er novembre 1929.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr.; deux droits annuels de bibliothèque à 40 fr., 80 fr.; un droit d'examen, 250 fr.

— CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital de Vaugirard. Professeur : M. Pierre DUVAL.) — *Programme.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : Démonstrations opératoires.

Mardi, jeudi, à 10 h. : Examen clinique et leçon au lit des malades.

Vendredi, à 11 h. : Leçon du professeur.

Samedi, à 11 h. : Examen radiologique des maladies du tube digestif.

Consultations spéciales. — Mardi, mercredi, jeudi, samedi, à 10 h. : docteurs J.-Ch. Roux, Moutier, A. Girault. Maladies du tube digestif.

Lundi, à 10 h. : docteur Henry. Maladies des voies urinaires.

Jeudi, à 10 h. : docteur Casteran. Maladies des yeux.

Vendredi, à 10 h. : docteur Miégeville. Maladies du nez, des oreilles et de la gorge.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie, sous la direction du docteur R. GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, par le docteur OBERLIN, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. « Bibliothèque du doctorat en médecine », publiée sous la direction de P. CARNOT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et L. FOURNIER, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris. Six volumes in-8 en trois volumes de texte et trois volumes d'atlas, 900 planches contenant 1.150 figures noires et coloriées. — Prix : l'ouvrage complet, cartonné, 228 fr.; broché, 180 fr. — Chaque tome en deux volumes se vend séparément.

I. *Anatomie des membres, ostéologie du crâne, de la face, du thorax et du bassin.* Un volume in-8 de texte de 280 pages et un volume in-8 d'atlas de 316 planches comprenant 410 figures noires et coloriées. — Prix : cartonné, 76 fr.; broché, 60 fr.

II. *Tête et cou. Système nerveux central et organes des sens.* Un volume in-8 de texte de 290 pages avec un volume in-8 d'atlas de 273 planches avec 373 figures noires et coloriées. — Prix : cartonné, 76 fr.; broché, 60 fr.

III. *Splanchnologie.* Un volume in-8 de texte de 336 pages avec un volume in-8 d'atlas de 270 planches comprenant 350 figures noires et coloriées. — Prix : cartonné, 76 fr.; broché, 60 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHÉSINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

— CHAIRE DE P…
STROHL.) — INST…
et M. le docteur C…
gie et de l'électro…
tion des médeci…
— Un enseig…
médicales est…
radium sou…
de MM. 7…
Lebar…

…IT ALLÉGÉ

"DIETICUS"

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites t floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM
"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ
"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparféinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

N° 73. — MERCREDI 11 SEPT. 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 11 SEPT. 1929. — N° 73.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX. — L'épreuve écrite du concours de l'externat précédemment fixée au 20 octobre aura lieu le mercredi 23 octobre 1929, à 9 h. 30, au gymnase municipal Voltaire, rue Japy (XIe).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats, étant obligatoirement tenus d'occuper les places marquées à leur nom, sont invités à se présenter dès 8 h. 45.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un emploi d'agent principal (médecin) de la santé est déclaré vacant au poste de Cherbourg.

Un emploi de médecin de la santé est déclaré vacant au poste de Marseille.

Conformément à l'article 2 du décret du 28 juin 1929, les candidats sont invités à produire, dans le délai d'un mois à dater de la présente insertion, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

La liste sera close à l'expiration de ce délai.

Les candidats devront faire valoir, notamment leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comportent ces emplois. Ils devront justifier de la qualité de Français, du diplôme de docteur en médecine et joindre à leur demande, avec leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs datant de moins d'un mois.

Le traitement de début attaché à ces emplois est de 6.000 fr. pouvant s'élever jusqu'à 10.000 fr. par avancements successifs.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de médecins spécialisés de dispensaires d'hygiène sociale dans les départements de l'Aisne, l'Aube, l'Orne, l'Eure.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de cinquante ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine et de titres de spécialisation en phtisiologie.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 3, rue Auguste Comte, à Paris, avant le 1er octobre prochain.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. le médecin lieutenant honoraire Rothamel; le médecin capitaine honoraire Raillard.

LEGS. — Le directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux charges et conditions énoncées, le legs à titre universel fait par Mlle Blanche Plessis, aux termes de son testament olographe en date du 24 août 1900 et des codicilles en date des 6 novembre 1904 et 5 mai 1919.

Les sommes provenant de ce legs seront employées en rentes sur l'Etat français et mention sera faite sur l'inscription de la destination des arrérages.

XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (Montpellier, octobre 1929.) — Le XXe Congrès français de médecine se tiendra à Montpellier le mardi 15 octobre et jours suivants, sous le haut patronage de M. G. Doumergue, président de la

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

République, membre du Conseil de l'Université de Montpellier, et de M. Marraud, ministre de l'Instruction publique.

Les demandes d'inscription doivent être adressées sans retard à M. le professeur Carrieu, trésorier, 5 *bis*, rue de la Merci, Montpellier. Chèques postaux Montpellier 100-14 (membres adhérents, 60 fr.; membres associés, 30 fr.).

Rapports. — Les volumes des rapports seront adressés aux adhérents vers le 15 septembre.

Communications. — Les communications sur les sujets des rapports ou étrangers aux questions rapportées doivent être inscrites le plus tôt possible et en tout cas avant le 1er octobre.

La lecture ou l'exposé des communications ne doit pas dépasser dix minutes.

Leur texte sera remis dactylographié aux secrétaires à la fin des séances. Il ne pourra en principe avoir plus de cinq pages (format du volume des rapports) et sera accompagné d'un court résumé à 12 exemplaires destiné à la Presse.

Exposition. — L'organisation de l'exposition annexée au Congrès a été confiée à M. Maujoint, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Programme et excursions. — Le programme détaillé du Congrès et des excursions sera prochainement publié et adressé aux membres du Congrès.

Réduction sur le chemin de fer. — La réduction sur les chemins de fer n'est garantie qu'aux congressistes ayant envoyé leur adhésion avant le 15 septembre.

Pour l'inscription des communications et pour tous renseignements s'adresser à M. le professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur sir John Campbell, ancien député au Parlement de l'Ulster.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MONUMENT CABANÈS

L'autre dimanche, au cimetière de Gourdon, parmi les blancs mausolées et les noirs cyprès, touchante cérémonie. Ne s'agit-il pas d'inaugurer le monument élevé à la mémoire du docteur Cabanès et de montrer aux siens qu'il est encore des cœurs auxquels elle reste bien chère, des esprits qui ne savent pas oublier? Ni les vacances, ni la difficulté des communications, ni l'accablante chaleur n'ont arrêté personne. Voici, groupés autour de Mme Cabanès, MM. les professeurs J.-L. Faure, de la Faculté de médecine de Paris et de l'Académie de médecine; Euzière, Senevet et Serre, des Facultés de médecine de Montpellier, Alger et Toulouse; M. Albin Michel, l'éditeur bien connu, qui a su rester l'ami de tous ceux dont il a publié les ouvrages; MM. P. Calel, délégué de la Société des Gens de lettres, Ganyaire, Robert Valat et Vialle qu'ont désignés les Sociétés lottoises de Paris, la Société d'études du Lot et la Grappe du Quercy; un administrateur de la maison Chassaing; MM. J. Séval, Mallet, Babonneix, Coulon et Cayla, mandatés par divers groupements : Association des journalistes médicaux français, Association Gallet-Lagoguey, Société centrale de l'Association générale des médecins de France et Association de la Presse médicale française, médecins de la région, anciens élèves du lycée de Cahors; la municipalité, sous la conduite du maire, M. Davidou. Voici, enfin, la foule anonyme des humbles qui, dans leur piété, ont voulu rendre un dernier hommage à celui qui jeta un tel lustre sur leur petite patrie.

Le monument, en granit noir, a été exécuté par un statuaire de talent, M. A. Seysses; il représente la muse de l'histoire venant, toute en larmes, déposer une couronne sur une tombe jonchée de fleurs; dans le médaillon, Cabanès, de profil, en train d'écrire, le regard aigu sous ses noirs sourcils. Ainsi assiste-t-il à cette fête donnée en son honneur; ainsi semble-t-il la présider. Comme il approuve qu'on en ait confié l'organisation à celui dont l'affection agissante a su triompher de tous les obstacles, à ce parfait journaliste doublé d'un habile diplomate, M. le docteur Noir! Après avoir lu les adresses du professeur Queirolo, sénateur du Royaume d'Italie, doyen de l'Université de Pise; de MM. Roussel, secrétaire d'Etat de la Principauté de Monaco; Camille Jullian, de l'Académie française; Béclère, ancien président de l'Académie de médecine; Grimbert, professeur à la Faculté de pharmacie; Ch. Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine; Sabrazès, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Maratuech, intendant général; Laignel-Lavastine, pour la Société française et internationale d'histoire de la médecine; Capitan, au nom de la Commission du Vieux Paris; Molinéry, pour l'Union médicale latine, celui-ci donne la parole à M. Paul Voivenel, chargé de prononcer l'éloge de Cabanès et qui s'acquitte de sa tâche avec une maîtrise qui, en tout autre endroit, lui eût valu d'unanimes applaudissements. A sa voix inspirée défilent tous ceux que l'illustre créateur de la méthode médico-historique a tirés de l'oubli et dont il a expliqué les actes par leur hérédité, par leurs tares, par leurs tendances morbides. Ronde infernale, danse macabre où passent et repassent les Bourbon, les Condé et les Habsbourg, avec leurs stigmates de dégénérescence, les royales victimes de l'avarie, les porteurs de couronnes que ni spectre ni diadème ne gardèrent de la folie : Charles-Quint flanqué de Philippe II, mystiques et hallucinés; d'autres, versant dans la bestialité ou la sodomie, Freudistes avant la lettre! Voici la tendre Henriette d'Angleterre succombant à une péritonite aiguë; Louis XIII, à la tuberculose; Louis XIV, à la gangrène sèche; Louis XVIII, à la goutte compliquée d'urémie; Napoléon Ier, à un squirrhe de l'estomac; Napoléon III, à la maladie de la pierre. Magistrale évocation, saisissant raccourci de l'œuvre grandiose de celui qui, avec passion, a si longtemps cherché la vérité et que ratifiant le jugement des contemporains, la postérité ne manquera pas de considérer comme un maître!

L. BABONNEIX.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — (Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard.) — *Cours de radiologie clinique du tube digestif. Œsophage. Estomac. Duodénum. Intestin grêle. Côlon. Rectum. Voies biliaires.* — Professeur : M. Pierre Duval; MM. les docteurs : Jean Gatellier, agrégé; J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Alban Girault, Pierre Porcher. — Du lundi 7 au mercredi 19 octobre 1929, les leçons auront lieu : le matin, à 9 h. 1/2; le soir, à 17 h. 1/2.

Droit à verser : 250 fr.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

Cibalgine

AMPOULES
Remplacent la morphine dans les 3/4 des cas

Sédation de la Douleur sans alcaloïdes

COMPRIMÉS
Céphalées et toutes algies

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON. 249

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Lorsque le cœur fléchit, lorsque le pouls devient filiforme, lorsque la digitale est contre-indiquée,

LA CORAMINE S'IMPOSE

Par son action rapide, intense et durable. Possédant l'action intégrale **du Camphre** elle n'en a pas les inconvénients.

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses — Injection indolore vite résorbée

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5 386 Seine

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

LES LIGATURES DIFFICILES[1]

Par H. BILLET,
Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DES ARTÈRES PLANTAIRES

I. *Ligature des artères plantaires à l'origine.*
II. *Ligature de l'artère plantaire externe dans la plante du pied.*

Dans la plupart des Traités et manuels de médecine opératoire, l'étude des ligatures s'arrête à la tibiale postérieure derrières les malléoles. Les auteurs semblent se désintéresser des branches terminales de cette artère, les artères plantaires. Est-ce parce qu'ils restent attachés à la tradition, pourtant désuète, des ligatures à distance? Ou bien que comme Farabeuf, ils estiment qu' « il n'y a rien à ajouter au mémoire de Delorme » qui étudie ces ligatures dans leurs moindres détails? (2).

Quelle qu'en soit la raison, cette abstention ou cette omission sont tout à fait regrettables.

Anatomiquement, les artères plantaires, surtout la plantaire externe, sont bien plus considérables et bien plus constantes dans leur trajet et leurs rapports que la pédieuse, dont la ligature figure cependant dans tous les ouvrages.

Pratiquement, ensuite, la ligature des plantaires, soit à leur origine, soit à la plante du pied, constitue un excellent exercice de médecine appliquée : c'était bien là un des buts primordiaux de l'ancienne médecine opératoire. Mieux encore, ces ligatures ne sont pas des opérations strictement d'amphithéâtre; *elles comportent des indications réelles.*

N'est-il pas plus rationnel, tout d'abord, de rechercher l'origine des artères plantaires, plutôt que de lier d'emblée et systématiquement le tronc de la tibiale postérieure derrière les malléoles, quelques centimètres plus haut? Dans la première opération, on peut découvrir du même coup la terminaison de l'artère tibiale postérieure, la portion initiale des deux plantaires et l'artère calcanéenne, dont le calibre est souvent considérable (fig. 4). On peut donc, si l'intervention est déterminée par une hémorragie, faire l'hémostase directe et lier celui ou ceux des vaisseaux qui saignent.

La ligature de l'artère plantaire externe dans la plante du pied n'est pas moins intéressante. L'incision qui donne accès à ce vaisseau est aussi celle qui sert à ouvrir la loge plantaire moyenne, à inciser, par conséquent, et à drainer un phlegmon profond de la plante du pied. (Ligature de l'artère plantaire externe fig. 4).

Pour ces diverses raisons, j'estime que la ligature des artères plantaires, tout comme celle des artères de la paume de la main, doit prendre rang parmi les ligatures classiques. En contribuant à les remettre au grand jour, je rends aussi un pieux hommage à la mémoire de Celui qui en régla, si minutieusement et si complètement, la technique. Tout récemment encore, il me contait les longues recherches, les nombreuses dissections qu'il avait dû faire pour mettre au point son œuvre. Cette œuvre, il la considérait comme définitive; il lui vouait une prédilection toute spéciale; et il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'elle fut l'un des tout derniers Mémoires auxquels l'Académie de médecine décerna les honneurs de la publicité.

I. Ligatures des artères plantaires à l'origine

L'anatomie des artères plantaires n'est pas si connue qu'il ne soit pas peut-être inutile d'en rappeler quelques points essentiels.

L'artère tibiale postérieure, après avoir contourné la malléole interne, s'apprête à pénétrer dans le canal calcanéen; mais, avant de s'y engager, elle se subdivise habituellement en trois branches : la plantaire interne, la plantaire externe et l'artère calcanéenne.

Delorme a établi avec précision le lieu exact de l'origine de ces artères, et je ne puis mieux faire que de reproduire intégralement son texte :
« Si l'on prolonge par une ligne verticale,
« vers la plante, le bord postéro-interne de la mal-
« léole interne, d'une part; si, d'autre part, on réu-
« nit par une ligne deux tubercules osseux du bord
« interne du pied, le tubercule scaphoïdien et le
« tubercule calcanéen, et qu'on prolonge cette der-
« nière ligne en arrière, à la rencontre de la ligne
« verticale, le point d'intersection des deux lignes
« correspond au point d'origine des vaisseaux ».

Cette première notion, fondamentale, permet donc de projeter l'origine des artères plantaires sur le revêtement cutané. Il reste à préciser à quelle profondeur se trouvent les vaisseaux, dans quel plan anatomique ils cheminent, quels sont les organes qui les recouvrent.

Les vaisseaux plantaires se trouvent dans le canal calcanéen, dans un espace celluleux compris entre le muscle adducteur du gros orteil et le plan des tendons fléchisseurs des orteils, entourés de leur synoviale, qui, après avoir contourné la malléole interne, circulent dans le canal calcanéen, appliqués contre le plan squelettique par la gaine fibreuse qui les bride (fig. 1).

C'est donc le muscle adducteur du gros orteil qui recouvre les vaisseaux plantaires dans le canal calcanéen. Aussi est-ce lui qui constitue le repère capital pour découvrir ces vaisseaux; c'est lui qui jalonne

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.); — n° 80, p. 1386 : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (avec 3 fig.); — n° 96, p. 1698 : Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes (avec 3 fig.); — n° 104, p. 1845 : Ligature des artères carotides interne et externe à leur origine (avec 5 fig.); — 1929, n° 15, p. 276 : Ligature de l'artère fessière (avec 5 fig.); — n° 21, p. 392 : Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter (avec 5 fig.); — n° 47, p. 863 : Ligature de l'artère tibiale antérieure au tiers supérieur de la jambe (avec 2 fig.); Ligature de l'artère tibiale postérieure au niveau du mollet (avec 3 fig.).

(2) Je rappelle ici le titre de ce travail : *De la ligature des artères de la paume de la main et de la plante du pied*, Masson, édit., Paris 1882.

la route qui mène à eux. Hormis les repères cutanés précédemment décrits, il n'en existe point d'autres.



Fig. 1. — *Coupe du canal calcanéen* (enfant nouveau-né).

1. Tibia et malléole interne. — 2. Astragale. — 3. Tendon du fléchisseur propre du gros orteil dans sa gaine. — 4. Calcanéum. — 5. Court fléchisseur plantaire. — 6. Tendon du jambier postérieur dans sa gaine. — 7. Tendon du long fléchisseur commun des orteils dans sa gaine. — 7'. Accessoire du long fléchisseur. — 8. Vaisseaux et nerf plantaires internes. — 9. Vaisseaux et nerf plantaires externes. — 10. Muscle adducteur du gros orteil.

Si l'on ne rencontre pas l'adducteur sur sa route, on a de grandes chances de s'égarer; et cela arrive quand on incise trop haut. — En incisant trop haut, on ne pénètre pas dans la loge de l'adducteur; on tombe sur le tendon du fléchisseur commun des orteils qui ne s'est pas encore engagé dans le canal calcanéen ou sur celui du jambier postérieur; on ne risque rien moins que de couper ces tendons et, par surcroît, le nerf ou les vaisseaux tibiaux postérieurs qui sont sensiblement sur le même plan, voire même un peu plus superficiels. La figure n° 1 est très démonstrative à cet égard, et c'est pourquoi je l'ai fait reproduire. Ce n'est point un schéma; c'est le dessin très exact d'une coupe pratiquée sur un sujet nouveau-né, dans la zone de ligature des artères plantaires. On y voit parfaitement les deux paquets vasculo-nerveux et leurs rapports avec les plans de couverture et les plans profonds. Elle permet de comprendre, mieux que de longues explications, la technique qu'on doit suivre pour accéder aux vaisseaux plantaires, la raison pour laquelle il est essentiel d' « accrocher » l'adducteur du gros orteil.

Si vous incisez, en effet, sur l'adducteur du gros orteil, il vous est matériellement impossible de vous égarer. — Regardez l'adducteur. Il est enfermé dans une loge dont le feuillet superficiel n'est autre que l'aponévrose plantaire interne, et dont le feuillet profond répond à la cloison intermusculaire interne. De cette dernière se détache un éperon fibreux qui s'insinue entre les deux paquets vasculo-nerveux plantaire interne et plantaire externe, les sépare l'un de l'autre et se perd ensuite sur la gaine fibreuse des tendons fléchisseurs (fig. 1, 3 et 4). C'est derrière le feuillet profond que se trouvent les vaisseaux. Il suffira donc de l'effondrer ou de l'inciser sur la sonde cannelée pour les découvrir (fig. 3).

En somme, deux notions capitales, à savoir la connaissance du lieu d'origine des vaisseaux et la situation de ces derniers derrière le feuillet profond de la loge de l'adducteur du gros orteil, suffisent à assurer la bonne conduite de la ligature, dont voici les temps successifs :

Premier temps. — *Tracé de la ligne d'incision.* — Le sujet est placé de manière que le pied repose sur son bord externe et présente à l'opérateur son bord interne et la face interne du cou-de-pied.

Repérez et marquez d'un point le tubercule du scaphoïde, puis la petite apophyse (ou tubercule) du calcanéum. Cette dernière se trouve à 2 cent. 1/2 ou 3 centimètres au-dessous de la pointe de la malléole interne. Pour la localiser bien exactement, suivez le conseil de Delorme : « *en déprimant fortement de bas en haut les parties molles qui recouvrent la face interne de calcanéum, en suivant l'axe de la malléole interne, on est arrêté par le tubercule calcanéen*, toujours perceptible, même chez des sujets gras, musclés et infiltrés. »

Ces deux saillies osseuses étant bien repérées, réunissez-les par un trait horizontal, que vous continuerez en arrière dans la direction du talon.

Tracez ensuite une ligne verticale prolongeant vers la plante du pied le bord postérieur (ou postéro-interne) du tibia.

La rencontre des deux lignes horizontale et verticale marquera le lieu d'origine des plantaires, le point terminus de l'artère tibiale postérieure.

Faites une incision longue de 5 à 6 centimètres, parallèle à la ligne horizontale, *à un bon centimètre* au-dessous d'elle, commençant un peu en avant de la petite apophyse du calcanéum et se terminant un peu au delà de la ligne verticale (fig. 2). De cette façon, vous êtes certains de tomber sur le muscle adducteur du gros orteil et de trouver dans le champ opératoire, le segment initial des deux artères plantaires.

Deuxième temps. — *Incision de l'aponévrose plantaire sur le muscle adducteur du gros orteil. Dégagement de l'adducteur. Découverte du feuillet profond.* — Une fois sectionnée la peau, qui est assez mince, reconnaissez l'aponévrose qui recouvre l'adducteur, et fendez-la dans toute la longueur de l'incision cutanée. Saisissez avec la pince à dissection ou bien avec des pinces de Kocher la lèvre supérieure de l'aponévrose; à l'aide de la sonde cannelée qui agira d'avant en arrière et d'arrière en avant, dans le sens des fibres du muscle adducteur, dégagez celui-ci, décollez-le du feuillet profond de sa loge, sur lequel il prend des insertions (fig. 3) et réclinez-le en bas avec un écarteur.

Troisième temps. — *Incision du feuillet profond de la loge de l'adducteur. Découverte et ligature des vaisseaux plantaires.* — Il est prudent d'inciser le feuillet profond sur la sonde cannelée, car les vaisseaux plantaires internes sont immédiatement derrière lui, en plein champ opératoire.

L'incision faite, les lèvres de l'aponévrose étant dégagées de quelques coups de sonde, ces vais-

FIG. 2. — *Tracé de la ligne d'incision* (Delorme).

1. ✠ repérant le tubercule du scaphoïde. — 2. ✠ repérant la petite apophyse (ou tubercule) du calcanéum. — 3. Ligne verticale prolongeant le bord postérieur (ou postéro-interne) de la malléole tibiale. — 4. Ce point correspond à la terminaison de l'artère tibiale postérieure et à l'origine de ses trois branches terminales. — 5. Ligne d'incision, parallèle à la ligne scaphoïdo-calcanéenne et à un travers de doigt audessous d'elle, *sur le muscle adducteur du gros orteil.*

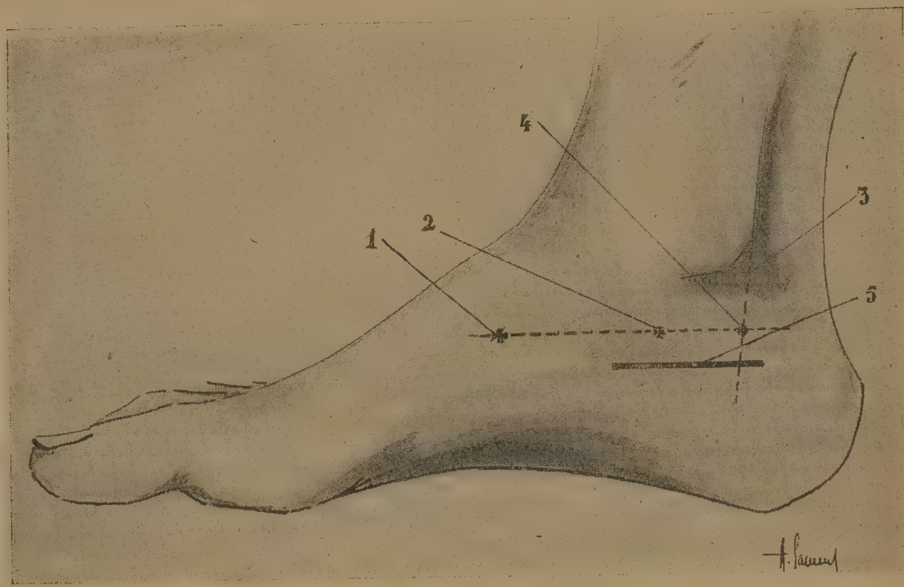




FIG. 3. — *Découverte et dégagement du muscle adducteur du gros orteil.*

1. Feuillet superficiel de la loge de l'adducteur (aponévrose plantaire interne). — 2. Feuillet profond de la loge (cloison intermusculaire interne). — 3. Muscle adducteur du gros orteil, dont le bord supérieur a été dégagé.

FIG. 4. — *Découverte de la terminaison de l'artère tibiale postérieure et de l'origine des artères plantaires.*

1. Nerf tibial postérieur. — 2. Artère tibiale postérieure. — 3. Artère plantaire externe. — 4. Artère plantaire interne. — 5. Eperon détaché de la cloison intermusculaire interne, séparant les vaisseaux plantaires internes des vaisseaux plantaires externes.



seaux vous apparaissent aussitôt, reconnaissables à leur direction horizontale. Suivez-les en arrière; vous rencontrerez bientôt les vaisseaux plantaires externes, dont la direction est toute différente, de haut en bas et d'arrière en avant.

Lorsque vous aurez trouvé les deux artères plantaires, il vous sera facile, en remontant le cours de chacun des deux vaisseaux, d'arriver à leur point de jonction, et de découvrir de la sorte la terminaison de la tibiale postérieure et même l'origine de l'artère calcanéenne, qui se porte en arrière et un peu en bas, droit vers le talon (fig. 4).

Le fil à ligature sera passé sous celui des vaisseaux que vous devrez lier et que vous devrez soigneusement dégager des veines et du nerf qui cheminent à son contact.

II. Ligature de l'artère plantaire externe dans la plante du pied.

L'artère plantaire externe circule dans la loge plantaire moyenne; son trajet n'est pas rectiligne : le vaisseau décrit dans son ensemble une courbe à convexité externe, dont l'extrémité terminale est située à la partie la plus reculée du premier espace interosseux, et dont le sommet — qui correspond à son segment moyen — est tangent à la cloison intermusculaire externe. Delorme a décrit diverses lignes, grâce auxquelles on pouvait projeter, sur la peau de la plante du pied, l'artère dans sa totalité. La figure n° 1 est une reproduction exacte, une copie de la planche 8 de son Mémoire. C'est généralement dans son segment moyen, c'est-à-dire au niveau de sa convexité, qu'on est appelé à découvrir l'artère. L'incision qui lui donne accès présente en outre l'avantage, pour peu qu'on l'agrandisse, d'ouvrir en totalité la loge moyenne de la plante du pied.

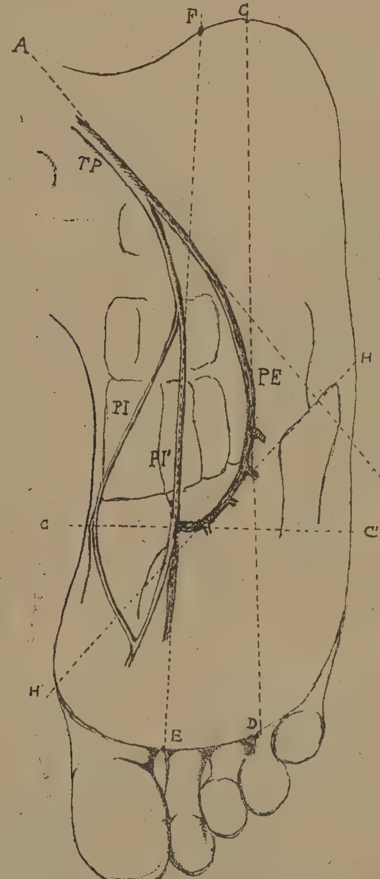


Fig. 1. — *Reproduction de la planche 8 du Mémoire de Delorme sur les ligatures des artères de la paume de la main et de la plante du pied.*

Les lignes CD et FE indiquent les cloisons intermusculaires externe et interne et servent à repérer le segment moyen de l'artère plantaire externe et la branche principale de l'artère plantaire interne.

Les lignes AB, HH', CC' servent à repérer les divers segments de l'artère plantaire externe.

TP. Artère tibiale postérieure. — PE. Artère plantaire externe. — PI. Artère plantaire interne. — PI'. Branche principale de l'artère plantaire interne.

Les principaux rapports squelettiques sont figurés.

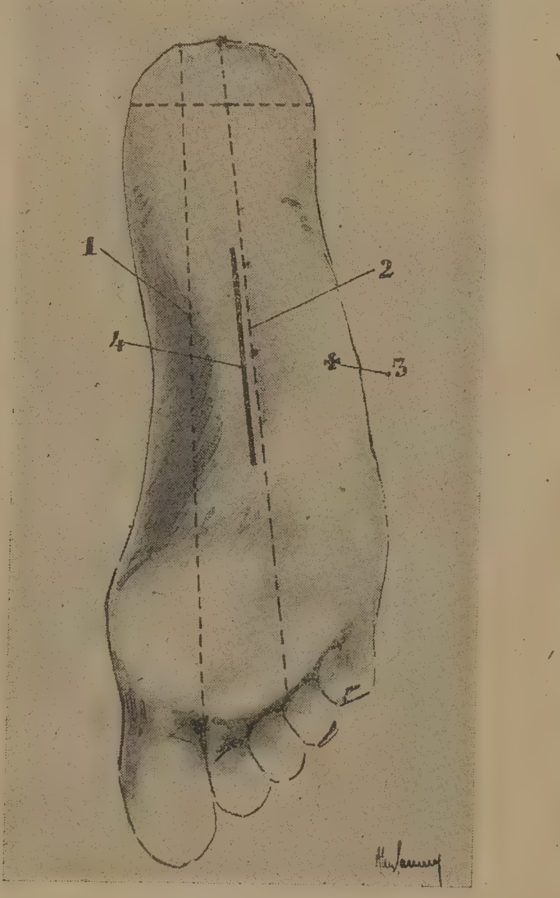


Fig. 2. — *Tracé de la ligne d'incision* (Delorme).

1. Ligne digito-calcanéenne externe (ligne CD de la figure précédente) repérant la cloison intermusculaire externe. — 2. Ligne digito-calcanéenne interne (ligne FE de la figure précédente) repérant la cloison intermusculaire interne. — 3. Tubercule du cinquième métatarsien. — 4. Ligne d'incision, tracée *en dedans de la cloison intermusculaire externe* afin de conduire à coup sûr dans la loge plantaire moyenne.

Au niveau qui nous occupe, l'artère plantaire externe est appliquée très exactement contre la cloison intermusculaire qui sépare la loge moyenne de la loge externe de la plante. Les trousseaux fibreux qui la rattachent à cette cloison sont même parfois si épais qu'ils masquent l'artère et que celle-ci paraît se trouver dans l'épaisseur même de la cloison. L'artère repose sur le plan profond de la plante du pied; au moment où elle s'écarte de la cloison intermusculaire externe pour se porter en dedans, vers

le premier espace interosseux, elle s'engage et disparaît sous le muscle abducteur oblique du gros orteil, en compagnie de ses veines satellites et de la branche profonde du nerf plantaire externe (fig. 4).

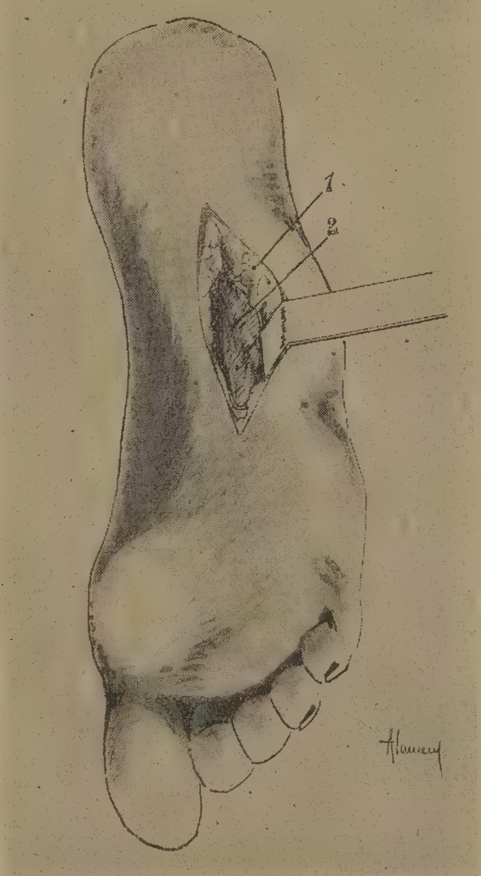


Fig. 3. — *Dégagement de la cloison intermusculaire externe.*

1. Plans superficiels réclinés. La lèvre externe de l'aponévrose est fortement attirée en dehors. — 2. La cloison intermusculaire externe.

Il résulte de ce rapide exposé anatomique que, pour découvrir l'artère plantaire externe dans son segment moyen, il suffit d'*ouvrir la loge plantaire moyenne, de reconnaître et de suivre jusque dans la profondeur la cloison intermusculaire externe*, de laquelle on dégagera le vaisseau. Deux notions vous sont indispensables pour remplir ce programme : où est la cloison intermusculaire externe? à quelle hauteur l'artère est-elle à son contact?

1° *Comment repérer la cloison intermusculaire externe?* L'épaisseur de la semelle plantaire d'abord, de l'aponévrose plantaire ensuite, ne permet pas, même à un opérateur exercé, de percevoir des sillons, des interstices qui séparent la loge plantaire moyenne de ses voisines, la loge externe et la loge interne. D'où la nécessité de repérer ces cloisons intermusculaires par des lignes; il n'est pas possible de faire autrement. Delorme nous a enseigné à le faire et son exposé est à la fois remarquablement clair et précis.

« La cloison intermusculaire interne répond à une ligne qui, partant d'un point situé à l'union du quart interne avec les trois quarts externes du diamètre transversal du talon, irait aboutir à l'espace interdigital qui sépare le premier du deuxième orteil (fig. 1 ligne F E; fig. 2, 1).

La cloison intermusculaire externe a, dans les points où elle correspond à l'artère, la direction d'une ligne qui, partant d'un point situé au milieu du diamètre transversal du talon, irait aboutir à l'espace interdigital qui sépare le troisième du quatrième orteil » (fig. 1, ligne C D; fig. 2, 2).

Ces deux lignes marquent les limites de la loge plantaire moyenne; pour pénétrer à coup sûr danscette loge, il faudra donc inciser tant soit peu en dedans de la ligne externe. Une fois l'aponévrose fendue, en tirant avec des pinces sur la lèvre externe, on tendra par le fait même la cloison intermusculaire externe, qu'il sera bien facile de suivre jusque dans la profondeur de la plante du pied.

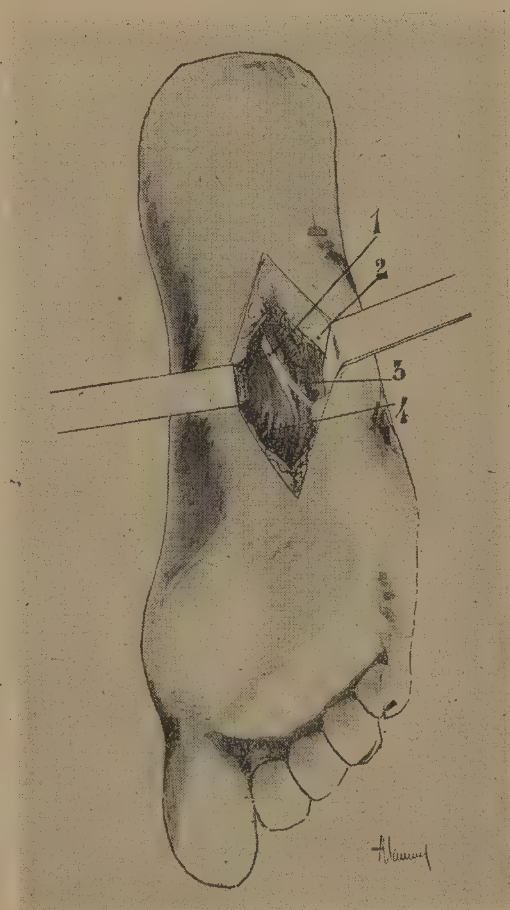


Fig. 4. — *La loge plantaire moyenne est largement ouverte. Le nerf et les vaisseaux plantaires externes sont dégagés.*

1. Nerf plantaire externe. — 2. Plans superficiels réclinés. — 3. Artère plantaire externe. — 4. Muscle abducteur oblique du gros orteil, sous lequel s'engagent la portion terminale de l'artère plantaire externe et la branche profonde du nerf homonyme.

2° *A quelle hauteur faut-il pratiquer l'incision?* Regardez la figure de Delorme (fig. n° 1). Constatez que la flèche de l'arc que représente la courbe décrite par le plantaire externe, prolongée vers le bord externe du pied va couper la base du cinquième métatarsien, toujours facile à repérer par le tubercule saillant qui la domine. Le milieu de l'incision correspondra donc à l'horizontale menée par la base du cinquième métatarsien.

L'opération ne présente par elle-même aucune difficulté particulière. L'essentiel est de bien préciser les repères qui viennent d'être indiqués.

Premier temps. — *Tracé de l'incision.* — Vous plaçant face à la plante du pied, tracez les deux lignes qui repèrent les cloisons intermusculaires et délimitent le champ de la loge plantaire moyenne. A la rigueur même, la ligne externe seule peut suffire, qui, tendue depuis le milieu du talon jusqu'au sommet de l'espace séparant le troisième du quatrième orteil, repère la cloison intermusculaire externe.

Tracez la ligne d'incision, longue de 8 à 10 centimètres, *parallèle à la cloison intermusculaire externe et à un centimètre en dedans d'elle.* Le milieu de cette ligne devra être à la hauteur de la base du cinquième métatarsien (fig. 2).

Deuxième temps. — *Incision des plans superficiels. Ouverture de la loge plantaire moyenne. Dégagement de la cloison intermusculaire externe.* — Après incision de la semelle plantaire, complétée par une dissection discrète de l'aponévrose, fendez l'aponévrose plantaire moyenne et pénétrez dans la loge moyenne de la plante. Pincez les deux lèvres de l'aponévrose; tirez fortement sur la lèvre externe; dégagez la lèvre interne avec la sonde cannelée (fig. 3) et placez un écarteur pour refouler les muscles fléchisseurs plantaires qui occupent la loge moyenne. La cloison intermusculaire externe est alors sous vos yeux; peut-être même apercevez-vous déjà, par transparence, les vaisseaux qui cheminent à son contact, dans la profondeur.

Troisième temps. — *Libération de l'artère et ligature.* — Faites récliner au maximum les parties molles internes, de manière à dégager le plan profond et à découvrir les faisceaux de l'abducteur oblique du gros orteil (fig. 4). Recherchez l'artère contre la cloison intermusculaire et dégagez-la en quelques coups de sonde cannelée. Débarrassez soigneusement l'artère des veines qui lui adhèrent; dégagez surtout le nerf plantaire externe; et liez.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DU POINT DE CÔTÉ (1)

Par le docteur J. DIAMANT.

Tout le monde connaît le point de côté et sa description semble bien inutile. Mais sa signification symptomatique est intéressante à dégager, car elle relève d'affections très diverses. Les coliques hépatiques, les névralgies intercostales, les névrites paludiques, alcooliques ou toxiques, se présentent souvent sous le seul aspect du point de côté.

La pneumonie, les pleurites, les pleurésies, les pleuropéricardites sont fréquemment l'occasion pour le malade qui en est atteint d'accuser d'abord un point de côté plus ou moins violent. Mentionnons ici la position genu-pectorale qui, prise spontanément par quelques malades très dyspnéiques, peut être considérée comme pathognomonique d'une péricardite à gros épanchement : c'est une posture de décompression du sac péricardique que les malades prennent instinctivement.

On trouve encore le point de côté dans l'hypertrophie de la rate au cours des leucémies, des cirrhoses, des maladies infectieuses.

Quelle que soit sa signification pathognomonique, le point de côté appelle une thérapeutique spécialement dirigée contre la douleur qu'il provoque, car le malade veut être avant tout soulagé et il ne comprendrait pas que l'on négligeât cette manifestation parce que purement symptomatique.

Quelle que soit sa cause, le point de côté cédera très généralement à la cibalgine que l'on administrera à la dose de deux, trois ou quatre comprimés suivant son intensité. S'il s'agit de coliques hépatiques ou néphrétiques, on prescrira la cibalgine en ampoules : deux par jour. On pourra même l'injecter loco dolenti en cas de pleurodynie, de zona, de pleurite ou de névralgies intercostales. Ce traitement n'exclut pas la thérapeutique classique par les pointes de feu (surtout efficaces dans la pleurodynie des tuberculeux), les vésicatoires et les liniments. Parmi ceux-ci la formule ci-après est particulièrement recommandable.

Baume de Fioraventi.....	} *ââ* 10 grammes.
Chloroforme............	
Salène.................	

(1) *Journ. des prat.*, 27 sept. 1928.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (1)

36. BERNARD. — Le rôle de la médecine dans la rationalisation du travail industriel.

16. BIÉRENT. — Contribution à l'étude clinique des septicémies à méningocoques.

39. BIZARD. — Traitement chirurgical de la ptose gastrique.

37. BOYAVAL (Mlle). — Contribution à l'étude du syndrome de rétraction dans les scléroses pulmonaires du sommet droit.

25. BUFFON. — Les arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite aiguë de l'adolescence et de la seconde enfance.

33. CAPLIEZ. — Les grossesses gémellaires intra et extra-utérines combinées.

32. CARBONNEL. — Les accidents nerveux subits au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique.

6. CHATELAIN. — Coexistence de la hernie épigastrique et de l'ulcère à l'estomac.

20. CORBEAU. — Etude radioscopique de l'estomac dans les gastro-entérostomies après exclusion du pylore par le procédé du professeur Lambret.

24. DANÈS. — Contribution à l'étude du syndrome génito-surrénal.

21. DAYNEZ. — Traitement des cholécystites chroniques par l'hexaméthylène tétramine en injections intraveineuses. Résultats éloignés.

27. DEBAILLON. — Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique.

7. DECLERCQ. — Contribution à l'étude des complications nerveuses de l'érysipèle.

19. DEGROOTE. — Les formes cliniques anormales de la méningite cérébrospinale chez l'enfant. Revue générale à propos d'un cas de forme ambulatoire.

28. DELEBARRE. — La forme aiguë de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

23. DELVILLE. — Contribution à l'étude du rôle de la dystopie rénale en obstétrique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223; Strasbourg, n° 71, p. 1271; Alger, n° 72, p. 1286.

29. DEMAY. — La cure radicale des sinusites maxillaires chroniques à fongosités (méthode endo-buccale).

1. DUMAS. — De la récidive ovarienne après ovariotomie unilatérale pour kyste.

22. DUQUESNE. — Contribution à l'étude de la pathogénie des myopathies. Myopathies, système sympathique et glandes endocrines.

38. DUVERNAY. — L'ictère dans l'ulcus duodénal.

9. FEUCHÈRE. — Contribution à l'étude des formes larvées et latentes de la diphtérie en pathologie infantile.

30. GILLON (Mlle). — Le sérum antibacillaire de Jousset dans le traitement de la tuberculose.

12. GRÉCIET. — De la coexistence d'un rétrécissemen mitral et d'un trou de Botal perméable.

2. LEFEBVRE. — De l'angine de poitrine goutteuse.

15. MARCHAND. — Le diagnostic microscopique de la submersion vitale.

3. MASSON. — Des indications et avantages de la cyclodyalyse dans le traitement du glaucome.

40. MINNE. — Les rami communicantes du système sympathique. Etude anatomique, technique des rami sections.

34. MONTAIGNE. — L'hypercréatininémie dans les néphrites azotémiques.

5. PATOIR. — Les syphilis secondaires retardées.

35. PERNET (Mlle). — Contribution à l'étude des fractures de la colonne vertébrale à symptomatologie fruste ou atypique.

31. RENIER. — Sur un cas de volvulus gastrique intermittent.

26. SAVAËTE. — Sur le traitement de la tuberculose rénale chez l'enfant.

4. TOURGIS. — La vaccination antidiphtérique dans les collectivités. Son application dans les écoles de Lille.

14. VALLET. — Contribution à l'étude du syndrome de Klippel et Feil.

18. VANDAELE (Augustin). — Contribution à l'étude du traitement des anémies graves par la méthode de Whipple.

17. VANDAELE (Jean). — L'ulcère jéjunal post-opératoire après gastro-entérostomie.

8. VANDEVELDE. — Contribution à l'étude des thrombophlébites sinuso-jugulaires d'origine otique.

13. VANKEMMEL. — Les septicémies à tétragènes. Revue générale.

11. VASSEUR. — Contribution à l'étude de la coxite gonococcique et de ses formes cliniques.

10. VIELLE. — Le dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal par la méthode stalagmométrique.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'endocrinologie. Glandes surrénales et organes chromaffines (1), par M. LUCIEN, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; J. PARISOT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, médecin à l'hôpital Villemin; G. RICHARD, ancien interne des hôpitaux de Nancy, médecin consultant à Royat.

Le volume que MM. Lucien, Parisot, et Richard consacrent aux surrénales est le troisième du *Traité d'endocrinologie* qu'ils ont entrepris de publier.

Les deux premiers volumes consacrés à la *thyroïde*, aux *parathyroïdes* et au *thymus*, ont rencontré auprès du grand public médical un succès mérité.

On peut prévoir que celui-ci impatiemment attendu, ne trouvera pas un accueil moins favorable si l'on se rappelle la rapidité avec laquelle fut épuisé l'ouvrage « Surrénales et organes chromaffines » que deux de ces auteurs firent paraître en 1912 chez Gittler.

Clarté dans l'exposition, prudence dans l'adhésion aux théories et aux hypothèses, critique judicieuse des faits cliniques et expérimentaux, concision de la forme, élégance de la présentation, telles étaient les qualités qui justifiaient le succès de ce premier travail.

Ces qualités étaient plus indispensables encore aujourd'hui pour aborder à nouveau ce sujet qui, depuis quelques années, a donné lieu à tant de travaux et soulevé tant de controverses.

On se rappelle les discussions auxquelles donnèrent lieu les expériences de Gley et de ses élèves, visant à refuser aux surrénales une partie des fonctions qui leur étaient jusque là reconnues. Les beaux travaux de Tournade et de ses collaborateurs vinrent heureusement éclairer le débat et apportèrent la solution espérée.

Le moment était dès lors venu de faire à nouveau le point dans nos connaissances sur les surrénales, de marquer par un exposé objectif ce qu'il y a d'acquis et de certain, de fixer les notions essentielles susceptibles de servir de base de départ pour les nouvelles acquisitions. C'est le but que se propose le travail présenté aujourd'hui au public médical.

Les auteurs sont restés fidèles au plan qu'ils ont suivi dans les précédents volumes.

La première partie est consacrée aux caractères anatomiques et histologiques des surrénales; cet exposé est précédé de chapitres où sont étudiés l'embryologie et l'anatomie comparée de ces organes.

La deuxième partie expose en une étude analytique la physiologie des surrénales. Y sont envisagées *les conséquences de la suppression expérimentale de ces glandes* d'où se déduit un complexe symptomatologique, le *syndrome d'insuffisance surrénalienne expérimentale*. Cette partie se termine par un chapitre largement traité sur la *sécrétion surrénalienne* considérée dans sa nature et dans ses effets physiologiques.

La troisième partie est consacrée à une étude synthétique des *grandes fonctions des surrénales* : surrénales et tonus végétatif; surrénales et tonus cardiovasculaire; surrénales et défenses de l'organisme; surrénales et nutrition; surrénales et fonction pigmentaire, telles sont les têtes de chapitres dans lesquels se distribue cette synthèse physiologique.

La quatrième partie fait l'objet d'un clair exposé où sont successivement passés en revue les chapitres suivants : *l'étiologie et la classification des états surrénaliens, la séméiologie générale des états surrénaliens, les méthodes d'exploration des surrénales et l'anatomie pathologique des surrénales.*

La cinquième partie, la plus importante de cet ouvrage, passe en revue : *les grands syndromes d'insuffisance surrénalienne, les dyssurrénalies et les syndromes réputés dyssurrénaliens.*

En une sixième partie est traitée la thérapeutique des états surrénaliens, thérapeutique générale et thérapeutique spéciale applicable aux différents syndromes exposés.

Une abondante bibliographie clôture chacune des parties.

Biologistes et cliniciens y trouveront les éléments indispensables à quiconque veut avoir quelque lumière sur les innombrables problèmes que pose l'étude des surrénales.

L. G.

(1) Un fort volume in-8 (18×25) de 700 pages, avec 42 figures dans le texte. — Prix : 100 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Les Enfants trop petits (1), par le professeur P. NOBÉCOURT. (Bibliothèque de pathologie infantile.)

Dans ce court volume est exposé l'état actuel de nos connaissances sur la croissance de l'enfant, point auquel, à juste titre, s'intéressent les parents et qui met parfois en défaut la sagacité du clinicien.

A quoi reconnaître qu'un enfant est trop petit? Le pro-

(1) Paris 1929, l'Expansion scientifique française.

blème est moins simple qu'il ne paraît, tant en raison de craintes non fondées des parents que parce que pour le diagnostic premier et pour la surveillance ultérieure du petit malade, ce sont justement les formes frustes les plus bénignes qu'il importe de dépister. Le professeur Nobécourt réunit les tables de croissance et de poids de divers auteurs, étudie les divers rapports et coefficients proposés par les auteurs, les signes radiologiques et autres qui caractérisent la réduction staturale, qu'elle porte sur l'ensemble du corps ou sur certaines de ses parties électivement.

Le diagnostic posé, pronostic et traitement sont commandés par l'étiologie. Si certains types [myxœdème (Lorain)] sont depuis longtemps connus il est des types plus frustes que l'auteur s'attache à caractériser. Si nos connaissances ont pu ces dernières années faire quelque progrès, en particulier dans l'endocrinologie si importante en pareille matière, l'exposé nourri de faits et pourtant clair de l'auteur montre sur combien de points règne encore l'obscurité. Aussi un examen complet du sujet est-il nécessaire, rein, intestin, cœur (malformations congénitales), pancréas, hypophyse jouent un rôle parfois important. Il convient de remonter plus haut dans l'histoire de l'enfant, son alimentation présente et passée, ses antécédents pathologiques, ses tares (spécificité héréditaire) ne sont pas à négliger. Non plus ses antécédents héréditaires : spécificité des parents, histoire de la grossesse avec ses grands et petits incidents.

Le traitement, enfin, multiple et imparfait, de la chimiothérapie classique, aux dernières ressources sommairement connues encore de diverses photothérapies. Encore cette richesse en moyens n'est-elle pas toujours un gage de succès.

Cet exposé n'en est pas moins un guide précieux pour le praticien qui y trouvera par ailleurs un compendium de la physiologie de l'enfant envisagée sous un aspect rarement pris en considération par la plupart des Traités courants.

L. BABONNEIX.

L'Individualité du sang en biologie, en clinique et en médecine légale (1), par Leone LATTES.

Comme l'indique le titre, l'ouvrage du professeur Leone Lattes, de l'Université de Modène, n'est en aucune façon un Traité d'hématologie; il ne vient pas augmenter la liste de ces sortes d'ouvrages, mais combler une lacune dans la bibliographie médicale française. Je ne puis citer qu'un devancier : le professeur L. Hirzfeld qui a rédigé son livre en allemand.

Jadis, Ch. Richet faisait remarquer que la physiologie des individus était à peu près inexplorée et que son étude serait fructueuse aussi bien pour la physiologie que pour la médecine : le livre de M. Lattes apporte une confirmation des vues émises par notre éminent maître.

Le livre du professeur Lattes expose très complètement la question de l'individualité du sang et des groupes sanguins au point de vue biologique; en outre, le médecin et le chirurgien y trouveront toutes les indications utiles relatives aux applications les plus diverses : pathologie, anthropologie, médecine légale, jurisprudence pratique.

La première édition a paru en italien (1923); la seconde en allemand (1925); la présente (troisième) a été remaniée et mise au point : l'index bibliographique a doublé.

Je me fais un devoir de citer le nom du traducteur du livre de L. Lattes : c'est celui du docteur Pierre Falgairolle, ancien interne du professeur Emile Jeanbrau, et dont la mort prématurée a été comparée par M. le Président de la République à celle du soldat qui a bien mérité de la Patrie.

A. PETTIT.

(1) In-8 de 314 pages avec 66 figures. — Paris, Masson et Cie.

La Dyspepsie transitoire des nourrissons (1), par D. Alfonso G. ALARCÓN (de Mexico), avec une lettre-préface du professeur MARFAN.

Dans cette courte mais substantielle étude, l'auteur étudie un syndrome bien connu et pourtant habituellement mal interprété, donc incorrectement traité, des enfants du premier âge. D'autant plus qu'à l'âge de trois mois disparaissent les symptômes de ce syndrome d'ailleurs bénin : voracité, tachyphagie, hoquet, diarrhée avec érythème fessier et coliques, météorisme intestinal ou constipation, vomiturition, rétention d'urine même, pouvant se grouper en trois formes : dyspepsia major, media, minor.

L'étude de cette affection a amené l'auteur à y voir une manifestation de la vagotonie chez le nourrisson, vagotonie qu'il rattache aux diverses manifestations spasmodiques si fréquentes à cet âge et qui, au cours de la première enfance, continuent à se manifester alors qu'à trois mois la dyspepsie transitoire disparaît en général. Cette vagotonie primitive est l'origine d'une intoxication légère qui, par un cercle vicieux, entretient à son tour les phénomènes spasmodiques. Peut-être aussi l'anaphylaxie y a-t-elle sa part. L'auteur rapproche la dyspepsie transitoire de la maladie de Marfan.

Il aurait obtenu constamment d'heureux résultats en administrant l'atropine à une dose variant entre 3 et 5 centièmes de milligramme.

L. BABONNEIX.

Consultations infantiles. La pratique thérapeutique infantile (2), par le docteur PAISSEAU.

Ce petit volume, qui vient compléter deux autres vademecums antérieurement parus (formulaire, hygiène et diététique) réunit une série de consultations tant médicales que chirurgicales ou de spécialité. Alphabétiquement classées, elles forment un guide aisé à feuilleter en pratique quotidienne. Toute description clinique en a été volontairement écartée; chaque paragraphe est cependant conçu selon les nécessités de la pratique et tient compte des diverses formes et des particularités symptomatiques. A chaque chapitre nombreuses formules et des indications diététiques.

R. LEVENT.

Les Colites ulcéreuses chroniques (3), par Carlos BONORINO UDAONDO, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, membre de l'Académie nationale de médecine. Collection des Actualités de médecine pratique.

Le professeur Bonorino Udaondo, l'éminent spécialiste de gastro-entérologie, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires et grand ami de la France, vient de publier dans la collection Weissenbach une mise au point parfaite de la question si controversée des colites ulcéreuses chroniques.

Dans un style clair, imagé, impeccable, il expose le résultat à la fois de ses nombreuses observations personnelles et de celles de tous les auteurs français et étrangers qui se sont occupés de ces affections.

Il faut signaler comme particulièrement intéressants et riches d'enseignement pratique les chapitres traitant : 1° de l'étiologie des colites ulcéreuses chroniques; 2° de leur diagnostic, hérissé de difficultés; 3° de leur traitement médical et chirurgical et des indications relatives de l'un et de l'autre.

Vingt figures, reproductions de radiographies, de pièces anatomiques ou de coupes histologiques, réparties en dix planches hors texte, complètent le volume.

L. G.

(1) — Paris 1929, J.-B. Baillière.
(2) Paris 1929, Baillière.
(3) In-16 de 218 pages avec 10 planches hors texte. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

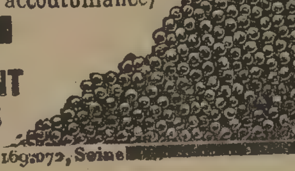
Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL
HISTOGÉNOL
NALINE
Médication Arsénio-Phosphorée Organique
Puissant Réparateur de l'Organisme débilité
FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.
Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE
R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME
HECTINE
PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). – *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES
HECTARGYRE
(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
INJECTIONS INDOLORES
Établts MOUNEYRAT, 12 Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

SULFOÏDOL ROBIN
Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules
ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Lactolaxine FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN
(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)
AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE
GRAINS ANISÉS de
AROMATISÉS à l'ANIS
CHARBON TISSOT
Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

AGISSENT *par leur FORME et leur VOLUME* (*gros grains diviseurs*)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (*gluten mucogène*)
Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)
ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT
DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.
DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES

ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ICTÈRES SYPHILITIQUES

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

L'atteinte de la cellule hépatique et sa traduction clinique par un ictère peuvent être observés à toutes les phases de la syphilis, qu'elle soit *acquise ou héréditaire*. C'est dire qu'en présence d'un ictérique il faut toujours penser à rechercher la syphilis, et de plus l'antécédent récent d'un traitement novarsenical. Cette notion pose en effet le problème des *ictères parathérapeutiques* si discuté et si intéressant du point de vue de la thérapeutique et de la pathologie générale.

FORMES CLINIQUES

I. **Syphilis acquise**. — L'ictère peut être :

A. **Primaire**, c'est exceptionnel, et l'on n'en connaît que quelques cas.

B. **Secondaire**, c'est fréquent et très important. L'atteinte hépatique latente et qui se traduit par l'*urobilinurie* peut, en effet, s'extérioriser par un ictère qui apparaît :

Date : Le plus souvent, *du deuxième au quatrième mois, en pleine septicémie tréponémique*.

Rarement, plus précoce (ictère préroséolique).

Jamais après le huitième mois. Dans la règle, c'est un

1° Ictère bénin (décrit par Fournier).

La jaunisse est le signe fondamental et presque isolé. C'est un ictère franc, du type « rétention », ou de type « dissocié », revêtant l'aspect d'un ictère catarrhal banal. Deux catégories de faits sont importantes et mettent en éveil. Ce sont :

a. Certains caractères spéciaux : *pas de troubles digestifs*, anémie et asthénie extrêmes, *langue humide et rose*, céphalée vespérale.

b. Coexistence d'accidents secondaires que révèle l'examen général méthodique : roséole, plaques muqueuses, adénopathies, splénomégalie, alopécie, etc. Le *Wassermann* est positif dans le sang.

Evolution. — C'est un accident en « *feu de paille* » comme ceux de la syphilis secondaire. Il guérit spontanément en trois semaines, mais beaucoup plus vite par le traitement de préférence mercuriel.

2° Ictère grave. — *Très rare*, c'est un *ictère aggravé*, cette aggravation étant marquée par des hémorragies, puis un syndrome hépato-rénal avec azotémie élevée, albuminurie, Cheynes-Stokes, et mort malgré le traitement.

3° Ictère hémolytique. — Peut également se rencontrer. Il est *léger*, avec selles colorées, *urobilinurie énorme*, anémie modérée et faible diminution de la résistance globulaire. Il évolue vers la guérison, en trois semaines, sans poussées successives. C'est dire qu'il est très particulier et différent des ictères hémolytiques habituels.

C. **Tertiaire**. — Fait capital, l'ictère s'accompagne ici d'*hépatomégalie*.

Le *foie ficelé scléro-gommeux* ne s'accompagne pas de jaunisse, mais seulement de subictère, et l'ictère syphilitique tertiaire ne se voit que dans des formes spéciales qui se résument à trois :

1. *La maladie de Hanot syphilitique*, ictère pléiochromique évoluant par poussées fébriles, avec décoloration des selles, cholémie, Wassermann positif, et cédant au traitement spécifique.

2. *Les ictères par obstruction* dus à une gomme, une bride de périhépatite syphilitique, ne peuvent être soupçonnés qu'en cas de foie ficelé coexistant.

3. *L'ictère hémolytique tertiaire* est remarquable par sa *ténacité*, le traitement arsenical pouvant même provoquer son aggravation, véritable « *phénomène d'Herxheimer splénique* ».

II. **Hérédo-syphilis**. — **Précoce**. — 1. *Ictère grave*. — C'est ici qu'il est le plus souvent fréquent, la syphilis tenant une place importante dans la pathogénie des ictères du nouveau-né. Il s'agit d'un ictère avec *hémorragies multiples* chez un hérédo-spécifique avec hépatosplénomégalie, coryza, plaques muqueuses, etc.

La *mort* survient malgré le traitement, et l'autopsie montre la stéatose diffuse avec atrophie jaune aiguë du foie. Citons seulement :

2. L'ictère par rétention.

3. Le rôle discutable de la syphilis daus la *maladie bronzée hématurique* et l'ictère familial du nourrisson.

Tardive. — Signalons, enfin, le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'*ictère hémolytique congénital type Minkowski-Chauffard*.

DIAGNOSTIC

Il faut l'envisager différemment chez le nouveau-né et chez l'adulte.

I. **Chez le nouveau-né**. — Penser toujours à la syphilis; rechercher les stigmates habituels, faire le Wassermann chez l'enfant et chez les parents (où il est plus souvent positif).

L'autre facteur à invoquer en cas d'ictère est l'*infection streptococcique par la plaie ombilicale*, en relation avec l'infection puerpérale chez la mère.

On ne s'y arrêtera qu'après avoir sûrement éliminé la syphilis.

II. **Chez l'adulte**. — Il faut par principe faire un *Wassermann* et rechercher la syphilis chez tout ictérique. Nous avons vu par elle simulé à toutes ses périodes toutes les variétés d'ictère, et nous ne passerons pas en revue tous les diagnostics ainsi soulevés.

Insistons encore sur le fait que l'ictère syphilitique secondaire est une jaunisse *presque isolée* avec un minimum de signes infectieux ou digestifs. Si le malade était soumis au traitement arsenical, la question se pose de l'ictère.

Parathérapeutique. — Elle est *fort intéressante* et les auteurs malgré les discussions toujours ouvertes sont d'accord pour considérer que :

1° Les ictères précoces, survenant en pleine période secondaire, ou au début d'un traitement soit :

a. Le plus souvent des ictères par *conflit thérapeutique*, ou *réaction d'Heixheimer*.

b. Parfois des ictères *biotropiques* par réveil d'une lithiase latente, ou des ictères catarrhaux biotropiques d'origine intestinale.

2° Les ictères tardifs, survenant quinze jours après la dernière injection sont toxiques pour certains, syphilitiques par *hépatorécidive*, pour Milian. Pratiquement :

a. *S'il existe d'autres signes d'intoxication arsenicale* (prurit, érythrodermie, polynévrite), c'est sûrement un ictère toxique.

b. *S'il n'y en a pas*, c'est impossible de se prononcer. Et la prudence conseille de traiter la syphilis par un autre médicament, le mercure de préférence.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE "JEYES"
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano, PARIS

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE,
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL - PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) pres Paris.

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

LE ZINC-SULFARSÉNOL
Adopté par les Hôpitaux
Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :
NETTEMENT PLUS ACTIF
Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.
Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. Revue fr. Dermat. et Vénérologie, n° 4, avril 1927).
1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures ;
2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL
Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine
PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES
Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses
INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.
PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

INFECTIONS CHRONIQUES
IODASEPTINE CORTIAL
125, r. de Turenne
— PARIS —
R. C., 157.148, Seine.





THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.

EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

R. C., 127.006, Seine.

LIPOIDES H. I.
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES
GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière
LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

TRAITEMENT DES DIARRHÉES ET DES FERMENTATIONS INTESTINALES
par l'
AMIDAL
Amidon Paraffiné et Ferments Lactiques
Médication spécifique des Entérites
POUDRE ET COMPRIMÉS
Littérature Médicale et Échantillons sur Demande
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. PARIS (4e). — R. C., Seine 221.745

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les Maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Pour l'année 1929, le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre 1929.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du 3 au 14 octobre 1929 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 14 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les Maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire............ 30 points
Pour l'épreuve clinique...... 20 —

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

GUERRE. — M. le médecin général des troupes coloniales Thiroux a été placé, à compter du 9 septembre 1929, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

NOUVEAU PRIX DE L'UMFIA. — Prix Dartigues-Rosenthal de 4.000 francs. — Les docteurs Dartigues et Rosenthal, membres de l'Umfia, nous informent qu'ils viennent de créer un prix pour 1930 de 4.000 fr. pour les membres de l'Umfia, de quelque pays qu'ils soient.

Le sujet est le suivant : « Intervention médico-chirurgicale en cas de tuberculose. Pneumothorax bilatéral double. »

Ce prix est uniquement destiné à récompenser les recherches originales.

Prix partageable. Les manuscrits dactylographiés doivent être remis au plus tard le 1er janvier 1930, au siège social, 81, rue de la Pompe, Paris.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Cherbourg.

Le traitement alloué est fixé à 17.393 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de titres, justifications ou références.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Ardin-Delteil, doyen de la Faculté de médecine d'Alger, et de M. le docteur Cuylits (de Bruxelles).

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

CHRONIQUE

LE XXIIe V. E. M.
SA CONCENTRATION A VALS

Le XXIIe V. E. M. est consacré cette année aux stations thermales et climatiques de la Savoie et du Dauphiné. Les directeurs scientifiques du V. E. M., MM. les professeurs Paul Carnot, Maurice Villaret et Piéry ont pensé qu'il était possible de rattacher à ce voyage, Vals, la charmante station du Vivarais, malgré son éloignement du circuit projeté. Ce détour était justifié, Vals est une station en voie de rénovation; d'autre part, sa richesse hydrominérale, sa situation privilégiée dans un pays d'un intérêt touristique puissant, au milieu de stations d'altitude remarquables, mérite de retenir l'attention des thérapeutes.

La concentration du XXIIe V. E. M. s'est donc opérée à Vals. C'était jouer la difficulté que de concentrer, en dehors des grandes lignes, 160 voyageurs dont beaucoup venaient de fort loin. Grâce aux heureuses dispositions prises par les organisateurs et notamment par le docteur Milhaud et Mlle Machuré, grâce au dévouement du Corps médical de la station, du maire, M. Paul Giraud, du président du Syndicat des exploitants d'eaux minérales, M. Chalamon, administrateur délégué de Vals-Saint-Jean, la concentration s'est passée de la façon la plus satisfaisante.

Le V. E. M. comprend cette année une très remarquable participation étrangère, nous avons noté 10 Anglais, 15 Belges, 16 Danois, 7 Espagnols, 1 Egyptien, 6 Hollandais, 4 Roumains, 4 Suédois, 2 Suisses, 6 Turcs et 1 Chinois. Parmi les étrangers : le professeur Douglas Stanley, de Birmingham; Sir Edward Bigger, le professeur Gengou, de Bruxelles; le docteur Nicolescu, de Bucarest; le professeur Demieville, de Lausanne, etc.

Du côté français, le professeur Gaston Giraud, de Montpellier; les professeurs Rispal et Serr, de Toulouse; le professeur David, de Lille; les professeurs Bourdinière et Pellé, de Rennes; les docteurs Poix, Lagarenne et le professeur Busquet, de Paris. De nombreuses dames, enfin, apportaient au V. E. M. l'appoint de leur charme et de leur grâce.

Après l'installation dans les hôtels, la véritable concentration se fit autour des tables fleuries du restaurant du beau Casino. Puis, sous la conduite de nos confrères de la station, les VEMistes ont visité les sources et l'Etablissement thermal de Vals-Saint-Jean. Ils ont particulièrement goûté l'élégance des nouvelles buvettes de la Saint-Jean et de la Précieuse, et ils ont apprécié les soins méticuleux de l'embouteillage des Perles et de la Favorite, la pastillerie de la Béatrix, et surtout le magnifique embouteillage automatique de Vals-Saint-Jean, qui réalise actuellement une des plus belles installations de France.

La Conférence inaugurale du V. E. M. a été faite par le professeur Carnot dans le charmant théâtre du Casino.

Dans cette première réunion il devait donner d'abord des indications générales sur le voyage qui, parti de Vals, se poursuit pendant quinze jours dans le Dauphiné et la Savoie. Il ne s'est pas attardé à ces explications nécessaires, et il est entré dans son sujet en situant d'une façon magistrale, Vals, capitale de l'acide carbonique, au milieu des nombreux volcans qui lui forment une véritable couronne complétée, ellemême, par de hauts plateaux qui protègent la vallée du côté Nord et contribuent à donner à Vals le climat doux et sédatif dont se trouvent si bien les malades.

Vals, a déclaré le professeur Carnot, possède des sources bicarbonatées sodiques et carbo-gazeuses comme Vichy. Ce qui différencie cette station de Vichy, c'est d'abord la *température* des eaux, c'est ensuite leur degré de *minéralisation*.

Les eaux de Vals sont en effet froides, mais leur minéralisation est d'une variété très grande.

Les eaux de Vichy ont une minéralisation uniforme (6 grammes de bicarbonate de soude environ) mais leur température varie dans des proportions très grandes.

A Vichy, le médecin tient compte surtout des différents degrés de thermalité.

A Vals, il a à sa disposition cette admirable gamme qui s'étend de 1 gramme à près de 10 grammes, et lui permet de trouver de suite la source qui convient au malade, qu'il s'agisse de stimuler un estomac atone ou de saturer un hyperacide.

C'est ainsi que les sources peuvent se grouper en *sources faibles* contenant de 1 gramme à 1g50 de bicarbonate de soude : Saint-Jean, Perle 1; Reine; *sources moyennes* de 2 à 4 grammes : Béatrix, Favorite, Perle 3; *sources fortes*, de 5 à 7 grammes : Précieuse, Perles 5 et 7.

Une source de Vals se détache avec une composition particulière, la *Dominique*, source ferrugineuse et arsenicale dont l'eau prescrite en boisson, dont les boues utilisées en bains, permettent de traiter les anémies, en particulier les anémies des paludéens.

Après avoir dit quelques mots de l'*Intermittente*, remarquable geyser dont la colonne d'eau alcaline forte (8 gr.) jaillit par un forage de plus de 72 mètres de profondeur, M. Carnot étudie les *indications* de Vals.

Ce sont les dyspeptiques.

Les hépatiques et les anciens paludéens.

Les malades atteints de troubles de la nutrition qui bénéficient le plus de la cure de Vals.

Ceux qui ne doivent pas y venir ce sont les lésionnels, les ulcéreux et les cancéreux gastro-intestinaux, *contre-indications* qui s'appliquent d'ailleurs à toutes les stations bicarbonatées.

M. Carnot termine en constatant l'effort considérable réalisé à Vals depuis plusieurs années et qui se poursuit sans arrêt.

La bonne entente générale qui règne entre une municipalité active et intelligente et les diverses sociétés permet d'espérer que la station atteindra bientôt au grand développement que justifie sa réputation mondiale. Et le professeur Carnot dit à ses confrères : « Vous avez goûté le charme et le confort de Vals, vous avez vu ses admirables sources, envoyez-y vos malades avec confiance. »

Après la conférence qui obtint un très grand succès, cependant que quelques-uns des visiteurs infatigables allaient à Neyrac et au Pestrin, les autres prenaient un repos mérité avant le dîner officiel.

Celui-ci eut lieu à l'hôtel des Bains où M. Caminale servit aux 200 convives un dîner de grande classe.

Au dessert, M. Chalamon, au nom de toutes les sociétés exploitantes, M. le maire Paul Giraud, au nom de la Ville, saluèrent en excellents termes les visiteurs de Vals. M. le professeur Piéry, au nom du V. E. M., remercia en termes affectueux et but à Vals rénovée.

Le Casino offrait ensuite un merveilleux feu d'artifice et une représentation de gala pour l'organisation desquels M. Moncharmont se montra une fois de plus un prestigieux magicien, digne de sa réputation de grand animateur.

— Le lendemain, à l'aube, le V. E. M. est parti par train spécial pour Grenoble où des cars ont emporté les voyageurs dans la plus prodigieuse des randonnées, au Bourg d'Oisans, au Monétier, à Briançon, à Uriage, au Villars de Lans, à Allevard, à Challes et Aix-les-Bains, à Hauteville, à Brides, à Saint-Gervais, et enfin à Evian où nous allons les retrouver pour assister avec eux aux Journées médicales d'Evian.

F. L. S.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX

GÉLOTANIN

TANNATE DE GÉLATINE

NOURRISSONS & ENFANTS : *Paquets de 0 gr. 25. De 3 à 6 Paquets par jour, à diviser dans le lait ou dans les aliments habituels.*
ADULTES : *Cachets de 0 gr. 50. 4 à 8 Cachets par jour à prendre soit au commencement, soit au milieu, soit à la fin des Repas.*

LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS (16e)
Téléph : AUTEUIL 44-09

CHOAY

Langlois

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

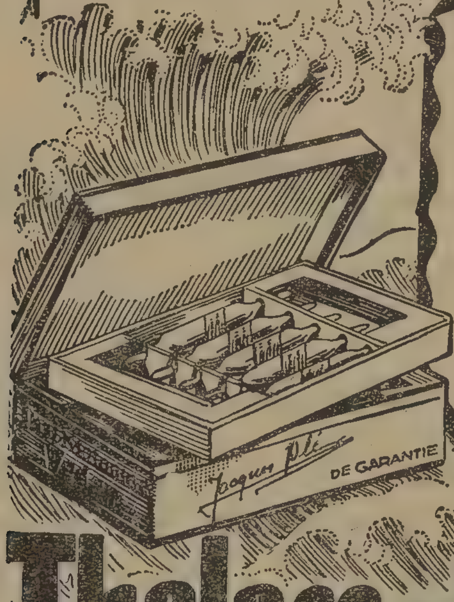
EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

FORMULE :

Nucléino-phosphoglycérate de Soude 0.100
Cacodylate de Soude . 0.050
Sulfate de Strychnine. 0,001
Eau de mer isotonique. 5.000



Déficiences générales cellulaires

Une injection indolore sous-cutanée profonde tous les 2 jours ou plus souvent suivant l'état du malade de

Thalassotonine Vadam

Triade Leucocytogène et tonique associée à l'action catalytique de l'Eau de Mer

exalte la phagocytose, reconstitue la cellule, agit rapidement dans tous les cas de dépressions, convalescences, neurasthénie, asthénie lymphatisme, prétuberculose, paludisme, pyrexies, soins ante et post opératoires.

Littérature et échantillons franco à Messieurs les Docteurs.

Laboratoires J. PLÉ
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Licencié es-sciences.
111 bis, Rue de Turenne, Paris (3e)
Téléphone : Archives 08-27

Thalassotonine Vadam

REVUE GÉNÉRALE

DYSTROPHIES DENTAIRES

LEUR VALEUR DIAGNOSTIQUE

Par Ch. RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Définition. — On désigne sous le nom de dystrophies dentaires, les modifications de dimensions, de forme ou de structure d'une dent, témoins indélébiles d'un trouble ayant atteint la calcification de son germe. C'est une lésion définitivement constituée qui n'évolue pas.

Pour la compréhension de la question, rappelons-nous que le germe dentaire est, au début, une dent de chair, produit de l'invagination et de la différenciation de la muqueuse gingivale, d'une part, et d'une spécialisation du tissu conjonctif avoisinant, d'autre part. Cette dent de chair se calcifie ensuite progressivement à une époque variable pour chaque dent : couronne d'abord, avec émail et ivoire; racines ensuite, avec ivoire et ciment.

Il en résulte que toutes les maladies troublant la fixation du Ca sur la matière albuminoïde, par un mécanisme humoral ou local, sont susceptibles d'apporter une perturbation dans la formation de l'émail et de l'ivoire du germe dentaire. Cette perturbation est essentiellement variable avec l'allure évolutive de la maladie causale, suivant qu'elle revêt une forme aiguë, chronique, ou chronique avec poussées aiguës.

1. C'est ainsi que *les toxi-infections chroniques*, par leur persistance, modifient le germe dans sa totalité et créent des *dystrophies dentaires totales* : le nanisme, le gigantisme, l'hétéromorphisme dentaire.

2. Au contraire, *les toxi-infections aiguës* qui agissent brusquement, pendant un temps relativement court, avec retour à l'état de santé, n'altèrent, en général, la calcification intrafolliculaire que sur une petite étendue, engendrant des *dystrophies partielles* que l'on désigne sous le terme évocateur mais impropre « d'érosions ».

3. Entre ces deux types de maladies, il en existe un autre qui concerne les affections à *évolution chronique entrecoupée de poussées aiguës :* telle l'hérédo-syphilis, tel le rachitisme compliqué de spasmophilie. Ces deux processus évolutifs combinés ont pour résultat de créer des *dystrophies dentaires complexes*; la dent est à la fois adultérée dans sa forme, dans ses dimensions et partiellement, dans sa structure.

Ce simple exposé nous permet aisément de comprendre que les dystrophies ne sont pas de simples curiosités stomatologiques, mais qu'elles possèdent une réelle valeur étiologique. Elles constituent les témoins des maladies de l'enfance, des signes visuels d'interprétation clinique facile.

En interrogeant ces témoins, nous serons tout d'abord fixés *sur l'époque de la maladie*, puisque les germes ne font pas leur calcification en même temps : « La bouche est le casier sanitaire de l'enfance » (Capdepont).

Ils nous renseignent *aussi sur l'affection causale*, si nous savons nous rappeler les modalités évolutives des toxi-infections de l'enfance, la date de leur apparition ou la période de leur virulence.

Ce témoignage n'aurait qu'un mince intérêt rétrospectif, sans importance pratique, s'il ne concernait que des maladies infantiles éteintes. Il n'en est rien puisque, dans cette étiologie, figure au premier-chef l'hérédo-syphilis. La dépister par des signes concrets, c'est parfois éviter des interrogatoires inutiles et des épreuves de laboratoire qui n'ont de valeur que si elles sont positives; c'est aussi instituer un traitement qui prémunira l'enfant contre des accidents tardifs possibles.

La discrimination étiologique est donc à la base de cette question. Elle permet d'établir la valeur respective des dystrophies dentaires, d'éviter de méconnaître une hérédo-syphilis ou de déclarer hérédo-syphilitique un porteur de malformations dentaires banales.

Ainsi, notre plan d'étude comprend :

A. La connaissance des dystrophies dentaires (diagnostic positif);

B. Leur différenciation d'avec des anomalies dentaires ou des lésions acquises (diagnostic différenties);

C. Le diagnostic étiologique;

D. La valeur étiologique respective des dystrophies.

A. **Diagnostic positif.** — Nous avons déjà dit que la dent pouvait être atteinte en totalité, partiellement ou de façon complexe. Nous aurons donc à décrire des *dystrophies totales*, *partielles ou complexes*, mais ces deux dernières catégories retiendront seules longuement notre attention, étant donné leur intérêt clinique infiniment supérieur à celui des dystrophies totales.

I. Dystrophies totales. — Nous savons qu'elles son l'œuvre d'une toxi-infection chronique, profonde, tenace. Nous retrouvons ici *parmi les infections* : la syphilis héréditaire, la tuberculose, la bronchopneumonie prolongée, les infections cutanées durables (pyodermites à répétition, suppuration d'une surface eczémateuse); *parmi les intoxications :* les alimentations défectueuses, carencées, les troubles digestifs prolongés, les lésions congénitales précoces du rein. La dent est modifiée dans sa forme, dans ses dimensions et dans sa structure profonde.

a. Modifications de forme. — *Les dents peuvent, en effet, être déviées de leur type normal.* Elles rappellent les dents de poisson, ou se présentent comme des dents étroites, effilées, en touche de piano, ou tordues sur leur axe.

Dans d'autres cas, *elles sont véritablement amorphes* (dents en cheville, en corne, tricorne, polytuberculeuses).

b. Modifications de dimensions. — *Le gigantisme*, rare, peut-être simple ou avec exagération des tubercules. Il frappe surtout les canines et les incisions centrales supérieures.

Inversement, les dents peuvent êtres *naines*, tout en conservant leur forme : ce sont des miniatures de dent. Mais elles sont souvent en même temps déformées, notamment les incisives qui perdent leur caractère de spatules pour devenir conoïdes.

Ces dents sont rarement de bonne qualité. « D'accord avec les expériences de Mellamby, Wells, elles présentent une dentine pauvre, mal calcifiée, plus ou moins lacunaire qui les prédispose à la carie » (Frey).

Enfin, *leur éruption est rarement normale.* Elle peut être accélérée ou retardée, souvent aussi irrégulière, ne se faisant plus dans l'ordre habituel.

II. **Dystrophies partielles. Érosions. Hypoplasies.** — Définition. — Lorsque le germe subit une agression brutale, avec retour rapide de l'état de santé, un petit département de la couronne dentaire est seul adultéré.

« Une dent affectée de la sorte semble avoir été entaillée ou usée mécaniquement par un outil. Elle rappelle l'aspect du bois entamé par les vers ou du marbre corrodé par un acide » (Fournier).

Cette modification structurale a été désignée par Fauchard, en 1728, sous le nom « d'érosion » (érosion de la surface émaillée).

Ce terme est évocateur, mais impropre; car il porte à croire que la lésion s'est produite une fois la couronne constituée et nous savons qu'il n'en est rien. (C'était déjà l'avis de Bunon en 1746).

Il en est de même de l'expression *d'atrophie*, employée par les Américains, puisqu'elle éveille l'idée d'un tissu atrophié après un développement anormal. Szygmondy préfère le mot *d'hypoplasie*.

Jetons d'abord sur cette hypoplasie un coup d'œil du point de vue anatomique.

Anatomie pathologique. — Outre la lésion superficielle de l'émail, il existe profondément d'autres malcalcifications qui intéressent à la fois l'émail et l'ivoire.

1. *Lésions superficielles de l'émail.* — Il y a tous les intermédiaires entre la simple dépression de l'émail et sa destruction. Les prismes limitrophes peuvent être normaux, ou au contraire brisés, dissociés, de même que le ciment interprismatique peut rester clair et homogène, ou présenter des défauts de calcification. Cette lésion superficielle est désordonnée et irrégulière.

2. *Lésions profondes.* — Mais toute l'anatomie pathologique de l'érosion ne se borne pas là. Une coupe de la dent montre des lésions profondes, méthodiques, partant symétriquement de la ligne de coalescence de l'émail et l'ivoire pour s'écarter en éventail dans ces tissus.

Dans l'émail, c'est une ligne *granuleuse* typique, brunâtre.

Dans l'ivoire, ce sont des zones de dentine *globulaire*, c'est-à-dire des espaces à bords arrondis, se réunissant le plus souvent, quelquefois espacés et formant une traînée. Ces cavités sont tapissées par des globules de dentine pathologique, à aspect mûriforme (Magitot).

Clinique. — Examinons à présent ces érosions du point de vue clinique.

La lésion peut frapper la couronne ou la pointe de la dent, être coronaire ou cuspidienne.

Si les érosions sont coronaires, elles se présentent, soit comme des dépressions cupuliformes, à fond jaunâtre ou brunâtre, soit comme des sillons



Fig. 1. — *Érosions cupuliformes.*

plus ou moins profonds. L'érosion en nappe est plus rare; la couronne est alors raboteuse, inégale,



Fig. 2. — *Érosions linéaires. Dents en gradin.*

semée de saillies et de dépressions. C'est à son degré ultime; la dent en gâteau de miel de Tomes.



Fig. 3. — *Érosions en nappe.*

Parmi les érosions cuspidiennes, la plus fréquente est celle qui frappe les grosses molaires. La couronne de ces dents est normale sur les deux tiers de sa hauteur, mais il en sort un moignon d'ivoire jaunâtre ou brun sale, à structure tourmentée et irrégulière.

A

B

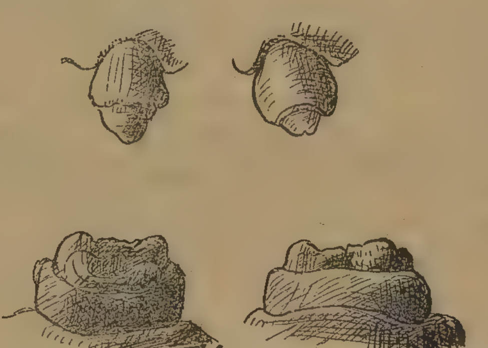


Fig. 4. — A. *Érosions cuspidiennes des canines*; — B. *Atrophie cuspidienne de la première grosse molaire.*

Les incisives peuvent avoir un bord triturant laminé ou éliminé, ou en clou de girofle. La canine garde souvent une couronne normale, mais de sa partie inférieure, sort un cône érodé et exigu.

III. **Dystrophies complexes.** — Les maladies chroniques, avec poussées aiguës, combinent les deux processus d'atteinte de la calcification folliculaire. La dent est non seulement érodée, mais encore modifiée dans sa forme et dans ses dimensions.

Les deux plus importantes de ces dystrophies complexes sont :

La dent d'Hutchinson qui concerne l'incisive centrale supérieure *permanente, et la dent en bourse* ou *dystrophie hutchinsonienne de la première grosse molaire.*

Dent d'Hutchinson. — Le caractère principal donné par Hutchinson est l'*échancrure semi-lunaire du bord libre de l'incisive centrale supérieure permanente.* Au début, cette échancrure forme la limite

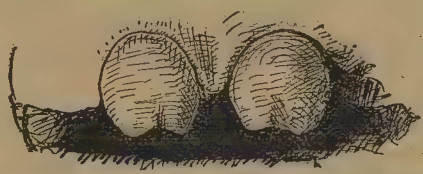


Fig. 5. — *Dents d'Hutchinson en tournevis.*

supérieure d'un pan d'émail irrégulier et brunâtre. Peu à peu, ce pan d'émail s'use et tombe, il ne reste plus que l'arche dont les pointes finissent à leur tour par s'abraser.

En réalité, l'échancrure semi-lunaire n'est qu'un des signes de la dent d'Hutchinson; car lorsque celle-ci présente tous ses attributs, elle offre :

a. *Une anomalie de structure*, sous la forme d'un pan d'émail déjà signalé;

b. *Une anomalie de forme*, car elle est plus large au collet qu'au niveau de son bord tranchant; d'où sa forme en tournevis.

c. *Une anomalie de dimension*, étant plus épaisse que normalement mais aussi moins large.

d. *Une anomalie d'orientation*, car l'axe de cette incisive n'est pas vertical, mais convergent, parfois divergent.

En somme, comme le résume Chompret, « la dent d'Hutchinson est un ovoïde aplati dont le pôle inférieur est abrasé par un coup d'ongle ».

Il est exceptionnel que la dent d'Hutchinson présente au complet tous ces caractères. L'arche et la forme en tournevis peuvent exister isolément. Mozer attache plus d'importance à cette dernière déformation qu'à la première. Cette dystrophie peut également se rencontrer sur les incisives centrales et latérales inférieures.

Dystrophie de la première grosse molaire. — Hallopeau et Fournier, Frey, Capdepont et Cavallero ont déjà attiré l'attention sur cette dystrophie, mais sans en donner une description précise. Celle-ci a été faite par Ménard et Mozer de la façon suivante : « *Un sillon circulaire* comme tracé par la pointe d'une aiguille court sur la face triturante de la dent, à 1 ou 2 millimètres du bord libre. Il enchâtonne les *quatre cuspides qui paraissent étranglées.* Celles-ci peuvent être atrophiées, jaunâtres, plus ou moins érodées ; dans d'autres cas, elles paraissent tout à fait normales. »

En outre, la dent, au lieu d'avoir son aspect renflé habituel, possède une surface triturante plus petite que la surface de son collet. *La dent est tronconique.* Elle a la forme d'un « *bouton floral* ».

Cette forme tronconique de la dent de six ans correspond à la forme en tournevis de l'incisive médiane supérieure; comme le sillon est l'équivalent de l'érosion en coup d'ongle. Cette malformation pourrait donc être décrite sous le nom de « *dystrophie hutchinsonienne de la dent de six ans* ».

La dent en bourse n'est pas la dent en gâteau de miel de Tomes; cette dernière étant uniquement caractérisée par les érosions de sa face triturante et ne possédant ni sillon, ni modification tronconique de sa forme.

La dent en bourse est moins fréquente que la dent d'Hutchinson (8 dents en bourse pour 56 d'Hutchinson).



Fig. 6. — *Dents en bourse.*

Erosions des dents temporaires. — Dans l'ensemble, les dystrophies se rencontrent surtout sur la denture permanente. Elles peuvent cependant exister sur la denture temporaire, mais les conditions nécessaires à leur production y sont plus rarement réalisées. A cette période de la vie embryonnaire, il s'agit presque toujours d'hérédo-syphilis et si elle est très virulente elle tue fréquemment le fœtus. En outre, très souvent après leur éruption, les dents de lait érodées échappent à l'examen parce qu'elles sont la proie rapide de la carie.

Mais ce serait une erreur de nier l'existence des dystrophies des dents temporaires. Theuveny, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie de nombreux fœtus ou nouveau-nés syphilitiques héréditaires et d'examiner microscopiquement les lésions des os, des follicules dentaires et des dents, a confirmé pour les dents de lait les conclusions de Capdepont pour les dents permanentes.

Pasini, Cavallaro ont trouvé des spirochètes dans les germes de fœtus de cinq mois.

La découverte des dystrophies des dents temporaires fait prévoir celles des incisives centrales permanentes et des molaires de six ans (Cavallaro).

B. **Diagnostic différentiel.** — Toute une série de faits normaux ou pathologiques doit être différenciée des dystrophies.

Faits normaux. — 1. Nous signalons la première erreur qui consisterait à prendre pour une anomalie les *trois crénelures du bord libre des incisives permanentes* que l'on voit chez des enfants de sept à huit ans. Elles sont le vestige de l'accollement des trois prismes d'émail qui constituent ces dents et elles disparaissent vite par usure pour laisser un bord tranchant linéaire, comme nous sommes habitués à le voir.

2. Mais ce sont surtout les *tubercules supplémentaires* (tubercule de Carabelli et de Bolk) qui ont prêté aux plus vives discussions. Certains auteurs, comme Sabouraud, ont avancé que le tubercule de

Carabelli était un stigmate de syphilis héréditaire. Il le décrit de la manière suivante :

C'est un rudiment d'une cuspide supplémentaire apparaissant comme une mamelle plate accolée à la surface interne de la première grosse molaire supérieure. Cette éminence mamillaire siège à la partie antérieure de la face interne de la dent. Elle peut être à peine prononcée; à la fois courte, arrondie, peu saillante, plaquée tout entière contre la dent et adhérente à elle comme un contrefort à un mur. D'autres fois, elle est plus saillante à mesure qu'on l'envisage plus près du mamelon. Bien qu'elle fasse toujours corps avec la dent, elle s'en sépare par une incisure qui devient plus profonde à mesure que l'on examine cette petite mamelle plus près du mamelon. Cette protubérance se termine, plus ou moins près de la surface de mastication suivant que son développement est plus ou moins accentué, par un mamelon obtus qui peut être détaché de la dent et même faire pointe à la palpation.

Ayant pratiqué l'examen des malades porteurs de tubercules de Carabelli et fait des Wassermann, Sabouraud a pensé que cette formation fréquente, souvent solitaire au milieu d'une denture régulière, constituait à elle seule un signe d'hérédo-syphilis.

Récemment, Jeanselme et Rouvière, da Granda ont montré que ce tubercule n'a aucune signification pathologique. S'appuyant sur les travaux d'anatomie comparée, ils ont expliqué sa formation, soit par la théorie de la concrescence, soit par la théorie du cingulum.

La théorie ancienne de concrescence, reprise par Kukenthal et Rose, suppose que les dents primitives en forme de cheville biconique se soudent. Si un cinquième germe dentaire est absorbé par une première grosse molaire permanente qui normalement n'en compte que quatre, la dent devient pentacuspidée.

Pour Cope et Osborn, les tubercules surnuméraires seraient dus au développement du cingulum. Il résulte de l'étude des espèces fossiles que le collet des dents primitives est surmonté d'une crête marginale, le cingulum qui protège la gencive et prévient le décollement de la dent par des aliments durs. Le cingulum est, en quelque sorte, une réserve plastique où la dent puise chaque fois que l'accroissement du travail masticatoire rend nécessaire la multiplication des cuspides.

Il semble, en réalité, que le tubercule de Carabelli soit d'ordinaire dû à la soudure d'une paramolaire avec une molaire voisine.

Ce tubercule de Carabelli existe dans toutes les races, il est de toutes les époques. On le trouve d'ordinaire sur la première molaire supérieure et avec une grande fréquence sur la deuxième molaire de lait.

Le tubercule de Bolk est l'homologue du tubercule de Carabelli sur la partie antérieure de la *face externe* des *deuxième et troisième molaires supérieures*. Il est infiniment moins fréquent.

Anatomiquement parlant, il y a toute raison de croire que ces éminences mamillaires ne sont pas pathologiques. Des différentes statistiques, il ressort que le tubercule de Carabelli s'observe dans la proportion de 25 à 50 p. 100. Du point de vue clinique, Mozer et Chenet ont pu constater, à Berck, sur des milliers de malades que le tubercule de Carabelli se voyait chez 39 p. 100 de sujets non hérédo-syphilitiques et 40 p. 100 d'hérédo-syphilitiques.

Les opinions n'en restent pas moins encore partagées et, récemment, Fernet décrivait le tubercule de Carabelli comme un signe mineur d'hérédo-syphilis qui acquiert de la valeur dès l'instant qu'il est associé à d'autres malformations.

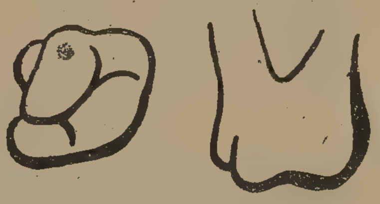


Fig. 7. — *Tubercule de Carabelli.*

Devons-nous aussi considérer comme des faits normaux les périkymaties et les taches blanches des dents.

3. *Les périkymaties* sont des stries de l'émail, disposées horizontalement, en forme d'anneaux fins autour de la couronne, si bien que Frey appelle ces dents « des dents tremblées ».

Pour Capdepont, elles ne seraient que des formes atténuées de l'érosion.

4. *Les taches blanches* se voient spécialement sur la face latérale des dents. Elles varient de forme, de nombre. Elles sont opaques, irrégulières, assez semblables aux taches observées sur les ongles. La surface de ces taches n'est pas lisse, mais rugueuse, légèrement ridée et le tissu semble plus lâche, d'un grain plus gros. Au toucher, on a une sensation analogue à celle du papier de verre. Ces taches paraissent congénitales et, pour Chompret, seraient des traces indélébiles de lésions intrafolliculaires. Cavallero les rattache à l'hérédo-syphilis.

Il y a aussi des taches blanches que l'on voit par transparence et dans la profondeur. Elles ont été étudiées par Rodier.

II. **Faits pathologiques.** — Les dystrophies dentaires ne doivent pas être confondues avec deux affections rares de l'adolescence : *la nécrose des quatre incisives supérieures, et la dysplasie de Capdepont*, ni avec *les érosions cunéiformes et l'abrasion mécanique des adultes*, qui sont des lésions au contraire très fréquentes.

1° *La nécrose des quatre incisives supérieures*, décrite par Dubreuil-Chambardel, est caractérisée par la destruction de la couronne de ces dents qui commence vers la quatorzième année et met environ quatre ans pour être complète. Dubreuil-Chambardel l'attribue à un défaut de nutrition par persistance de la synostose incisive et du système artériel infantile.

2° *La dysplasie de Capdepont*, dont Fargin-Fayolle a fait une étude intéressante, est une lésion chronique, à type héréditaire et familial, se produisant sur les deux dentitions et atteignant la dent tout entière.

Dans cette maladie, les dents font, en général, une éruption tardive. Elles sont petites, mal implantées et formées de tissus très vulnérables et très friables. L'émail est peu adhérent à l'ivoire et se fracture facilement. La dentine est translucide, de teinte caramel clair, sucre d'orge.

3° Chez l'adulte, il ne faut pas confondre les érosions avec *l'abrasion mécanique*, dans laquelle les dents sont progressivement usées et de façon variable suivant l'articulé dentaire du sujet. Cette usure découvre un ivoire brunâtre et existe au niveau des surfaces triturantes.

4° *Les érosions cunéiformes*, dont Fleury vient de reprendre la description dans sa thèse, sous le nom de mylolyse, doivent être distinguées d'avec les dystrophies partielles dentaires. Les érosions cunéiformes n'apparaissent guère avant trente-cinq ans, le plus souvent chez les neuro-arthritiques, à bouche soignée, trop soignée. C'est une perte de substance brillante, lisse, régulière et dure. Elle s'accroît lentement, progressivement. Elle siège d'ordinaire au niveau du collet des dents qu'elle entame en coin, quelquefois sur les faces labiales. Elle peut dans des cas plus rares intéresser toute la couronne. Elle est donc tout à fait différente de nos érosions qui ne sont pas des lésions acquises ni évolutives et siègent en général près des faces triturantes.

C. **Diagnostic étiologique.** — Dans nos préliminaires, nous nous sommes d'emblée montré éclectiques en ce qui concerne l'étiologie des dystrophies.

Telle n'a pas été toujours l'opinion régnante. Autrefois, un certain nombre d'auteurs n'attribuait aucun rôle à l'hérédo-syphilis dans la genèse des érosions. Parrot les étiquetait *rachitiques*. Magitot les rattachait à l'*éclampsie* (1) et Galippe (2) en faisait des *stigmates de dégénérescence*.

Au contraire, pour un certain nombre d'esprits généralisateurs à l'excès, toute l'étiologie des dystrophies se résume dans *l'hérédo-syphilis*.

C'est contre cet exclusivisme que s'élèvent la plupart des auteurs modernes. Fournier croyait à l'hérédo-syphilis dans la proportion de 80 p. 100. Frey, Chompret nous recommandent l'éclectisme, et Capdepont, dans son remarquable rapport, a mis au point cette délicate question.

Pour notre part, nous arrivons à cette conception :

A toxi-infection chronique : dystrophies totales, nous les avons déjà étudiées;

A toxi-infection aiguë : dystrophies partielles;

A toxi-infection chronique avec poussées aiguës : dystrophies partielles et complexes.

(1) L'accès convulsif par sa brièveté ne peut avoir de répercussion sur la calcification d'un germe dentaire. L'accès convulsif n'est qu'un symptôme d'une maladie infantile dont une autre manifestation est l'érosion dentaire. Magitot a commis l'erreur de prendre l'effet pour la cause. La coexistence sur des crânes préhistoriques de trépanation et d'érosions dentaires n'est pas une preuve suffisante. Comme Lecène l'exprime dans son livre sur l'évolution de la chirurgie, il s'est agi « d'actes chirurgicaux de fait et non d'intention ». Trépanation, en chirurgie préhistorique, ne veut pas dire traitement de l'éclampsie. Et Frey émet cette hypothèse que ces traumatismes, quand ils ont laissé l'enfant en vie, ont peut-être été les causes déterminantes des érosions.

(2) « Elles seraient l'expression en quelque sorte localisée d'une déviation générale, plus ou moins accentuée, imprimée au développement normal de l'œuf, soit par l'infection ou l'intoxication de l'un ou des deux générateurs, soit parce que ceux-ci étant eux-mêmes des anormaux n'ont pu engendrer un être normal. » (Galippe.)

Parcourir cette étiologie, c'est donc énumérer les maladies infantiles qui répondent à ces desiderata.

1. **Maladies aiguës.** — Il peut s'agir soit des maladies de la femme enceinte, soit des maladies aiguës de l'enfance.

a. *Les maladies aiguës de la femme enceinte* retentissent sur la nutrition du fœtus; mais nous savons que, d'ordinaire, ces affections provoquent rapidement l'accouchement prématuré avant que l'organisme du fœtus ait pu être influencé. On a également incriminé les tentatives d'avortement. Cette étude entre dans le cadre de ce que Duval et Mulon appellent l'étiologie tératogénique chronologique. Elle a eu pour point de départ les expériences d'étiologie tératologique de Féré.

b. *Les maladies aiguës de l'enfance* (broncho-pneumonies, gastro-entérites...), les fièvres éruptives dont les toxines, particulièrement nocives, ont une action élective sur l'ectoderme et ses dérivés sont à joindre ainsi que les traumatismes (obs. de Piekewicz, de Chompret).

2. **Maladies chroniques avec poussées aiguës.** — Au premier chef, nous sommes en présence *de l'hérédo-syphilis*. Mais que dire *du rachitisme?* Frey a traité magistralement cette question dans un remarquable rapport de 1924, en s'appuyant sur des travaux américains, sur ceux de Marfan et de ses élèves, de Lesné et de de Gennes.

Il écrit « le rachitisme, maladie à allures chroniques, ne peut donc être facteur direct d'érosion; mais est-il possible que les toxi-infections chroniques qui font le rachitisme prédisposent à certains états qui font les érosions? Or, la clinique nous a fait connaître la fréquence des érosions chez des enfants rachitiques qui ont souffert de convulsions. Quand trouve-t-on cet ensemble : terrain rachitique, convulsions, érosions? Nous ne connaissons qu'un état pathologique qui réalise un tel groupement : c'est *la tétanie*. Donc le rachitisme ne serait susceptible de produire les dystrophies partielles localisées qu'à travers la diathèse spasmogène ou tétanie ».

Voici les arguments qu'il cite à l'appui de sa thèse. L'hypocalcémie est de règle dans la tétanie (Lesné, Turpin, Guillaumin, Lestoquoy); si bien qu'elle a été qualifiée de diabète calcaire.

Comme le métabolisme du calcium est fonction de celui du phosphore, on conçoit que la tétanie s'observe particulièrement au cours du rachitisme qui se traduit toujours au point de vue humoral par de l'hypophosphaténémie (Lesné, de Gennes); c'est ce qu'ont vérifié Lestoquoy, et ce que confirme le traitement par les ultra-violets, qui guérit à la fois du rachitisme et de la tétanie.

Mais pour Findlay, Paton et son école, l'hypocalcémie est un symptôme de la tétanie, dont la cause serait un poison convulsivant, produit intermédiaire du métabolisme azoté. « Pierre Mathieu, Weill et Guillaumin, concilient même les deux théories, en admettant que l'insuffisance de calcium interviendrait pour créer une perméabilité plus grande de la cellule à l'égard du poison ».

Voici donc toutes les conditions réalisées pour la production de l'érosion dentaire : hypocalcémie, hypophosphatémie et attaques brusquées et limitées du oison convulsivant; con-

clusion confirmée par les travaux d'Erdheim, dans la tétanie expérimentale et ceux de Fleischmann.

D. **Considérations générales sur la valeur étiologique respective des dystrophies.** — Puisque les causes de dystrophies sont si nombreuses, il semblerait que leur constatation ne soit que d'une utilité toute relative. Mais deux faits précis vont, au contraire, nous montrer l'intérêt de cette étude et nous guider dans nos recherches étiologiques. D'une part, les germes dentaires ne font pas leur calcification en même temps. D'autre part, les maladies infantiles n'agissent pas toutes indifféremment à la même période. Si bien qu'en connaissant la chronologie de la calcification des germes dentaires et des maladies infantiles, on résoud en grande partie le problème étiologique des dystrophies dentaires.

1° **Date de calcification des germes.** — Rappelons-nous ce tableau qui nous donne la date de calcification des germes :

DENTURE TEMPORAIRE, vers le cinquième ou le sixième mois de la vie intra-utérine;

DENTURE PERMANENTE :

Première grosse molaire ou dent de six ans : derniers mois de la vie intra-utérine et premiers mois de la vie;

Incisives centrales : premiers mois de la vie du nourrisson;

Incisives latérales : début de la deuxième année;

Canines : début de la troisième année;

Prémolaires : début de la quatrième année;

Deuxième grosse molaire ou dent de douze ans : cinquième année;

Dents de sagesse : huitième année.

2° Envisageons maintenant les affections qui peuvent atteindre le fœtus ou l'enfant.

Les maladies aiguës maternelles n'auront de retentissement que sur les germes de la denture temporaire. Mais cette cause est exceptionnelle, nous en avons vu la raison.

L'hérédo-syphilis est très virulente vers le sixième mois de la vie intra-utérine et tue, en général, le fœtus. Elle possède une forte virulence vers la fin de la vie intra-utérine et au début de la vie, et, à ce moment, elle est la seule maladie qui puisse être mise en cause. Les dystrophies des premières grosses molaires et des incisives centrales permanentes qui, seules calcifient leurs germes à cette période acquièrent donc une importance de premier ordre.

Les germes des autres dents peuvent être atteints par l'hérédo-syphilis ; mais ils le sont toutefois moins fréquemment parce qu'à ce moment la maladie est moins virulente.

D'ailleurs, passée la première année, toute une série de maladies de l'enfance sont susceptibles de provoquer ces dystrophies au même titre que l'hérédo-syphilis et nous en avons déjà fait l'énumération.

De sorte que l'on ne se trouve plus autorisé à être affirmatif sur l'étiologie des érosions dentaires dès l'instant qu'elles intéressent des dents permanentes autres que les incisives centrales supérieures et les premières grosses molaires.

Donc, en matière d'hérédo-syphilis, nous pouvons conclure ainsi :

1° Un enfant porteur d'une dent d'Hutchinson, d'une incisive centrale permanente en tournevis ou d'une dent de six ans en bourse est, presque à coup sûr, un hérédo-syphilitique.

Mozer, sur 23 porteurs de dent d'Hutchinson, a noté : 22 W +,
11 — en tournevis, — 9 W +,
95 — en bourse, — 14 W +.

Zinsser étudie 66 cas de porteurs de dent d'Hutchinson, il trouve :
41 cas de syphilis certaine,
8 cas de syphilis suspecte,
16 cas seulement sans trace de syphilis héréditaire,
avec, bien entendu, toute réserve de prouver ultérieurement cette syphilis, si facilement méconnue ou cachée.

Ces deux dystrophies peuvent être annoncées par celles des canines et des molaires de lait. On les rencontre parfois dans une denture saine par ailleurs mais dont l'éruption a été plus tardive que de coutume.

2° *Les érosions multiples et systématisées* constituent des signes de présomption importants en faveur de l'hérédo-syphilis (Fournier).

3° Les dystrophies frappant d'autres dents que les dents précitées font énumérer les maladies de l'enfance, pratiquer un examen clinique et sérologique minutieux ; par elles-mêmes, elles ne font pas porter le diagnostic d'hérédo-syphilis. Mozer, étudiant ces érosions au double point de vue clinique et sérologique, a prouvé que si elles « peuvent exister chez des hérédo-syphilitiques et relever chez eux de la syphilis, elles sont certainement plus fréquentes chez des non-syphilitiques et ne sauraient, en aucune sorte, être considérées comme symptômes d'hérédo-syphilis ».

Par conséquent, la dent d'Hutchinson, la dent en bourse constituent des signes presque pathognomoniques de l'hérédo-syphilis. Les érosions multiples et systématisées sont, pour Fournier, des signes de forte présomption, des signes de possibilité. Les autres érosions, moins probantes encore, doivent faire chercher l'hérédo-syphilis, mais ne permettent pas de l'affirmer.

Pathogénie. — Les anciens auteurs pensaient que l'érosion était due à une destruction de l'émail après sa formation complète. Ils croyaient que l'organe adamantin sécrétait un acide nocif pour l'émail et ne voyaient là qu'une répercussion des gingivites. Cette théorie a vécu et tout le monde est d'accord pour admettre qu'il s'agit d'une atteinte du germe dentaire au moment de sa calcification.

Naturellement, les hypothèses admises pour expliquer cette dyscalcification ont évolué parallèlement aux doctrines biologiques.

Theuveny, Pacini, Cavallaro, ayant retrouvé dans la partie non calcifiée des germes dentaires d'hérédo-syphilis, des tréponèmes et des lésions d'endo et de périvascularite ont conclu que les dystrophies dentaires étaient spécifiques.

En réalité, cette lésion des parties dures de la dent est banale et c'est le mérite de Capdepont d'avoir montré que toute toxi-infection était capable de l'engendrer.

Or, à une époque où l'on croyait que la cellule conjonctive

sécrétait de toute pièce la substance fondamentale, il était naturel que Capdepont ait pensé que la toxi-infection engendrait l'érosion par l'intermédiaire d'une lésion des cellules de l'ivoire et de l'émail. Selon lui, cette altération cellulaire pouvait aller du simple arrêt dans la croissance jusqu'à la cytolyse complète et, comme l'adamandoblaste et l'odontoblaste ne se renouvellent pas, ne se réparent pas comme les autres cellules, il en résulte un trouble définitif dans la sécrétion de l'ivoire et de l'émail. Cette dyscalcification, témoin d'un état morbide disparu, est conditionnée par la durée, l'intensité et la répétition de l'affection causale. Elle est d'autant plus marquée que l'action porte sur des follicules plus jeunes.

Mais des travaux récents sont venus modifier nos conceptions sur les fonctions cellulaires et le métabolisme du calcium.

Tout d'abord, avec Nageotte, le milieu interstitiel a repris toute sa valeur. La cellule a perdu sa valeur sécrétoire et a vu son champ d'action se restreindre à un rôle diastasique de contrôle. Même pour Leriche et Policard « la cellule tend à liquéfier le milieu collagène où elle vit; celui-ci tend à s'épaissir ». Au niveau de l'os, les modifications de la substance fondamentale sont en rapport avec des phénomènes vaso-moteurs qui provoquent de véritables « mutations calciques locales ».

Pareilles conclusions peuvent s'appliquer aux tissus dentaires, surtout au moment de leur formation, car — Frey le fait remarquer judicieusement — la dent est d'autant plus labile qu'elle est plus jeune. Par conséquent, nous comprenons que des causes locales, comme des troubles vasculaires du bulbe dentaire, d'origine syphilitique, sont susceptibles de produire des dystrophies.

Mais celles-ci peuvent être sous la dépendance de troubles humoraux qui perturbent le métabolisme du calcium. Les études sur le rachitisme, sur la tétanie, sur les ostéopathies ont permis de serrer le problème de plus près, et de constater combien sa solution est encore incomplète.

Les rouages du métabolisme du calcium sont complexes. Il y a une interaction de tous les instants entre le milieu sanguin qui cherche à maintenir constante sa teneur en Ca et les tissus qui forment une grosse réserve calcique (os, dents, etc.).

Pour que ce métabolisme soit normal, il faut que l'apport soit suffisant, qu'il n'y ait pas précipitation de Ca au niveau de l'intestin, causé par un régime trop alcalin, ni dissolution et filtration rénale trop intense provenant d'un régime trop acide.

Ces conditions réalisées, il est encore indispensable que la matière albuminoïde soit apte à fixer le calcium, ce qui nécessite entre autres choses, un rapport normal entre le P et le Ca, un bon équilibre acide-base, la présence d'autres métaux (Mg par exemple) et d'un certain nombre de fixateurs du Ca : produits de sécrétion des glandes endocrines (parathyroïdes, thymus, moelle osseuse notamment), vitamines liposolubles, adrénaline (?), corps irradiés. Le rôle des ultraviolets a été trop bien mis en évidence pour que nous devions y insister.

Nous voyons toute l'ampleur et toute la complexité du problème et nous renvoyons aux travaux français et étrangers qui ont contribué à la mise au point de cette question.

Retenons donc, pour nous, qu'une toxi-infection susceptible de troubler le milieu humoral (lésions endocriniennes, acidose, etc.), peut créer une dystrophie dentaire. Celle-ci n'est qu'une des perturbations apportées par un mauvais métabolisme du Ca, mais un témoin indélébile.

En matière de conclusion pathogénique, nous voyons que la dystrophie dentaire peut être de cause locale ou générale, et qu'une même maladie, comme la syphilis par exemple, est susceptible d'emprunter l'un ou l'autre de ces mécanismes pour léser le germe dentaire au cours de son évolution.

Conclusions. — Parvenu au terme de ce long rapport, nous croyons pouvoir tirer de l'état actuel de nos connaissances les conclusions suivantes.

La dystrophie dentaire est sous la dépendance de toutes les maladies qui, agissant LOCALEMEBT ou par VOIE HUMORALE, sont susceptibles de troubler la fixation du calcium par la matière albuminoïde.

Les affections chroniques et tenaces font des dystrophies totales; les affections aiguës, des dystrophies partielles; les affections chroniques avec poussées chroniques, des dystrophies partielles et complexes.

Les germes dentaires ne se calcifient pas à la même époque et les maladies infantiles n'agissant pas toutes indifféremment à la même période, la localisation et l'aspect des dystrophies acquièrent de la sorte une valeur étiologique particulière.

Les érosions des dents de lait sont rares. Elles font penser aux maladies aiguës de la mère et à l'hérédo-syphilis.

Les dystrophies complexes de l'incisive centrale supérieure permanente et de la première grosse molaire, du type hutchinsonnien, sont presque pathognomiques de l'hérédo-syphilis, parce que ces dents calcifient leur germe vers la fin de la vie intra-utérine et au début de la vie, ce qui correspond à la période de grande virulence, compatible avec la vie, de l'hérédo-syphilis.

Les dystrophies des autres dents permanentes indiquent l'âge de souffrance de l'organisme infantile et doivent faire rechercher toutes les étiologies possibles : hérédo-syphilis, rachitisme avec spasmophilie, fièvres éruptives, maladies aiguës de l'enfance.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY. Dent d'Hutchinson unilatérale, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1916-1917.

AUGAGNEUR. Syphilis héréditaire tardive, *Th. de Lyon*, 1879.

BALZER. *Revue de stomatologie*, 1897.

BARASCH. Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique, *Th. de Paris*, 1895.

BARTHÉLEMY. Hérédo-syphilis et glandes endocrines, *Ann. des mal. vénér.*, 1919.

BAX. Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis, *Th. de Paris*, 1908.

BEESON. Stigmatia of late hereditary syphilis, *Med. Rev. of New-York*, 1919.

CAPDEPONT. Etude critique sur l'érosion dentaire, *Revue de stomatologie*, 1906; — Erosions dentaires, *Revue de stomatologie*, 1913.

CASTANIÉ. De l'érosion ou altérations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance, *Th. de Paris*, 1874.

CASTEX. *Syphilis héréditaire tardive.*

CHOMPRET. Dents d'Hutchinson, *Revue de stomatologie*, 1899.

COMBY. *Maladie de l'enfance. Rachitisme.*

DARIER. Stigmates de la syphilis héréditaire, *Congrès de la Soc. franç. d'ophtalm.*, 1903.

DESCAMPS. De l'atrophie dentaire hérédo-syphilitique chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1882.

DIDAY. Théorie de la syphilis héréditaire, *Ann. de dermat.*, 1887.

DUJARDIN. La syphilis ignorée, *Arch. méd. belges*, 1919.

FARGIN-FAYOLLE. La dysplasie de Capdepont, *Paris méd.*, 1919.

FÉRÉ. *La Famille névropathique.*

Ferrier. Atrophie coronaire par traumatisme, *Revue de stomatologie*, 1911.

Fildermann et Coutaing. *Erosions dentaires.*

Fortin. Valeur diagnostique des malformations dentaires, *Th. de Paris*, 1896.

Fournier (A.). *La Syphilis héréditaire tardive*, 1886.

Fournier (Ed.). Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, *Th. de Paris*, 1897 ; — *Syphilis héréditaire de seconde génération. Recherche et diagnostic de la syphilis héréditaire.*

Frey. *Monographie de la dent de six ans*, 1896.

Frey et Ruppe. *Pathologie des dents et de la bouche*, Paris, Baillière.

Galippe. Hérédité des anomalies des maxillaires, *Revue de stomatologie*, 1902 ; — De l'érosion dentaire considérée comme stigmate de dégénérescence, *Revue de stomatologie*, 1907.

Galliot. Deux cas d'hérédo-syphilis à longue échéance, *Paris méd.*, 1919.

Gastou, Gosselin et Chompret. Dystrophies dentaires hérédo-syphilitiques, *Ann. de dermat.*, 1896.

Gaucher. Ecartement des incisives médianes supérieures, *Ann. des mal. vénér.*, 1913 et 1914.

Gougerot. Difficulté de diagnostic des syphilis retardées, *Paris méd.*, 1916.

Guibaud. *Revue de stomatologie*, 1908.

Guilly. *Revue de stomatologie*, 1920.

Hutchinson. *Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*, traduit par le docteur Henriet.

Hutinel et Stévenin. Syphilis héréditaire et dystrophies, *Arch. de méd. des enf.*, 1920.

Jeanselme. Du tubercule de Carabelli chez l'homme aux périodes paléolithique et néolithique dans l'antiquité et au moyen âge, *Bull. de la Soc. d'anthropologie*, Paris 1917.

Lefebvre (H.). Le tubercule de Carabelli, *Th. de Paris*, 1920.

Leplat. Syphilis dentaire, *Th. de Paris*, 1890.

Magitot. *Traité des anomalies du système dentaire.*

Maire. Contribution à l'étude de l'érosion dentaire, *Th. de Paris*, 1897.

Marfan. *Rachitisme*, Paris, Baillière.

Morel-Lavallée. Déformations professionnelles des incisives médianes, *Ann. de dermat.*, 1887.

Mozer (G.). Contribution à l'étude clinique des dystrophies dentaires dans l'hérédo-syphilis, *Th. de Paris*, 1920.

Nageotte. Le rôle tératogénique des tentatives d'avortements, *Presse méd.*, 1917.

Parrot. *Syphilis héréditaire et rachitisme.*

Petit. Erosions dentaires et tuberculose, *Revue de stomatologie*, 1899.

Petrini-Galatz. Manifestations de la syphilis héréditaire, *Ann. des mal. vénér.*, 1916.

Rattier. Contribution à l'étude de l'érosion, *Th. de Paris*, 1879.

Rodier. *Revue de stomatologie*, 1909.

Roy. Erosions dentaires, *Odontologie*, 1918.

Sabouraud. Sur un signe dentaire de l'hérédo-syphilis, *Presse méd.*, 1917.

Solier (Me). Dentition chez les idiots et les arriérés, *Th. de Paris*, 1887.

Stein (de Béthune). Stigmates dentaires hérédo-syphilitiques, *Ann. des mal. vénér.*, 1918.

Stoll. *Ann. des mal. vénér.*, 1914.

Terrien. *Syphilis de l'œil et de ses annexes.*

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés
o gramme 25 et à o gramme 50 de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr. LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

GYNOCRINOL
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.929

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

THEUVENY. Les dents chez le fœtus et le nouveau-né syphilitiques, *Odontologie*, 1907.
VAQUEZ. Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose, *Ann. de dermat.*, 1887.
VEVES. *Malformations et lésions dentaires chez les rachitiques.*
WALSH. Hutchinson's teeth, *Lancet*, London 1919.
WELANDER. Des anomalies dentaires dans la syphilis acquise, *Revue de stomatologie*, 1895.
ZSIGMONDY. Hypoplasie de l'émail, *Revue de stomatologie*, 1907.
ZINSSER. *Syphilis de la bouche et affections analogues.*
MERVILLE. *Th. de Paris*, 1924.
MOZER (M. et G.). Sur la valeur comparative des différentes dystrophies dentaires comme signes de certitude de la syphilis héréditaire, *Journ. de méd. de Paris*, 22 avril 1922.
CAVALLARO. Nouvelles observations sur la dentition chez les syphilitiques héréditaires, *Odontologie*, 15 déc. 1909.
DA GRANDA. Les tubercules surnuméraires des molaires, *Presse méd.*, 20 août 1927.
SABOURAUD. Pelade et tératologie dentaires, *Presse méd.*, 23 août 1917.
MOZER et CHENET. Les stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis. La valeur de la cinquième cuspide, *Presse méd.*, 20 sept. 1917.
PFLÜGER. Une malformation de la première molaire en bouton, *Presse méd.*, 16 juillet 1929.
DARIER. Importance diagnostique des dents hérédo-spécifiques, *Concours méd.*, 1922, n° 17.
FERNET. Le tubercule de Carabelli dans ses rapports avec la syphilis héréditaire, *Odontologie*, juin 1928.
CEDERCREUTZ. *Münch. med. Woch.*, 1925, n° 46.
CANGE et ANTOINE. Triade d'Hutchinson et troubles endocriniens, *Gaz. des hôpit.*, 19 et 26 sept. 1928.
FREY. Rachitisme. Maxillaires et dents, *Revue de stomatologie*, fév. 1925, p. 189.
DE GENNES. *Th. de Paris*, 1924.
LESTOCQUOY. *Th. de Paris*, 1924.
PATON. *Journ. of experim. physiol.*, 1917, p. 203.
Mathieu-Pierre WEIL et GUILLAUMIN. *Revue de pathologie comparée*, 5 et 20 juillet 1923.
ERDTEIM. *Zeit. f. Path.*, 1911, p. 238.
FLEISCHMANN. *Congrès dentaire intern.*, Berlin 1909.
CHATELIER. Essais sur le thyroïdisme et la carie dentaire, *Th. de Paris*, 1928, Paris, Debeauve.
HARVIER. Recherches sur la tétanie et les parathyroïdes, *Th. de Paris*, 1909.
ROBERT-FLEURY. La mylolyse, *Th. de Paris*, 1929, Paris, Marcel Vigné.
WOLF. L'action biologique de l'ion calcium, *Th. de Strasbourg*, 1923; Paris, Arnette.
MOURIQUAND, LEULIER, BERNHEIM et SCHOEN. Recherches sur les fixateurs du calcium, *Presse méd.*, 18 fév. 1928.
Julien BAUER. Métabolisme du calcium et sécrétions internes, *Wiener med. Woch.*, 26 août 1922.
CUNAULT. Sur le rôle du Ca à l'état normal et pathologique, *Th. de Paris*, 1926, Paris, A. Legrand.
SERONO. Le problème de la fixation du Ca dans l'organisme, *Presse méd.*, 9 nov. 1927.
REGMUNT-SOBIESZCZANSKI (de Varsovie). Recherches sur le tubercule de Carabelli, *Médecine scolaire*, mai 1929.

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies typhoïdes. Etudes clinique, pathologique et thérapeutique (1), par Ch. ACHARD, professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Institut.

La conception de la fièvre typhoïde, lorsqu'elle s'introduisit en pathologie, reposait sur l'étude des lésions : c'était une conception urinaire, succédant à la pluralité clinique que l'observation des seuls symptômes avait pendant longtemps laissée régner dans l'esprit des médecins. Mais, de nos jours, l'étude microbiologique a suscité une conception nouvelle en révélant une pluralité microbienne qui fait de la fièvre typhoïde non plus une infection unique, mais un groupe de maladies typhoïdes semblables par leurs symptômes et leurs lésions, mais produites par des germes différents : d'où des réactions différentes pour les reconnaître et des moyens spécifiques différents pour les traiter et les prévenir.

Le professeur Achard qui a fait sur ces divers sujets des travaux importants, notamment sur les fièvres paratyphoïdes, réunit dans cet ouvrage la substance de ses recherches et de ses observations cliniques. On y trouvera à la fois des notions générales sur le processus de ces maladies typhoïdes et des faits particuliers concernant les désordres qu'elles provoquent.

Questions cliniques d'actualité (2). Leçons professées à la Charité. Service du professeur SERGENT.

Chacune des leçons qui composent cet ouvrage a été faite à l'hôpital par un clinicien connu sur un sujet qui lui est familier et à propos duquel sa compétence s'est déjà affirmée.

Chacune de ces leçons fournit une documentation très nouvelle sur des sujets d'actualité.

Cet ouvrage est le premier d'une série de volumes identiques qui paraîtront successivement. L. G.

Table de l'ouvrage. — Diagnostic de la paralysie infantile (L. Babonneix).
La bronchite chronique syphilitique (R. Benda).
Relations entre la rate et la respiration. La rate collaboratrice du poumon (Léon Binet).
A propos du diagnostic de myocardie (Francis Bordet).
Le diabète rénal (Mariano P. Castex).
Les complications pleurales des pneumopathies aiguës simples à pneumocoque (A. Courcoux).
La part de la chirurgie dans la thérapeutique des syndromes basedowiens (Pierre Descomps).
Le virus filtrant tuberculeux (Henri Durand).
Les septicémies à staphylocoques (A. Lemierre).
La toux cardiaque et la forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque (Camille Lian).
Les ascites cirrhotiques curables (René Mignot).
La linite gastrique (Pierre Oury).
Accidents extrapleuraux d'origine pleurale survenus brusquement au cours du pneumothorax thérapeutique (Pierre Pruvost).
Les formes des infections broncho-pulmonaires du nouveau-né et du nourrisson (L. Ribadeau-Dumas).
Le traitement du diabète sucré (P. Rousseau).
L'indépendance cinématique des lobes pulmonaires (E. Sergent).
Le problème de la pluralité des virus syphilitiques (Clément Simon).
Le sarcome à cellules fusiformes de la poule (A.-R. Turpin).
L. G.

(1) Un vol. de 306 pages avec 78 figures. — Prix : 36 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. de 254 pages avec 8 planches hors texte. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX quelle qu'en soit l'origine.



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
de toutes les Affections aiguës ou chroniques
des Voies Respiratoires
Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes

BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

MUTHANOL
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd de STRASBOURG PARIS (10)



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1929, par le docteur R. Weitz, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien des Dispensaires de l'Assistance publique. Préface de M. le professeur Paul Carnot. 34e édition. Un volume in-16 de 444 pages. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants* : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Dialyl

Diathèse Urique — *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour
Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



N° 75. — MERCREDI 18 SEPT. 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 18 SEPT. 1929. — N° 75.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Bentami Belkacem ould Hamida (d'Alger).

GUERRE. — Service de santé. (Armée active.) — Mutations :

Médecin colonel. — M. Guignot, de l'hôpital militaire Villemin à Paris, est désigné comme médecin chef dudit hôpital.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Morisson, chirurgien des hôpitaux militaires de l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours, médecin chef (service).

Médecins commandants. — MM. Bertaux, du 163e d'artillerie à Metz, est affecté au 18e génie à Nancy (service); Chaineaux, de l'Ecole militaire d'infanterie et des chars de combat de Saint-Maixent, est affecté au 163e d'artillerie à Metz (service); Petit, du gouvernement militaire de Paris, pour ordre, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, est affecté à l'Ecole supérieure de guerre, Paris.

Médecins capitaines. — MM. Zimmermann, du 134e d'infanterie à Chalon-sur-Saône, est affecté à l'Ecole d'application de l'artillerie à Fontainebleau (service); Tarayre, du 19e corps d'armée, est affecté au bataillon de la Légion étrangère au Tonkin (ratification); Julienne, des troupes du Maroc, est affecté au 19e corps d'armée (service); Le Carbont, du 129e d'infanterie au Havre, est affecté à l'école militaire préparatoire de Rambouillet (service); Chavialle, du 3e d'aviation à Châteauroux, est affecté à l'école militaire d'infanterie et des chars de combat, Saint-Maixent (service); Lieux, du 34e d'aviation au Bourget, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, médecin adjoint (service); Robin, assistant des hôpitaux militaires du 19e corps d'armée, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, médecin adjoint (service); Bizien, du 28e tirailleurs tunisiens à Bonifacio, est affecté aux troupes du Levant (volontaire, service); Friess, assistant des hôpitaux militaires du 19e corps d'armée, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, médecin adjoint (service); Lombard, du 8e d'art. à Toul, est affecté aux troupes du Maroc (service).

— Liste de classement de sortie, par ordre de mérite, de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales des médecins et pharmaciens lieutenants, élèves en 1929 :

Médecins. — 1. Rivoalen, Raboisson, Vernier, Maze, Odru, Montalieu, Cavalade, Beaudiment, Lotte, Moustardier,

11. Léger, Brouste, Duron, Broch, Beautes, Chabrelle, Hostier, Berny, Bernard, Crenn,

21. Perramond, Castets, Remion, Orly, Dias Cavaroni, Ceccaldi, Escudier, Gauzy, Camenen, Meyer,

31. Charot, Conjard, Leitner, Boulnois, David, Russaouen, Rabaud, Raymond, Morelet, Bernard Lapommeray

Pharmaciens. — 1. Trenous, Woltz, Dantec, Deniel, Le Querec, Feissolle, Coader.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de dermatologie,* du 7 octobre au 2 novembre 1929, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de MM. Hudelo, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis; Milian, Lortat-Jacob et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Sézary, professeur agrégé,

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

médecin de l'hôpital Saint-Louis; Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Vallery-Radot-Pasteur, agrégé, médecin des hôpitaux; Joyeux, agrégé de parasitologie; Touraine, médecin de l'hôpital Broca; P. Chevallier, médecin des hôpitaux; Burnier, ancien chef de Clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Barthélemy, chef de clinique à la Faculté; Meyer et Périn, chefs de clinique; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté; MM. Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Fernet, médecin adjoint de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 7 octobre au samedi 2 novembre 1929, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 10 et 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 4 au 30 novembre 1929 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 2 au 21 décembre 1929.

Le droit à verser est de 300 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

Hôpital Laennec.— Service d'oto-rhino-laryngologie. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 21 octobre 1929, une série de huit leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 h.; en outre, les 21 et 22 octobre, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laënnec.

CONGRÈS

VIe Congrès des pédiatres de langue française. — L'Association française de pédiatrie se réunit à Paris en 1929 sous le nom de VIe Congrès des pédiatres de langue française. Le Congrès, tenu sous la présidence de M. H. Barbier, médecin honoraire des hôpitaux, s'ouvrira le 30 septembre et se continuera les 1er et 2 octobre. Les questions mises à l'ordre du jour sont :

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

1° *Les œdèmes des nourrissons.* — Rapporteur : M. Cathala, médecin des hôpitaux de Paris.

2° *De la mort rapide ou imprévue des nourrissons en particulier au cours des interventions chirurgicales.* — Rapporteurs : professeurs Nobécourt et Ombrédanne (de Paris).

3° *Les ictères des nouveau-nés.* — Rapporteur : M. Rocaz, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Peuvent prendre part au Congrès, comme membres titulaires, sans formalités : 1° les membres titulaires et correspondants français ou étrangers de la Société de pédiatrie; 2° les médecins français ou étrangers membres d'une Société de pédiatrie régulièrement constituée et présentés par le bureau de leur Société.

Les médecins français ou étrangers autres que les précédents peuvent prendre part au Congrès comme membres participants, mais ils devront en faire la demande écrite au bureau de l'Association et être présentés par trois membres titulaires du Congrès, français ou étrangers (art. 8 des statuts). Leur admission est soumise au vote à la séance administrative qui précède le Congrès.

Les membres titulaires ou correspondants de la Société de pédiatrie qui versent au trésorier de celle-ci une cotisation annuelle à l'Association, n'ont rien d'autre à payer.

Pour les autres membres du Congrès, congressistes titulaires ou participants, la cotisation est de 60 fr. (français). Elle est de 30 fr. pour les membres adhérents. Celle-ci ne donne pas droit aux comptes rendus du Congrès.

Les membres du Congrès sont priés de s'inscrire dès maintenant auprès du secrétaire général en envoyant leur nom et leur adresse très lisiblement. Ils recevront ultérieurement, en temps utile, leur carte de congressiste, les rapports imprimés et tous autres renseignements, lieu de convocation, invitations, etc.

Secrétaire général : M. L. Ribadeau-Dumas, médecin de l'hôpital de la Salpêtrière, 61, rue de Ponthieu, Paris.

Le VIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, qui se tiendra à Bruxelles du 3 au 5 octobre sous la présidence du docteur Auguste Weymeersch, s'annonce comme un succès considérable. Dès à présent plus de 200 adhésions sont parvenues au comité organisateur. Les questions suivantes feront l'objet de rapports pour la discussion desquels de nombreux orateurs se sont déjà inscrits :

1° *Des rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital chez la femme.*

2° *La myomectomie au cours et en dehors de la grossesse.*

3° *Indications et techniques de la stérilisation chez la femme.*

En outre, plus de quarante communications individuelles sont déjà annoncées. Une représentation de gala aura lieu le samedi soir au Théâtre royal de la Monnaie où sera donné *Sapho*. Leurs Altesses Royales le duc et la duchesse de Brabant ont fait connaître au comité organisateur qu'ils honoreraient de leur auguste présence cette représentation.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Max Cheval, 16, rue Alphonse Hottat.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULÉ

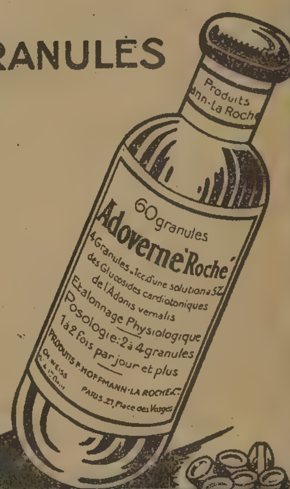
ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée

GOUTTES



GRANULÉS



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus,
du Phosphate Tricalcique
Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

- **AMPOULES** — Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
- **COMPRIMÉS** — 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
- **GRANULÉ** — 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
(Pommade à base de PROPIDON)
(Formule du Prof. Pierre DELBET)

INDICATIONS :

FURONCULOSE, BRULURES, ESCHARES
PLAIES EN SURFACE
ENGELURES, ULCÈRES VARIQUEUX
ANTHRAX, ETC.

Les Établissements POULENC FRÈRES
86 et 92, Rue Vieille-du-Temple. PARIS
R. du C., Paris 5.386.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL
JÉCOL
COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE
FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

Les ANTIGÉNINES
ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.
BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.
Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

A PROPOS
DE
L'APPENDICECTOMIE SANS ENFOUISSEMENT

Par M. J.-L. FAURE,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

Il faut donc revenir encore sur cette éternelle question! Et parce que la *Gazette* a donné dans un de ses derniers numéros l'analyse d'une thèse qui la remet en cause (1), il faut bien montrer à ses lecteurs qui pourraient être ébranlés par son argumentation, tout ce qu'elle a d'artificiel, et redire encore une fois, serait-ce la centième! qu'il vaut mieux, lorsqu'on peut le faire, enfouir un moignon appendiculaire que le laisser libre et découvert dans le ventre!

Bessieux nous apporte la statistique de son maître Massabuau. 250 appendicectomies avec ligature au catgut, section et aseptisation de l'appendice au thermocautère et sans enfouissement, avec guérison sans incidents.

C'est fort bien et c'est fort beau. Mais cela prouve-t-il qu'il vaut mieux ne pas enfouir. Je lui servirai, s'il y tient, des statistiques aussi considérables, et même davantage, avec enfouissement, et également sans incidents.

Cela prouve tout simplement que ces opérations ont été soignées, et que le non enfouissement ne présente pas les grands dangers que certains peuvent lui prêter. Cela ne prouve pas du tout qu'il soit préférable. Et ce ne sont pas en tout cas les arguments qu'on donne en sa faveur qui suffiront à me convaincre.

Quels sont en effet, ces arguments, d'après l'analyse à laquelle je me reporte.

Les objections faites au non enfouissement, dit-il, ne sont pas fondées.

1° *Les fistules stercorales observées dépendent bien plutôt des manœuvres intempestives (lavements précoces).* — C'est possible, mais qu'en sait-on? Il n'y a pas de fistules stercorales après l'appendicectomie à froid, car dans l'appendicectomie à chaud la question ne se pose pas. On fait ce qu'on peut, et c'est précisément dans ces appendices épaissis, sur ces cæcums cartonnés, où tout enfouissement est à peu près impossible que se voient les fistules stercorales. La fistule, lorsqu'elle existe n'est pas due au non enfouissement, pas plus qu'à l'enfouissement, si on l'a fait. Elle est due aux conditions anatomiques particulières, à l'inflammation et à l'infection de la paroi.

2° *Les adhérences développées ont été constatées aussi souvent après enfouissement.* — Qu'en sait-on? Qui donc a fait une statistique semblable? Qui donc a été voir et comparer les adhérences avec ou sans enfouissement? Personnellement j'ai fait beaucoup d'appendicites. Je ne me suis pas amusé à aller les rouvrir pour voir s'il y avait ou non des adhérences et faire la comparaison. Et je voudrais bien savoir qui donc en sait plus long que nous tous sur ce point!

3° *Les suppurations profondes dépendent en réalité de fautes d'asepsie et de technique.* — Oui, sans aucun doute, mais la première faute d'asepsie est précisément de laisser dans la cavité péritonéale un moignon que rien ne recouvre, que rien ne protège, et qui peut demeurer septique.

Car c'est là le grand argument en faveur de l'enfouissement. Et c'est même le seul. Mais il est bon et vaut tous les autres. Massabuau n'a pas eu d'accidents dans ses 250 cas, sans doute parce qu'il prend la précaution de sectionner son appendice au thermo et de cautériser le moignon avec grand soin. C'est ce qu'il faut faire, et c'est parce qu'un moignon aseptisé est peu dangereux que les accidents sont rares. C'est d'ailleurs pour les mêmes raisons que, après enfouissement, il n'y a pas davantage de suppuration dans une cavité close — qui peut se présenter avec un moignon coupé aux ciseaux ou simplement écrasé — et resté septique. Mais encore une fois, si le moignon est resté septique, mieux vaut qu'il soit protégé, et s'il est aseptique il ne fera pas plus de suppuration en cavité close que de suppuration diffuse en plein péritoine. Car c'est là qu'est le grand danger. Il peut y avoir, après appendicectomie à froid sans enfouissement, des accidents d'infection péritonéale graves, et même très graves. Je le sais. J'en ai vu. Et qui donc pourra dire que quand il y a un moignon appendiculaire libre dans le ventre, moignon dans lequel, après tout, la muqueuse intestinale, simplement étranglée par un catgut, qu'une bonne thermocautérisation peut désinfecter — mais qu'elle ne désinfecte pas à coup sûr — qu'une simple section aux ciseaux ou qu'un simple écrasement ne désinfecte pas du tout — qui pourra dire que, si une infection grave se développe dans le péritoine, c'est à une faute d'asepsie qu'elle est due? La première faute contre l'asepsie, je le répète, c'est le non-enfouissement! S'il y en a d'autres, elles sont valables et funestes aussi bien dans les cas où il n'y a pas d'enfouissement que dans ceux où on prend la peine de le faire!

Et voyons maintenant les arguments contre l'enfouissement :

1° *Opération plus longue et partant plus shockante.* — Quel est cet argument? Il faut une minute pour enfouir un moignon à froid!

2° *Réalisation parfois difficile sur une paroi cæcale enflammée.* — C'est vrai. Mais c'est précisément dans ces cas, et dans ceux-là seulement, qui sont d'ailleurs souvent des cas à chaud, et qu'on doit drainer, c'est dans ces cas qu'il peut être préférable de ne pas enfouir. Ici nous sommes d'accord.

3° *Perforation possible par l'aiguille du cæcum aminci.* — Possible oui. Mais cela dépend de l'aiguille, ou de l'opérateur. Avec une bonne aiguille, une aiguille fine, comme le petit modèle de l'aiguille à

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 72, p. 1286 : Contribution à l'étude de l'appendicectomie : 250 appendicectomies consécutives sans enfouissement du moignon, par Charles Bessieux *(Th. de Montpellier)*.

pédale à grande courbure que j'emploie toujours, il faudrait vouloir perforer la paroi, doublée, ne l'oublions pas, de sa muqueuse, pour arriver à le faire. C'est un accident que je n'ai jamais vu et qui, à mes yeux, ne compte pas. Et ce reproche est bien moins important, en tout cas, que celui qu'on pourrait faire au non enfouissement de voir tomber la ligature! Ce sont là de petits arguments, presque misérables, et qui, dans cette grande question, ne comptent pas, je le répète.

4° *Phlébites et embolies possibles.* — Je voudrais bien savoir, par exemple, sur quoi on peut s'appuyer, s'il y a, après enfouissement, une phlébite ou une embolie, ce qui, malheureusement, peut arriver, pour dire qu'elle est due à l'enfouissement et non aux autres conditions de l'opération. Tant qu'on ne me l'aura pas fait comprendre je tiendrai cet argument pour parfaitement nul.

5° *Enfin, danger de la mise en cavité close d'un moignon septique!* — Ici, je répondrai ce que j'ai dit plus haut : Si le moignon est septique, il est encore plus dangereux de l'abandonner en plein ventre.

Qu'on en finisse donc, une bonne fois, avec ces discussions incessantes et ces retours sur des questions périmées. Et qu'en faut-il conclure, en dernière analyse? Que le non enfouissement du moignon est, en somme, moins dangereux qu'on pourrait le croire et qu'on a coutume de le dire, et que, par conséquent, si dans une appendicectomie, l'enfouissement, *qui est la conduite idéale*, paraît trop difficile, ou dangereux, ou même impossible, comme il peut arriver dans certains cas où la paroi cæcale est indurée et friable, ou aussi quand le moignon, par suite de certaines dispositions anatomiques, est presque inaccessible. Eh bien, alors, qu'on y renonce.

Voilà la conclusion qu'il faut tirer, et que je tire pour mon usage personnel de ces interminables discussions que je vois se renouveler depuis trente-cinq ans!

LA RÉACTION ABDOMINALE
DANS LES CONTUSIONS DU REIN

Par M. Henry REYNAUD,
Interne de la Maison départementale de la Seine.

La difficulté du diagnostic entre une lésion traumatique rénale et une lésion de même cause d'un organe abdominal est une notion bien connue, car on observe très souvent chez des blessés atteints de contusion rénale importante des phénomènes abdominaux qui pourraient faire croire à une lésion viscérale.

Si ces symptômes sont dus au choc ils apparaissent immédiatement et s'amendent en quelques heures. Le diagnostic est alors aisé, surtout en présence d'une hématurie. Si, au contraire, ils persistent, ils sont dus en bonne part au volume considérable de l'hématome qui comprime l'intestin (Lardennois), et cet hématome est le plus souvent facile à reconnaître.

Mais il est des cas où non seulement il n'y a ni hématurie, ni hématome, mais où rien n'attire particulièrement l'attention du malade et du chirurgien du côté du rein.

Le diagnostic est alors très difficile lorsque apparaissent des symptômes abdominaux. Le but de cet article est de rapporter deux cas où sont survenus, chez des malades atteints de contusion rénale, légère chez l'un, passée inaperçue chez l'autre, des phénomènes abdominaux assez inquiétants pour justifier une laparotomie exploratrice.

Dans les cas que nous allons citer il ne pouvait être question non plus d'une réaction péritonéale par contusion abdominale simple car les symptômes sont apparus progressivement et après un intervalle de quelques heures alors qu'ils existent immédiatement dans les cas de contusion. De plus, la contracture dans ces cas est différente pour qu'on l'examine à fond, de celle provoquée par une lésion viscérale, c'est plutôt une défense de la paroi elle-même qui est très douloureuse et qu'avec de la douceur et de la patience on arrive à vaincre, au lieu que la barrière musculaire est infranchissable et moins sensible dans une péritonite.

On conçoit donc l'intérêt qu'il y a à connaître le syndrome abdominal dont nous allons parler puisqu'il peut se présenter chez des blessés porteurs d'une légère contusion rénale que rien ne décèle, ni hématurie, ni hématome, et alors qu'il n'existe pas de phénomène de choc.

Observation I. — P... (André), vingt-huit ans.

Le malade est amené dans le service à 7 h. 1/2 après avoir été renversé par une automobile dont le pare-boue avant l'a frappé au flanc gauche.

Il présente à ce moment des signes de contusion thoracique, portion latérale et inférieure gauche sans fractures de côtes. Pas de signes de contusion lombaire. Ni point douloureux ni tuméfaction. Pas de signes de contusion abdominale. Paroi très souple et indolore. Pas de phénomènes de choc.

Pouls bien frappé à 80.

Facies normal.

Température : 37°5.

Le malade, revu deux heures après, présente une contracture très nette, dure, de toute la moitié gauche de l'abdomen, contracture surtout accentuée à l'hypocondre, mais pas d'empâtement ni d'hématome. De plus, le pouls est un peu accéléré, 90, mais bien frappé.

La température est normale, 37 degrés, mais le facies est pâle, tiré, inquiet. Le malade a des nausées.

Malgré l'absence de signes complets de perforation, en présence du facies altéré, des nausées et surtout de la contracture très nette et progressivement croissante, on songe à la possibilité d'une lésion d'un viscère creux.

On pratique une laparotomie exploratrice qui permet de constater l'intégrité de l'intestin.

Le soir même, dix heures après l'accident, le malade fait une petite hématurie qui se répète les douze jours suivants.

Le malade guérit sans complications et sort le quinzième jour.

Voici donc un cas où la lésion rénale, sans doute minime, était complètement passée inaperçue et avait provoqué sans hématome une réaction péritonéale qui a complètement égaré le diagnostic.

Obs. II. — P... (Louis), vingt-huit ans.

Le malade entre dans le service après avoir été projeté

à terre, sur le côté droit, par une voiture automobile.

Il présente à ce moment un léger endolorissement de la région lombaire droite.

Ventre souple et indolore.

Pas de phénomènes de choc.

Pouls bien frappé à 80.

Température normale, facies normal.

Une heure et demie après son entrée, le malade fait une hématurie de faible importance.

Examiné à ce moment, il présente toujours une légère douleur à la pression de sa paroi lombaire, mais on ne perçoit pas d'hématome.

Le malade est revu d'heure en heure, et hors de proportion avec les phénomènes rénaux on voit s'installer une contracture de plus en plus nette et dure de toute la moitié droite de l'abdomen. Son rein est toujours légèrement sensible, mais on ne perçoit pas d'hématome, même peu important.

Le facies est inquiet.

Le pouls bien frappé, un peu accéléré, 90.

La netteté de la contracture et son augmentation progressive, l'apparition du hoquet, font craindre une lésion abdominale car les lésions rénales : douleur peu vive, petite hématurie, absence d'hématome, apparaissent insuffisantes à expliquer le tableau clinique que viennent encore compléter les vomissements.

On pratique une laparotomie exploratrice latérale gauche qui montre l'intégrité de l'intestin, l'absence d'hématome périrénal.

L'hématurie se reproduit le lendemain et les quatre jours suivants.

Le malade sort guéri le quatorzième jour.

Dans ce cas l'attention a été attirée dès le début vers le rein et le diagnostic assuré par l'hématurie. Malgré la notion de cette lésion rénale les phénomènes abdominaux ont été tels que le diagnostic a été égaré une fois de plus.

En effet la lésion rénale paraissait minime.

« L'hématurie avertit de la lésion rénale, l'hématome en mesure le degré » (Lardennois). Ici s'il y a eu hématurie, l'hématome n'existait pas, on ne pouvait donc expliquer par là les phénomènes péritonéaux observés et le traumatisme ayant été violent il pouvait exister une lésion abdominale associée.

Les blessés ne pouvant fournir la plupart du temps que des renseignements imprécis sur le mécanisme et l'importance de leur traumatisme, il est légitime même en présence d'une lésion rénale minime, diagnostiquée, de craindre une lésion d'un viscère creux.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de publier les observations de ces deux blessés qui ont présentés des signes à peu près superposables.

Ces signes péritonéaux suspects d'apparition précoce (trois heures et cinq heures après l'accident) sont bien différenciés des phénomènes de choc qui apparaissent, immédiatement et s'amendent progressivement par une thérapeutique appropriée (qui a été employée dans nos deux cas). (Sérum, adrénaline, etc.).

Ils diffèrent aussi des signes d'hémorragie interne car le pouls reste bon et on observe peu de tendance au collapsus.

Or, ce sont ces deux causes, choc et hémorragie qui expliquent seules les phénomènes abdominaux dans la contusion rénale.

Il est donc intéressant de savoir que des contusions rénales légères passées inaperçues, sans choc, sans hématurie, sans hématome, peuvent donner naissance à un syndrome abdominal qui se caractérise par :

1° Une contracture apparaissant deux-trois heures après l'accident, contracture progressivement croissante en étendue et en netteté et assez nettement limitée à la moitié de l'abdomen correspondant au rein blessé.

2° Par des nausées du hoquet, des vomissements.

3° Par des modifications du facies tiré et inquiet.

Le pouls légèrement accéléré reste bon.

La température est normale.

Dans ces conditions et pour les raisons que nous avons exposées la confusion avec une lésion abdominale est facilement faite.

Les signes négatifs qui permettraient de faire le diagnostic seraient :

1° L'absence de douleur abdominale immédiate, vive et localisée;

2° L'absence partielle de signes de collapsius le pouls restant bon;

3° L'absence de disparition de la matité hépatique.

Signe positif. — L'apparition d'une hématurie même peu abondante. Chez tout contusionné présentant les phénomènes abdominaux que nous venons de décrire, d'apparition précoce mais nettement séparé par un intervalle libre du moment de l'accident on s'appliquera à déceler une lésion rénale du côté ou apparaît la contracture.

Si on arrive à la mettre en évidence, si une hématurie vient la confirmer on pourra légitimement différer une intervention qu'on aurait pu croire urgente, ce délai permettant alors d'assister à la disparition de tout symptôme alarmant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 AOUT 1929)

Action des succédanés de la cocaïne sur les troncs nerveux. Comparaison de leur activité sur les fibres sensitives à leur activité sur les fibres motrices. — M. J. Régnier.

(SÉANCE DU 21 AOUT 1929)

Sur quelques propriétés physico-chimiques de la globine naturelle. — M. Jean Roche.

(SÉANCE DU 26 AOUT 1929)

Sur les effets pathogènes exercés chez l'homme et chez l'animal par l'exotoxine neurotrope du « Bacillus coli ». — M. H. Vincent. « Dans un certain nombre de recherches antérieures, j'ai étudié la toxine sécrétée par le *Bacillus*

coli (1). J'ai démontré que celle-ci n'est pas *une*, mais qu'elle comprend :

1° Une *endotoxine* thermostabile, *entérotrope* et *hépatotrope*, agissant énergiquement sur l'épithélium et les glandes de l'intestin, le foie et la vésicule biliaire ;

2° Une *exotoxine neurotrope*, thermolabile, indépendante de l'endotoxine, ayant une affinité très particulière pour le système nerveux. Les deux toxines sont constantes, et il est possible de dissocier par l'expérimentation leurs effets respectifs.

L'exotoxine neurotrope joue, ainsi qu'on va le montrer, un rôle important et mal connu en pathologie humaine. Ses effets morbides se rapprochent beaucoup de ceux qu'elle détermine chez l'animal. Certaines races de bacille la produisent plus abondamment. On la constate, dans les cultures, déjà après dix-huit à vingt heures. Le filtrat des cultures, introduit dans la veine du lapin à la dose de 1cm³5 à 2 centimètres cubes, peut le tuer en deux à dix-huit heures. L'animal présente, parfois après trente minutes, une stupeur marquée; il reste couché sur le flanc, inerte, insensible à la piqûre; le réflexe conjonctival est affaibli. La mort survient dans le coma.

Si la dose injectée est plus faible, ou si la toxine provient d'une souche moins active, la mort est plus tardive; elle se produit deux à huit jours après, mais souvent un, deux et même trois mois plus tard. Elle est toujours précédée d'une phase de paralysie progressive et ascendante avec paralysie des centres sphinctériens, puis des centres respiratoires, et amyotrophie aiguë parfois énorme.

Ces symptômes sont dus histologiquement à une dégénérescence considérable des cellules sensitives et motrices de la moelle et du bulbe, sur lesquelles s'est fixée la toxine microbienne (2).

Les lapins inoculés ont présenté parfois des symptômes nerveux plus anormaux : hémiparésie ou monoparésie initiales, contraction en opisthotonos des muscles de la nuque, ou déviation latérale de la tête, par paralysie de certains groupes musculaires et contraction tonique des muscles antagonistes sains. Un fort lapin (2kg800) a présenté le phénomène de *rétropulsion* : abandonné à lui-même, effrayé ou actionné par la piqûre, il réagissait uniquement par un recul prolongé suivi de dyspnée d'effort.

Très sensible à l'exotoxine neurotrope, l'homme paraît moins souvent affecté que l'animal dans son système neuromoteur, mais davantage dans son appareil sensitif et son psychisme. Cependant les troubles moteurs ne sont pas exceptionnels. C'est ainsi que la *paralysie* colibacillaire a été signalée par Gilbert et Lion chez les urinaires infectés. J'ai observé un exemple semblable de paralysie lente chez un malade atteint six ans auparavant de septicémie de gravité moyenne, due au *B. coli* et vérifiée par le laboratoire. Fait intéressant, le bacille isolé de l'urine de ce malade produisait une neurotoxine extrêmement active (3).

La paralysie des sphincters n'est pas exceptionnelle chez les enfants atteints de la même infection; je l'ai constatée chez les accouchées atteintes de pyélonéphrite suppurée à *Bacillus coli*.

D'autres phénomènes morbides plus accentués, mais aussi plus rares, peuvent encore être signalés au cours de la pyélonéphrite suppurée à *Bacillus coli* : parésie des quatre membres, diminution ou perte de la mémoire et de l'intelligence, facies hagard, ou bien état subcomateux avec délire calme, inconscience absolue, incontinence des matières fécales et de l'urine, etc. (H. Vincent. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1928, n° 6, t. XL.)

Une enfant de trois ans et demi, atteinte de septicémie avec pyélonéphrite colibacillaire, présenta des tremblements convulsifs des lèvres et de la face, du nystagmus et des secousses cloniques des membres supérieurs, etc.

On est conduit à rattacher ces symptômes nerveux si graves à l'intoxication par l'exotoxine neurotrope du colibacille, non seulement parce qu'ils sont apparus à l'occasion d'une pyélonéphrite ou d'une septicémie à *Bacillus coli*, mais encore et surtout parce que le *sérum anticolibacillaire a amené, dans les cas précédents, leur guérison rapide, parfois presque immédiate*. Le résultat donné par la médication spécifique témoigne, en conséquence, que cet ensemble parfois complexe de troubles sensitifs, psychiques et moteurs, peut être sous la dépendance de l'intoxication du système nerveux par la neurotoxine colibacillaire.

Il existe, en pathologie humaine, d'autres phénomènes nerveux morbides, moins sévères mais assurément plus fréquents que les précédents, et qui peuvent, dans certains cas, être commandés par la même cause toxique. On les observe, soit au cours de la *colibacillose urinaire* chronique, soit même dans l'*entérite muco-membraneuse*. Ils sont souvent associés à des désordres digestifs (1), à des troubles hépatiques, à l'infection biliaire, etc. : dépression nerveuse, diminution de la mémoire, perte de l'activité physique et intellectuelle, céphalée fréquente, irritabilité, tristesse, hypochondrie. Certains états psychopathiques plus caractérisés avec idées délirantes, peuvent également, chez des colibacilluriques, être sous la dépendance de l'action toxique exercée par le *Bacillus coli*.

La preuve en a été apportée, de la même manière, par la guérison rapide de ces symptômes complexes sous l'influence des injections de sérum anticolibacillaire. Cette méthode de traitement a fait disparaître dans un nombre élevé de cas du premier groupe, et chez un malade psychopathe appartenant au deuxième groupe. en même temps que la colibacillurie, les troubles nerveux ainsi que les désordres intestinaux qui les accompagnaient. »

(Séance du 2 septembre 1929)

Les spirochètes marocains des Ornithodores des terriers et le spirochète de Mansouria ne sont pas doués de récurrence pour l'homme. Ils constituent une espèce distincte du spirochète espagnol, Sp. hispanicum S. de Buen 1926. — M. P. Delanoë.

RÉUNION OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MONTPELLIER

(Séance du 26 juin 1929)

La radiographie peut-elle servir à diagnostiquer l'âge de la grossesse? — M. Brémond (de Béziers). Présentation d'un cliché concernant une femme paraissant à l'examen enceinte de sept mois environ. Or, les points d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia sont visibles sur le cliché. La constatation de points d'ossification aussi développés fit porter le diagnostic de

(1) H. Vincent. Sur la pluralité des toxines du « Bacillus coli », etc., *Comptes rendus*, 1925, n° 180, p. 1624; 1928, n° 187, p. 787; — *Cours du Collège de France*, 1926-1927.

(2) H. Vincent. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1922, n° 87, p. 642.

(3) On observe souvent, chez l'homme, des paralysies ascendantes (syndrome de Landry) dont l'étiologie est obscure, et dont certaines formes rappellent singulièrement celle que présentent les animaux ayant reçu une injection de toxine neurotrope ou de culture. L'intoxication colibacillaire est probablement à l'origine de certains de ces cas.

(1) L'entérocolite chronique et rebelle et surtout les crises diarrhéiques profuses, avec entéralgie pénible, sont probablement dues ici à l'influence simultanée de l'endotoxine sécrétée par le colibacille.

grossesse à terme qui fut confirmé quelques jours plus tard à la naissance d'un enfant débile, mais présentant les caractères de la maturité.

Accouchements provoqués avant terme pour rétrécissement pelvien. — M. Léon VALLOIS donne une relation résumée mais aussi fidèle que possible des faits qu'il a observés à la clinique obstétricale de Montpellier, du 1er novembre 1921 au 1er novembre 1926, ses observations sont au nombre de 82. 43 cas se rapportent à des femmes ayant déjà un passé obstétrical; si on retranche une opération césarienne et 7 provocations avant terme ayant donné 8 enfants vivants, on trouve dans les antécédents obstétricaux de ces femmes, 58 accouchements antérieurs ayant donné 32 enfants morts et 26 enfants vivants, ces chiffres prouvent qu'une intervention ultérieure était justifiée. L'auteur classe successivement ses observations suivant le degré et le rétrécissement d'après la date de l'interruption, d'après les procédés de provocation employés, d'après les modes de terminaison de l'accouchement. Il indique quels ont été les résultats pour les mères et pour les enfants.

Dans 76 cas, les femmes ont eu une puerpéralité normale, 6 femmes ont présenté certaines particularités, mais toutes les 6 ont quitté le service complètement guéries.

Quant aux enfants, 71 ont quitté le service en parfaite santé. 9 sont nés morts ou ont succombé peu après leur naissance : un enfant né après application de forceps au détroit supérieur a succombé le quatorzième jour. Un autre dont l'expulsion aurait été spontanée, et qui se développait bien, a succombé un mois après sa naissance à des accidents de broncho-pneumonie.

M. Vallois rapproche ces résultats de ceux qu'il a obtenus dans le même service par l'opération césarienne.

Sur 53 femmes opérées, 51 sortirent guéries. 2 femmes ont succombé, la première à la suite d'infection péritonéale; la seconde, six mois après l'opération et après avoir présenté une série d'accidents. Quant aux enfants, ils étaient tous vivants et bien portants, à l'exception d'un seul qui, né en état d'apné n'a pas pu être ranimé.

Ces deux statistiques ne peuvent pas s'opposer l'une à l'autre, les deux modes d'intervention n'ayant pas été pratiqués dans des conditions identiques.

Pour l'auteur, il est des cas où les conditions étant favorables, pour un accouchement prématuré, l'accoucheur préférera recourir à cette dernière intervention qui, d'autre part, a le grand avantage de pouvoir être répétée pour ainsi dire sans limite.

A propos d'un cas de l'évacuation de l'utérus sous rachi, pratiqué au septième mois d'une grossesse gémellaire, compliquée d'hydramnios et d'éclampsisme à forme sévère. — M. BRÉMOND (de Béziers) note : 1° la difficulté de la dilatation qui peut tenir à l'âge de la grossesse et aux modifications du tissu cervical, sous l'effet de la toxémie; 2° l'absence de toute complication et, en particulier, d'hémorragie, malgré la toxémie et la distension de l'utérus.

A propos du procédé de Delmas dans le placenta prævia. — MM. GUÉRIN, VALMALLE et VERDEUIL ont eu recours au procédé d'évacuation extemporanée de l'utérus dans 6 cas de placenta prævia. Les résultats constamment heureux pour la mère et pour l'enfant qu'ils ont obtenus les amènent à conclure. Dans les hémorragies par placenta prævia avec col non dilaté, si, après rupture large des membranes, l'hémorragie ne cesse pas, il y a lieu aussitôt de faire l'évacuation rapide de l'utérus sous rachi-anesthésie à la Delmas, sans attendre que la femme se soit saignée davantage.

Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. — M. TEDENAT. Etude d'où on peut conclure avec l'auteur. Mais au total, grave, très grave est le pronostic des embryomes kystiques de l'ovaire ayant subi la dégénérescence maligne. L'opération est grave, et la récidive ordinairement prochaine.

L'auteur a déjà 2 cas avec récidive rétardée six ans et trois ans.

Kyste dermoïde, pyométrie et phlegmon du ligament large. — M. GODLEWSKI (d'Avignon) apporte une observation de malade qui, au cours d'une pyométrie avec annexite et phlegmon du ligament large traités et améliorés par le traitement médical et la vaccinothérapie a dû intervenir pour ses accidents péritonéaux violents, déterminés par un kyste dermoïde ayant subi un accroissement et une infection subites.

Hystérectomie suivie de suites favorables, tout d'abord, mais, au huitième jour, hémiplégie et mort par thrombophlébite.

Rétention placentaire ancienne, seuil de la dégénérescence. — M. DEVEZE (de Perpignan). La malade qui fait l'objet de cette communication présentait des hémorragies à répétition qu'on attribuait à un utérus fibromateux. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un noyau induré, gros comme noix, constitué par des débris placentaires, à cellules hypertrophiées et atteintes de dégénérescences fibriroïdes. Il n'y a pas encore de cellules atypiques, à bourgeonnement anormal, mais nous sommes à la limite de la dégénérescence maligne.

L'hystérotomie était seule de mise, un curetage eût risqué de provoquer des métastases rapide,

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE ET, EN PARTICULIER, DES CAS RÉSISTANTS, PAR LE BELLADÉNAL

[Travail de l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle] (1).

Par L. MARCHAND, médecin en chef des Asiles de la Seine.

Pour M. L. Marchand, le traitement de choix de l'épilepsie est le gardénal. Il agit dans 60 p. 100 des cas, mais il reste 40 p. 100 des épileptiques résistant à cette thérapeutique comme d'ailleurs à toutes les autres, et l'auteur, en associant au gardénal la bellafoline, sous le nom de belladénal, obtient des résultats sédatifs puissants aussi bien sur la crise que sur les équivalents, vertiges, absences, etc. Ce sédatif s'utilise par comprimés dosés à raison de cinq centigrammes de phényl-éthyl-malonylurée et un quart de milligramme d'alcaloïdes totaux de la belladone.

L'auteur insiste sur la posologie. Il faut donner des doses fortes, c'est-à-dire, 4 à 6 comprimés par jour. Ce traitement mixte, en plus de son action sédative anti-épileptique, a l'avantage de diminuer les inconvénients du barbiturique et de faciliter la tolérance de la belladone.

Une remarque importante de l'auteur est celle-ci : « la bellafoline ne contient pas d'atropine, aicaloïde inexistant dans la belladone et qui se forme par racémisation au cours de l'extraction, mais elle contient l'hyosciamine-lévogyre, principe actif principal de la belladone. Or, l'atropine n'a aucune action sur les crises épileptiques tandis que l'hyosciamine-lévogyre a sur elles un effet sédatif particulièrement puissant ».

Pour le docteur L. Marchand, le belladénal est le médicament de choix de l'épilepsie résistant aux thérapeutiques habituelles.

C'est la conclusion des nombreuses observations d'épilepsie recueillies par l'auteur et dans lesquelles ce médica-

(1) *Les Sciences médicales*, numéro du 15 décembre 1928.

ment amena une sédation rapide et prolongée alors que toutes les autres thérapeutiques étaient restées inactives.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 102. BARSOUM. — Hélouan-les-Bains (Egypte). Station climatique et station thermale.

77. BARTHÉLEMY. — Contribution à l'étude clinique et au traitement de la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse.

62. BAYLE. — Beethoven vu par les médecins.

61. BEAUDIMENT. — Contribution à l'étude de la maladie osseuse de Paget.

47. BEAUTES. — Considérations sur le pemphigus infectieux aigu chez l'adulte.

36. BERCHON (Mme), née LE DENMAT. — Etude sur les fonctions biligéniques et protéolytiques du foie chez le nouveau-né.

21. BERNARD. — De la préservation contre la tuberculose dans les stations climatiques françaises.

72. BERNARD-LAPOMMERAY. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des anévrismes fessiers.

20. BERNY. — Le chancre mou du col utérin.

12. BOULNOIS. — Contribution à l'étude expérimentale et critique de la fatigue par la méthode ergographique.

65. BROCH. — Les embolies artérielles bismuthiques.

54. BROUSTE. — Contribution à l'étude des ulcères de l'intestin.

84. CAILLIBAUD. — Les paraplégies aiguës épidémiques.

38. CAMENEN. — Contribution à l'étude de la cyto-stéatonécrose du tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

82. CAPELLE (Mlle). — Puerpéralité et psychoses.

39. CARLES. — Contribution à l'étude de la disjonction pelvienne d'origine traumatique.

64. CASTETS. — Les suites de l'encéphalomyélite épidémique vis-à-vis des pensions militaires.

63. CAVALADE. — Tuberculose et voyages.

46. CECCALDI. — Du double souffle intermittent crural de Duroziez.

97. CHABRILLAT. — La naissance de la vision chez une aveugle-née opérée avec succès.

19. CHAPERT. — Contribution à l'étude du traitement des déchirures obstétricales du périnée.

29. CHAROT. — Contribution à l'étude des fistules vésicorectales consécutives à la prostatectomie transvésicale.

34. CONJARD. — Thermométrie sous-mammaire et sécrétion lactée.

15. COSSET. — La fatigue d'attitude dans les fractures des membres inférieurs.

32. CRENN. — Recherches sur la détermination postmortem de l'âge des fœtus et des enfants nouveau-nés.

89. CUEILHE. — Des interventions sur le sympathique pelvien, en particulier sur le « nerf présacré » dans les douleurs pelviennes en gynécologie.

4. DAVID (François). — Coexistence du kyste de l'ovaire et du pyosalpinx.

70. DAVID (Joseph). — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie.

59. DAYDÉ. — Les hernies tubaires et leurs complications.

49. DAYDREIN. — Contribution à l'étude expérimentale des accidents consécutifs au pneumothorax « épilepsie pleurale ».

14. DELIGNÉ. — Les dispensaires de la Compagnie des Chemins de fer du Midi. Leur utilité médicale et sociale.

40. DELMAS. — Contribution à l'étude du pied plat valgus congénital.

24. DIAS CAVARONI. — Contribution à l'étude de la teinture d'ail et du benzoate de benzyle comme médicaments hypotenseurs.

99. DOT. — Contribution à l'étude de l'emploi de bromure de magnésium dans la préparation des interventions chirurgicales en gynécologie.

83. DOTTAIN. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie préopératoire.

79. DUBOIS. — Contribution à l'étude du trou ischio-pubien et des formations fibreuses qui l'obturent.

81. DUPUY. — Du charlatanisme médical et de sa répression.

43. DURAN. — Contribution à l'étude du cancer primitif de la trompe de Fallope.

5. DURON. — Contribution à l'étude de la cholécystite tuberculeuse.

101. DUVAL. — La résection du condyle dans les ankyloses osseuses de la mâchoire.

75. DUVEY. — Contribution à l'étude du traitement rœntgenthérapique des cancers du larynx.

52. ESCUDIER-DONNADIEU. — Structure, classification et histophysiologie des artères de l'homme.

87. FAUCHER. — Contribution à l'étude des abcès encéphaliques d'origine optique ou sinusienne.

76. FERRON. — Contribution à l'étude du tétanos du nouveau-né.

92. FIOT (Mlle). — Etude de la résistance globulaire chez le nouveau-né. (Contribution à l'étude de la pathologie de l'ictère simple du nouveau-né.)

7. FISCHER. — Les dysmorphies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques.

27. FLORISSON. — Contribution à l'étude des sarcomes musculaires et de leur traitement chirurgical.

78. FOURESTEY. — Contribution à l'étude du cancer de la vésicule biliaire.

45. GAÜZY. — Stendhal malade.

31. GENAUD. — Statique et dynamique de l'eau dans l'organisme à l'état physiologique et à l'état pathologique.

42. GÉNIAUX. — L'hydropisie de la voie biliaire principale ou « bile blanche ».

23. GRABEY. — Sur les hémiplégies diphtériques d'origine centrale.

98. GRIZAUD. — Contribution à l'étude des hydrosalpinx et de leurs rapports avec les fibromes utérins.

37. GUICHENÉ. — Les sténoses chroniques incomplètes du duodénum.

93. GUILITCH. — Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs par les injections sclérosantes.

58. GUYADER. — Contribution à l'étude de la splénectomie. Quelques observations de chirurgie splénique.

57. HOSTIER. — Les injections intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine dans les septicémies chirurgicales.

73. LABBÉ. — Contribution à l'étude du traitement de l'appendicite aiguë.

17. LANORE. — Contribution à l'étude du blépharochalasis.

55. LANTHEAUME. — Contribution à l'étude des fractures du crâne chez les enfants.

2. LAUBIE. — Etudes cliniques sur l'amyosthénie diffuse des convalescents.

1. LECOULANT. — Le chancre mou. Réactions biologiques générales. Vaccination, intradermo-réaction.

10. LÉGER. — Contribution à l'étude du traitement de l'intoxication oxycarbonique par les injections sous-cutanées d'oxygène.

68. LEITNER. — La syphilis est-elle une cause de cancer?

28. LEMBREZ. — Contribution à l'étude du spondylolisthésis.

74. MAGENDIE. — Contribution à l'étude de l'infection sanguine dans les états de stase aiguë de l'intestin.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223; Strasbourg, n° 71, p. 1271; Alger, n° 72, p. 1286; Lille, n° 73, p. 1302.

88. MAILHE. — Etude critique des causes et des traitements actuels de la stérilité chez la femme.

53. MANDILLON. — De l'infarctus intestinal par oblitération des vaisseaux mésentériques avec syndrome d'étranglement herniaire.

90. MAREILLE. — L'engagement de la tête fœtale chez les primipares. A quelle époque de la grossesse se produit-il?

18. MAZÉ. — Etude médico-légale du contenu de l'estomac de l'enfant nouveau-né.

30. MEYER. — La vitesse de sédimentation et la réaction de Vernes en tuberculose pulmonaire.

22. MONGINET. — Contribution à l'étude de l'état des globules blancs dans la fièvre typhoïde.

51. MONTALIEU. — Sur la détermination oscillométrique de l'élasticité artérielle en clinique.

50. MORELET. — De l'influence de la tuberculose sur le caractère, la mentalité et dans l'œuvre de quelques tuberculeux célèbres.

9. MORIN. — Des procédés de péritonisation après hystérectomie. Procédé en « double bourse » du professeur Guyot.

11. MOUSTARDIER. — L'euthanasie des médecins.

66. ORLY. — Recherches expérimentales sur la transfusion des globules rouges hétérogènes après les hémorragies graves.

6. PARLANGE. — Les séquelles oculaires des gaz de combat.

33. PARNEIX. — De l'influence des repositions chirurgicales de l'utérus sur la grossesse et l'accouchement.

44. PERRAMOND. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique du cancer du col de l'utérus.

91. PEYROUX. — Les indications et les contre-indications des rayons ultraviolets dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

16. RABOISSON. — Hépatisme. Erreurs de diététique et préjugé de la viande blanche.

80. RAFFIN. — Contribution à l'étude des lipomes du cou.

56. RAYMOND. — Le cancer chez l'enfant et l'adolescent.

94. REBILLÉ. — Contribution à l'étude du tabes aveugle.

69. RÉMION. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie par la curiethérapie.

8. ROCHE. — Considérations sur la symptomatologie et le traitement des ulcères duodénaux perforés en péritoine libre.

41. ROMEZ-CUILLIEZ. — Contribution à l'étude de la torsion des pédicules dans les fibromes de l'ovaire.

103. ROUSSEL. — Abcès du poumon et pleurésie interlobaire.

13. RUSSAOUEN. — De l'action des bains sur la tension artérielle et le pouls chez le sujet normal.

96. SARRABZEOLLES. — Etude des voies lacrymales normales et pathologiques par la radiographie.

35. SEMPÉ. — La cure d'exercice envisagée comme procédé de traitement des maladies.

48. SEYNAT. — La tuberculose chez les étudiants en médecine.

86. SICAULT. — Les apophysites des os longs des membres.

100. TAILLARD. — Contribution à l'étude de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

60. TROMEUR. — Contribution à l'étude du cancer primitif de l'urètre chez la femme et de son traitement.

25. VERGEZ. — Radiothérapie et curiethérapie des épithéliomas cutanés spinocellulaires.

67. VERNIER. — Contribution à l'étude des hyperplasies gingivales diffuses.

71. VERRÉ. — Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale par le sulfarsénol.

85. VERSMÉE. — L'état anatomique et physiologique des organes génitaux chez la femme atteinte d'exstrophie de la vessie.

26. VIGOUROUX. — Appendicite et grossesse.

3. VITTE. — Contribution à l'étude de la cholestérolémie dans la tuberculose pulmonaire.

95. WANGERMEZ. — Contribution à l'étude de la dosimétrie biologique des rayons X.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 196. BELTRAN. — Contribution à l'étude de la réflectivité vestibulaire après la ligature des artères vertébrales.

193. CANEPA. — Contribution à l'étude des thrombo-phlébites dites spontanées ou par effort.

195. CHEN. — Contribution à l'étude du syndrome de Raynaud. Son traitement.

194. MEJIA. — Contribution à l'étude du traitement du furoncle et de l'anthrax des lèvres.

197. NAOUMOVITCH. — De l'association de la paralysie générale et de la folie maniaco-dépressive.

191. TANITCH. — Contribution à l'étude de la tarsoplastie par transplant osseux (opération d'Albee).

190. WERNER. — Contribution à l'étude des fractures sus-condyliennes du fémur et leur traitement par la pince de Patel.

188. YOUSSEF. — La lutte contre l'ankylostomose en Egypte.

192. ZOLEZZI. — Contribution à l'étude du traitement des gangrènes d'origine artérielle.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

LIVRES NOUVEAUX

Travaux pratiques de parasitologie (1), par E. BRUMPT, professeur de parasitologie à la Faculté de médecine de Paris et NEVEU-LEMAIRE, professeur agrégé, chef des travaux de parasitologie à la Faculté de Paris.

L'importance de la parasitologie s'accroît chaque jour en médecine : il suffit pour s'en rendre compte de signaler les ravages causés par les diverses spirochétoses telles que la syphilis, le pian, les fièvres récurrentes, par la dysenterie amibienne, le paludisme, la maladie du sommeil, par diverses helminthiases notamment par l'ankylostomose si répandue dans toutes les régions tropicales du globe. Il convient de mentionner aussi les maladies véhiculées par des arthropodes hématophages comme le typhus exanthématique, la fièvre jaune, la dengue, la peste; les affections mycosiques; enfin, les très nombreuses maladies bactériennes, les bactéries n'étant autre chose que des parasites végétaux.

L'enseignement pratique de la bactériologie prend chaque jour plus d'importance et ce petit livre se présente comme le complément des *Traités et Précis de parasitologie* existants.

On y trouvera au début des notions élémentaires sur les parasites en général et leur rôle pathogène. Puis, suivant un plan conforme à l'ordre suivi dans les travaux pratiques de la

(1) Un volume de 302 pages avec 202 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Faculté de Paris, deux chapitres consacrés à un ou plusieurs groupes de parasites — les plus utiles à connaître, tant par leur fréquence que par leur pathogénéité.

Comme il s'agit avant tout d'un guide pratique, les auteurs indiquent la manière de recueillir les parasites dans la nature ou dans l'organisme humain ainsi que les procédés employés pour leur examen.

Dans un appendice sont résumées les notions nouvelles relatives aux animaux, hôtes intermédiaires ou réservoirs de virus.

L. G.

Images hippocratiques. Douze estampes (1), bois gravés par le docteur Honoré Broutelle, présentées par le docteur Paul Rabier.

Des images hippocratiques? des images relatives à la vie d'Hippocrate, allez-vous dire. Pas du tout. Des images de la vie de ses disciples de nos jours, de la vôtre, cher confrère, de celle que vous menez tous les jours. Feuilletez et voyez plutôt, prises sur le vif et commentées avec l'humour et la tournure d'esprit qui lui sont si personnels, par le docteur Paul Rabier, successivement, les scènes : de la *maudite sonnette de nuit,* du gain imprévu d'*aimables parasites*, de la *statufication du rebouteux célèbre*, du *piège des assurances sociales,* de l'*omni re scibili*... exigé du praticien, des *aventures du trimard médical,* avant l'auto, du *renouvellement du serment d'Hippocrate*, des *amabilités du jeune confrère*, concurrent, du *malade dissimulateur*, de la *consultation du docteur Tant pis, avec le docteur Tant mieux*; des *propos lâchés* à tout venant. Au total douze scènes quotidiennes, traduites avec d'autant plus de réalisme que le docteur Broutelle les vécut avant que de les graver. Douze scènes gaies et tristes, comme la vie, et dont la vue amènera sur la bouche de nos confrères, selon, un sourire ou un pli de tristesse et qu'en tout cas ils conserveront comme on garde un souvenir de famille.

L. G.

(1) Deuxième fascicule, supplément de la Revue l'*Art médical.*

Syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux dans les affections chirurgicales du rein (1), par le docteur Ch. Clavel.

Dans ce travail important, l'auteur rapporte de nombreux cas dans lesquels des affections rénales entièrement latentes par ailleurs se sont révélées uniquement par des troubles abdominaux ou gastro-intestinaux, soit aigus, soit chroniques. Les chapitres les plus importants sont consacrés à l'occlusion intestinale symptomatique de la colique néphrétique, aux réactions abdominales survenant au cours des hydronéphroses, des infections rénales, des phlegmons périnéphrétiques et des hémorragies périrénales. La forme péritonéale de la contusion du rein et les accidents abdominaux consécutifs aux interventions rénales sont également envisagés.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à une étude pathogénique d'ensemble de ces divers accidents. Les relations nerveuses des reins et de l'appareil digestif sont tout spécialement étudiées, et l'auteur s'est efforcé d'en établir le substratum anatomique et les bases physiologiques. Des planches de dissection et des tracés illustrent ce travail.

L. G.

(1) Lyon, 1929. — Camugli, édit.

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR par voie hypodermique: UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVII°

IODONE ROBIN
Gouttes - Comprimés - Injectable
ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS

Iriradol
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE À ÉVOLUTION LENTE ET LÉSION LIMITÉE
ASSOCIATION D'IODE ORGANIQUE DE MENTHOL, DE CAMPHRE ET D'ÉLÉMENTS RADIO-ACTIFS.
LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd DE STRASBOURG PARIS
DOSE UNE AMPOULE DE 1cc OU 4 À 6 CAPSULES PAR JOUR PENDANT UN MOIS. FAIRE PLUSIEURS SÉRIES APRÈS DES PÉRIODES DE REPOS.

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

VALERIANE liquide de L. PACHAUT
Le plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R.C. Seine, 20.019

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134-569

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

De Valence et de Montélimar, des autocars P.-L.-M. conduisent à Vals-les-Bains. — La station thermale de Vals-les-Bains, en plein cœur du Vivarais, se modernise et se développe de plus en plus.

On peut s'y rendre par les trains de la ligne Le Teil-Vals, que les voyageurs en provenance des directions de Paris, Marseille et Sète peuvent prendre en empruntant le service d'autobus Montélimar-gare-Le Teil-gare.

On peut aussi emprunter, pour aller à Vals, les services P.-L.-M. d'autocars qui, jusqu'au 25 septembre, relient cette station dans les deux sens, d'une part à Valence par Privas, et, d'autre part, à Montélimar.

Ces services sont également en correspondance à Valence et à Montélimar avec les principaux trains de la grande ligne Paris-Marseille.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages (transport par chemin de fer de bout en bout) sont délivrés par les grandes gares P.-L.-M. pour Vals par Valenée ou par Montélimar; pour Privas par Valence.

Les touristes qui désirent visiter les jolies régions du Vivarais et du Velay ont à leur disposition, par ailleurs, deux circuits : l'un au départ de Vals, l'autre au départ du Puy. Ces deux circuits sont en correspondance au lac d'Issarlès.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES SEPTICEMINE CORTIAL 125, r. de Turenne — PARIS — R. C.. 157.143, Seine.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons ; PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

LABORATOIRES CARTERET

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16., Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent a été décernée à M. le médecin colonel Mahaut.

CENTRE RÉGIONAL ANTICANCÉREUX DE MARSEILLE. — M. le professeur Imbert, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur du centre régional anticancéreux de Marseille, en remplacement de M. le professeur Reynés, décédé.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXVIIIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 7 au 12 octobre 1929, sous la présidence de M. Louis Tixier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès :

Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. Rapporteurs : MM. Rocher (de Bordeaux) et Sorrel (de Paris).

Evolution et traitement des plaies des tendons de la main. Rapporteurs : MM. J.-Ch. Bloch (de Paris) et Paul Bonnet (de Lyon).

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : MM. Léon Bérard (de Lyon) et Georges Lardennois (de Paris).

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XIXe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 8 octobre 1929, sous la présidence de M. le docteur Aversenq (de Toulouse).

La question suivante est à l'ordre du jour :

Les vésiculites non tuberculeuses. Rapporteur : M. le docteur Minet (de Paris).

Pour tous renseignements concernant le Congrès s'adresser à M. le docteur O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE. — Le Congrès international de microbiologie, qui devait avoir lieu en octobre 1929, est remis, sur la demande des biologistes américains, au 20 juillet 1930.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un très vif regret la mort, à l'âge de 81 ans, du docteur Lafon (de Bourdeilles, Dordogne). Le docteur Lafon était un de nos plus anciens et fidèles abonnés; il lisait, en effet, la *Gazette des hôpitaux* depuis plus de 50 ans. Notre confrère, qui jouissait de l'estime et du respect de tous, occupait une situation très en vue dans sa région. Il était ancien maire de Bourdeilles, officier de l'Instruction publique, président de nombreuses sociétés. Nous prions ses deux fils, dont l'un est docteur en médecine, de bien vouloir agréer l'expression de notre bien profonde sympathie.

— On annonce la mort du docteur Jean Laugier (de la Londe des Maures, Var); du professeur Oscar Mercier, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montréal (Canada); du professeur Bardakh, ancien collaborateur de Metchnikoff, décédé à Odessa; du professeur D. O. Ott (de Leningrade); du docteur Justin Weil (de Paris).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 24e décade (21-31 août 1929), 1.194 décès totaux, dont 978 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 730 pendant la décade précédente et de 897, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 216 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 978 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 25 au lieu de 17 pendant la décade précédente (moyenne 27).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; aucun cas n'a été signalé.

Vérification faite, aucun cas de variole ou varioloïde n'a été confirmé.

3 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 6 décès, comme pendant la dé-

VIN GIRARD
Iodo-tannique phosphaté
LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

cade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 399, au lieu de 45 pendant la décade précédente (moyenne 33).

La scarlatine a causé 1 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 45; il s'élevait à 37 pendant la décade précédente (moyenne 39).

La coqueluche a causé 8 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 6).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 37, au lieu de 34 pendant la décade précédente (moyenne 37).

La diarrhée infantile a causé 76 décès de 0 à 2 ans, au lieu de 39 pendant la décade précédente (moyenne 57).

En outre, 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 83 décès, au lieu de 77 pendant la décade précédente, et au lieu de 90, moyenne décadaire correspondante.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (121, boulevard du Port-Royal). (Professeur : A. COUVELAIRE). — *Stage et cours de perfectionnement*, du 1er au 31 octobre, sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, Ravina, accoucheurs des hôpitaux; Powilewicz et Lacomme, anciens chefs de clinique; M. Séguy et Mlle Bach, chefs de clinique.

A. *Stage clinique et conférences.* — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement); l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

B. *Cours d'opérations obstétricales*, par M. PORTES, accoucheur des hôpitaux, du 7 au 31 octobre.

Ce cours aura lieu tous les après-midi, à 15 heures. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

Droit d'inscription pour chacun des cours A et B : 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, fera, du 3 au 12 octobre 1929, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet, chef de clinique à la Faculté; Delthil, chef de laboratoire à la Faculté, et Mlle Papaioannou, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.

Tous les matins : visite; examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Les élèves seront initiés individuellement aux examens de laboratoire, au tubage et à la trachéotomie; ils auront à verser un droit de laboratoire de 150 fr. et recevront un certificat à la fin du cours.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours de chirurgie oculaire.* — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, un cours de chirurgie oculaire sera fait à l'Hôtel-Dieu, par MM. le professeur Regaud; Velter, agrégé; M. Castéran, Favory, P. Veil, Renard et J. Blum, chefs de clinique et de laboratoire.

Le cours commencera le vendredi 4 octobre 1929, aura lieu tous les jours, matin et soir, et sera complet en douze leçons.

Les leçons seront faites à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu). Elles porteront sur les procédés opératoires les plus récents et sur les dernières acquisitions de la chirurgie oculaire. Elles seront complétées par une série de séances pratiques : exercices pratiques à l'Ecole de médecine, séances opératoires spéciales et démonstrations de diathermie à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, visite de l'Institut du radium précédée d'une leçon de M. le professeur Regaud, etc.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Le droit d'inscription est fixé à 300 fr.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, ou à l'A. D. R. M., salle Béclard.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — M. le professeur Pierre Sebileau, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Léon Dufourmentel, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront un cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face le mercredi 25 septembre, à 14 h., et le continuera tous les jours, à la même heure.

Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1.000 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — AGENCES P.-L.-M. A AJACCIO. — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. vient d'ouvrir une Agence à Ajaccio, dans le local de la Compagnie de Navigation Fraissinet, rue du Roi-Jérôme, à proximité du port.

Cette Agence délivre des billets directs (au départ d'Ajaccio pour les principales gares P.-L.-M.) comprenant le passage sur les paquebots de la Compagnie Fraissinet et le trajet en chemin de fer sur le continent.

Elle délivre également des billets de toutes catégories, au départ de Nice, Toulon ou Marseille, pour toutes destinations sur les grands réseaux français : billets simples, d'aller et retour, de familles nombreuses; billets combinés chemins de fer et autocar; billets des tarifs spéciaux, etc.

Elle assure la location des places en chemin de fer, au départ de Nice, Toulon ou Marseille.

Une autre Agence, ayant les mêmes attributions, sera incessamment installée dans le local des autocars P.-L.-M., 1, Cours Grandval à Ajaccio.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

BISMUTH TULASNE
PANSEMENT GASTRIQUE AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH
INNOCUITÉ ABSOLUE
LABORATOIRES BAUDRY, 68, Bd MALESHERBES, PARIS.

LABORATOIRES CLIN

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

(Métaux colloïdaux électriques à petits grains. — Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes ou dérivés métalliques).

ELECTRARGOL *(Argent)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Ampoules de 25 c.c. (2 par boîte).
Flacons de 50, 100 et 250 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (Tube de 30 grammes).

ELECTRAUROL *(Or).*
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL *(Platine)*
ELECTROPALLADIOL *(Pd)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL *(Rhodium)*
Ampoules de 5 c.c.
(Boîtes de 3 et de 6 ampoules).

Toutes maladies infectieuses sans spécificité pour l'agent pathogène

N. B. — L'Electrargol est *également employé dans le traitement local de nombreuses affections septiques* (Anthrax, Otites, Epididymites Abcès du Sein, Pleurésie, Cystites, etc...)

ELECTR=Hg *(Mercure)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
— Toutes formes de la Syphilis.

ELECTROCUPROL *(Cuivre)*
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
— Cancer, Tuberculose, Maladies infectieuses.

ÉLECTROSÉLÉNIUM *(Sélénium)*
Ampoules de 5 c.c. (3 par boîte).
— Traitement du cancer.

ELECTROMARTIOL *(Fer)*
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).

ARRHÉNOMARTIOL
(Fer colloïdal + Arsenic organique).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte) et Gouttes.
— Traitement du Syndrome anémique.

COLLOTHIOL *(Soufre)*
Ampoules de 2 c.c. (6 par boîte).
Elixir — Pommade.
— Toutes les indications de la Médication sulfurée.

IOGLYSOL *(Complexe iode-glycogène)*
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
— Cures iodée et iodurée.

ELECTROMANGANOL *(Manganèse)*
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
— Affections staphylococciques.

1395

COMAR & Cie — PARIS

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %) attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

CIBA

les plus assimilables
des médicaments phosphorés
sont :

LA PHYTINE

et ses dérivés :

LE PHYTINATE DE QUININE
LA FERROPHYTINE
LE FORTOSSAN

dont la vogue ne cesse de croître en raison de leurs résultats toujours satisfaisants.

Ces groupements organiques
éminemment aptes aux synthèses
DE L'ÊTRE VIVANT
justifient de plus en plus que ce n'est que
par leur découverte qu'a été résolu le
problème de la médication phosphorée
rationnelle.

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS :	GRANULÉ :	COMPRIMÉS :	POUDRE :
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Phytinate de quinine	Fortossan

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

257

LE XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE

Boston, 19-23 août 1929 (1).

Nous débarquons à New-York exactement six jours après notre départ du Havre et nous sommes reçus par le docteur Eugene Du Bois dont la *Gazette des hôpitaux* du 31 mars 1923

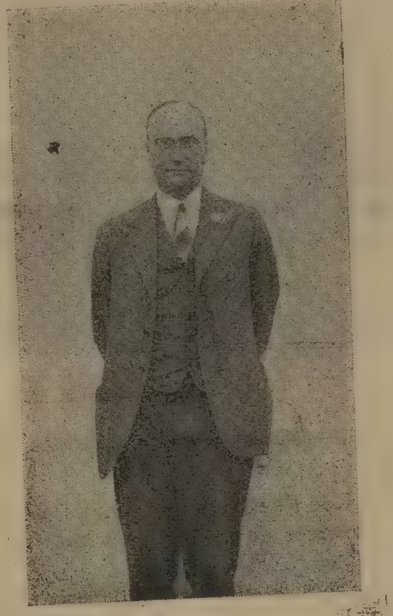


Photo J. M. Le Goff.

Fig. 1. — *Docteur* Du Bois.

a publié une des leçons inaugurales à la Faculté de médecine de l'Université Cornell. Après les formalités d'usage de la douane rendues agréables par l'intervention du bureau de Congrès, nous entrons dans la grande ville, les uns pour y séjourner quelques jours, les autres pour repartir et effectuer la visite de Philadelphie et Washington (D. C.) ou se reposer sur la plage mondaine de Rockaway.

New York est la ville la plus grande et la plus riche du monde, elle est formée des districts de Manhattan, The Bronx Brooklyn, Queens et Richmond. Manhattan, le plus ancien, constituait autrefois toute la ville et, en 1897, les autres lui ont été adjoints. Il forme une grande presqu'île dirigée du Sud au Nord et limitée par le fleuve l'Hudson et la rivière de l'Est. Les Hollandais formèrent le premier établissement permanent, établi à la pointe de la presqu'île; le gouverneur régulier Peter Minuit en fit l'acquisition en versant au chef des Indiens une somme équivalent à 25 dollars! La petite ville porta le nom de New Amsterdam jusqu'au jour où elle fut saisie par les Anglais qui lui donnèrent le nom actuel New York en l'honneur du duc d'York; sa population, en 1650, était de 1.000 habitants; au moment de la révolution, 20.000; en 1800, 60.000 et aujourd'hui 8 millions!

Je n'étais pas venu en Amérique depuis la guerre, aussi j'ai été vivement impressionné par les changements apportés depuis cette époque, et par ses embellissements que j'aurai le loisir d'admirer pendant les jours que je passerai à l'Université Columbia après le Congrès.

De New-York, on peut se rendre à Boston en aéroplane, en bateau, en autocar ou par la voie ferrée.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, nos 65, p. 1166, et 71, p. 1262.

Les membres du Congrès n'avaient donc que l'embarras du choix. Dès dimanche soir 18 août, ils étaient déjà dans la capitale du Massachusetts.

L'Amérique nous reçoit en grand seigneur. La fédération des quatre grandes sociétés américaines de biologie expérimentale (de physiologie, de pathologie, de pharmacologie et de biochimie) a pris à sa charge tous les frais de séjour des étrangers. Elle nous loge, nous nourrit, nous transporte sans que nous ayons rien à débourser. Chaque membre ayant reçu depuis longtemps l'adresse où il se devait se rendre à son arrivée.

On m'avait réservé deux belles chambres, avec salle de bain, et un bureau dans le Hall Mc Kinlock (1) à l'Université Harvard avec vue sur la rivière Charles. Je fus agréablement surpris de trouver dans mon appartement, outre le programme du Congrès et le résumé des communications, une magnifique édition de l'ouvrage si rare du docteur Beaumont : *Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion*, réimprimé à l'occasion du Congrès. C'est l'histoire de ce jeune canadien français qui reçut à bout portant une décharge de fusil qui enleva la paroi antérieure de l'estomac. Cet homme, de vitalité extraordinaire, survécut à sa blessure qui resta ouverte, se maria, eut 4 enfants et mourut à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

La séance d'ouverture du Congrès eut lieu le lundi soir, à huit heures, au théâtre Sanders. Des adresses de bienvenue furent faites :

1° Par le chirurgien général Hugh S. Cumming, représentant le gouvernement des Etats-Unis;

2° Par le lieutenant gouverneur William S. Youngman, au nom de l'Etat de Massachusetts;

3° Par le président, A. Laurence Lewell, au nom de l'Université Harvard;

4° Par le président du XIIIe Congrès international de physiologie, le professeur William H. Howell.

Enfin, le professeur August Krogh, de Copenhague, fit le discours d'usage sur « Les progrès de la physiologie ».

Une réception dans *Memorial Hall* suivit ce discours : des sandwichs, des pâtisseries aux parfums variés, du thé et du café glacés firent le régal des invités dont le nombre approchait 2.000, parmi lesquels 1.500 congressistes venus de toutes les parties du monde.

Le programme du Congrès, établi avec le plus grand soin par le docteur Edwin Cohn, professeur de chimie physiologique, et le docteur Redfield, professeur de physiologie à Harvard Medical School, comprenait l'audition de plus de 500 communications qu'il a fallu répartir en sept sections, les séances ayant lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 2 h. à 5 h. — les langues admises étant l'anglais, le français, l'allemand et l'italien — la lecture d'une communication limitée à dix minutes était suivie d'une discussion de cinq minutes. C'est dans les amphithéâtres de l'Ecole de médecine que les sections ont tenu leur séances. Un service d'autocars y amenait gratuitement les congressistes logés à l'Université distante de 5 kilomètres pour les y ramener pour les repas servis dans les réfectoires des étudiants.

Le bureau avait organisé une excursion en autocars le mardi après-midi 20 août à Lexington et Concord, villes célèbres par les premiers combats de la guerre de l'Indépendance, dans la première les américains appelés minutemen durent reculer jusqu'à Concord où ils se retranchèrent près d'un pont qui existe encore et où ils obligèrent les anglais à battre en retraite.

Dans les environs ont habité les célèbres littérateurs américains : Hawthorne, Emerson, Thoreau, Alcotts.

Boston possède encore la maison habitée par le grand

(1) C'est le nom d'un officier américain tué à la guerre en juillet 1918.

poète Longfellow, auteur d'*Evangéline*, tous ceux qui ont étudié l'anglais se rappellent sa poésie *The village Blacksmith* (Le forgeron du village).

Le 21 août un concert fut donné sur la pelouse de l'Ecole de médecine Harvard que l'on aperçoit sur le cliché, par le Boston symphony Orchestra, sous la direction du maître

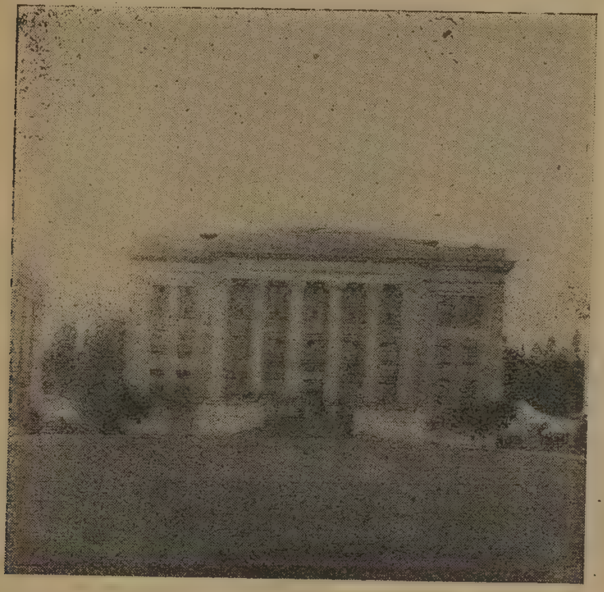


Photo J. M. Le Goff.

Fig. 2. — *Harward Medical School.*



Photo J. M. Le Goff.

Fig. 3. — *Maison d'habitation de Longfellow.*

Arthur Fiedler. En voici le programme, mélange de musique européenne et américaine :

Prélude to *The Mastersingers of Nuremberg.*	Wagner.
Rhapsodie España	Chabrier.
Poème symphonique *The pines of Rome*	Respighi.
Skyscrapers	John Alden Carpenter.
To a Water Lily	Ed. Mac Dowell.
Indian War Dance	Ch. Skilton.
Rapsodie en bleu	G. Gershwin.
Fantaisie sur les airs de Iolanthe	Sir Arthur Sullivan.
Valse : Le beau Danube bleu	Strauss.
Ouverture solennelle « 1812 »	Tchaïkowsky.

Le lendemain soir un dîner de 1.600 couverts fut offert aux Congressistes par la Fédération des Sociétés américaines de biologie expérimentale dans la salle du Memorial Hall, des discours furent prononcés dans les quatre langues officielles par MM. Cannon, Hill, Frank, Gley, Bottazzi. Voici le menu de ce gala :

Coupe de Cantalou, céleri, olives, noisettes salées.
Consommé rosa en gelée.
Poitrine de poulets strasbourgeoise.
Patates dauphine.
Maïs au paprika et à la crème.
Cœur de laitue à la française.
Mousse Nelusko.
Friandises.
Café.

Boissons :
Eau glacée. Cidre doux à la menthe et à l'estragon.

Enfin, à la séance de clôture du vendredi on désigna l'Italie comme pays où devra se tenir le prochain Congrès.

Le samedi matin des autocars transportèrent les Congressistes à la station maritime de Woods Hole où se trouve le laboratoire de biologie maritime. Outre la visite de la localité, des démonstrations expérimentales avaient été ménagées ainsi que de nombreuses excursions dans les environs. La journée se termina par un dîner « Clam-bake » servi sous une tente à la pointe de Penzance. Ce repas composé de poisson, mollusques, crustacés et de maïs en épis fut un régal pour tous.

A dix heures tout le monde s'embarqua pour rejoindre le steamer *Providence* qui conduisit quelques membres à New-Haven où se trouve l'Université Yale, et les autres à New-York. Ce voyage effectué par un beau temps et une mer calme permit d'admirer l'entrée de la grande ville par la rivière de l'Est sur laquelle sont jetés les ponts de Hell Gate, Queensboro, Williamsburg, Manhattan, et celui de Brooklyn qui date de 1879 et qui est comme le précédent un pont suspendu.

La seconde partie du programme s'est déroulée à New York, du 25 au 31 août, les congressistes et leur famille étant logés dans les pavillons d'habitation de l'Université Columbia situés 116e rue, et prenant leurs trois repas au club de la Faculté. Les menus ont été composés avec le plus grand soin.

Le bureau du Congrès siégeait en permanence de 8 à 21 heures chaque jour.

Lundi 26 août, à 10 heures, visite de la Faculté de médecine de l'Université Columbia, 167e rue, où les congressistes ont été amenés en autobus. Ce centre médical comprend un vaste hôpital de 23 étages auquel sont accolés les bâtiments de la Faculté. A la suite de cette visite, l'administration a offert un déjeuner aux membres du Congrès.

Mardi 27 août, 8 h. 30, des autobus ont conduit les congressistes à Cold Spring Harbor pour la visite du laboratoire Carnegie pour l'Evolution expérimentale, puis ils ont été invités par le docteur et Mme Graham Lusk à déjeuner dans leur belle propriété « The Briars ». Graham Lusk, auteur de l'ouvrage remarquable *The Elements of the Science of Nutrition*, a publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 7-9 février 1922 un article intitulé : « Principes fondamentaux concernant le métabolisme basal » qui a été l'initiateur de beaucoup de travaux faits depuis dans notre pays. De 2 à 3 heures, visite du musée d'art Louis C. Tiffany situé dans le voisinage, puis retour à New-York.

Mercredi 28 août, à 10 h. 30, visite de l'Institut Rockefeller, puis déjeuner offert par cet Institut. Tous les congres-

sistes ont admiré dans le hall de la bibliothèque le célèbre tableau de David représentant Lavoisier.



Photo J. M. Le Goff.

Fig. 4. — *Docteur* Graham Lusk.

Le jeudi et le vendredi ont été consacrés à la visite de la ville, de ses monuments et de ses musées. New York limité au district de Manhattan a la forme d'un rectangle dont la longueur égalerait 6 fois la largeur; il est orienté du Sud au Nord, limité à l'Est par la rivière de l'Est et à l'Ouest par l'Hudson, sauf dans la partie ancienne située au Sud et que l'on appelle le bas de la ville (down town), toutes les rues sont tracées à angle droit, celles parallèles à la longueur portent le nom d' « avenue », elles sont orientées du Sud au Nord, les rues parallèles à la largeur sont nommées « street ». La cinquième avenue sert de point de départ des numéros des maisons situées à l'Est ou à l'Ouest. Ainsi une adresse libellée 35 west 41 street doit se lire 41e rue et n° 35 à l'Ouest. Une diagonale Sud-Est-Nord-Ouest coupe toutes les rues, elle porte le nom de Broadway (chemin de traverse). Il est très facile de se reconnaître dans cette ville dont les rues portent des numéros.

Ce qui frappe le visiteur c'est l'aspect grandiose et imposant de grands immeubles (Buildings) que l'on désigne vulgairement sous le nom de skyscrapers. Si les Indiens revenaient ici ils croiraient que Manhattan est habité par des géants. Ce genre de construction tout en hauteur se comprend par le prix élevé du terrain et par la nature granitique du sol qui présente une solidité résistant à toute épreuve; l'un des plus beaux est le Woolworth Building qui comprend 55 étages dans lesquels travaillent 13.000 personnes, sa valeur est de 12 millions de dollars. Le nombre des immeubles bâtis depuis dix ans est incalculable, des quartiers entiers ont été transformés, et dans ce pays où le droit de propriété n'est pas restreint par des lois démagogiques on trouve à se loger très facilement. Le coût de la vie n'a pas d'ailleurs beaucoup changé depuis la guerre, les transports aériens ou souterrains sont toujours de 5 cents, le timbre-poste 2 cents, le cent correspondant à notre sou ancien.

Pour revenir à notre Congrès, on peut dire que son succès a dépassé toutes les prévisions. La Fédération des sociétés américaines de biologie expérimentale ayant pris à sa charge tous les frais de séjour pendant quinze jours de 700 membres étrangers a dû dépenser pour chacun d'eux plus de 100 dollars! Elle a droit à tous nos remerciements.

COMMUNICATIONS

20 AOUT (MATIN).

Section A.

Étude comparée de l'oxydation par l'oxygène des complexes de la cystéine avec les métaux du groupe du fer. — M. L. Michaelis (Baltimore).

Étude du glutathion, sa préparation en partant de la levure de boulangerie, ses propriétés chimiques, sa détermination quantitative dans les tissus. — MM. E. C. Kendall et H. L. Mason (Rochester).

La cystine dans les aliments, les tissus et l'urine. — M. M. K. Sullivan (Washington).

Oxydation de plusieurs constituants du corps par le charbon activé. — M. Otto Furth (Vienne).

Le sang dans l'intoxication cyanhydrique. — M. J. Pi-Sunnyer (Barcelone).

L'acide citrique dans les liquides de l'organisme animal. — M. Torsten Thunberg (Lund).

Sur la nature des protéases, — MM. I. A. Smorodinzew et A. N. Adova (Moscou).

Section B.

Sur l'activité fonctionnelle de la surrénale. — M. W. Cramer (Londres).

L'adrénaline et la fièvre. — M. Ulf von Euler (Stockholm) attribue à l'adrénaline un rôle important dans la fièvre, quelle qu'en soit la cause.

Insuffisance surrénale chez le lapin. — MM. Y. Sakate et T. Kojima (Sendai).

L'extraction d'un nouveau principe actif de la glande surrénale. — MM. Alfred E. Koehler et Lilian Eichelberger (Chicago).

La réserve alcaline après injection d'adrénaline. — MM. L. Vallagnosc, E. Herzfeld et Gautrelet (Paris) ont constaté une élévation très marquée (de 10 à 40 p. 100) de la réserve alcaline, une à trois minutes après l'injection mais de courte durée.

Étude quantitative de la surrénale chez l'homme. Est-il possible d'avoir un hyperfonctionnement de cette glande comparable à celui existant pour la thyroïde. — M. W. H. Schultz (Baltimore).

Fonctions des glandes surrénales. — MM. J. M. Rogoff et G. N. Stewart (Cleveland).

La pression sanguine dans les muscles du squelette sous l'influence de l'épinéphrine chez les chats non anesthésiés. — M. Charles Gruber (Saint-Louis).

Les facteurs cérébraux et médullaires dans l'insuffisance surrénale. — MM. Wyman, C. Leland (Boston).

Section C.

La production de chaleur dans les nerfs des crustacés. — M. A. V. Hill (Londres).

Effets électriques persistants, consécutifs à l'application d'un ou deux excitants. — MM. Amberson et R. William (Philadelphie).

Le métabolisme gazeux de nerf pendant et après l'anærobiose. — MM. Schmitt et O. Francis (Berlin).

La réponse du nerf à l'asphyxie et à l'acide carbonique. — M. R. W. Gérard (Chicago).

Section D.

Le métabolisme de l'estomac. — MM. R. K. S. Lim, S. M. Ling, W. C. Ma, T. G. Ni et T. C. Shen (Péking).

L'effet fatal de la disparition du suc gastrique. — MM. Dragstedt, R. Lester et James C. Ellis (Chicago).

Influence de l'anoxémie sur le plexus nerveux entérique. — M. P. Wolf (Bruxelles).

Influence de l'insuline sur les mouvements du tube gastro-intestinal. — MM. J. P. Quigley et A. J. Carlson (Chicago).

Etude de l'influence réflexe du côlon sur l'estomac. — MM. Fred. M. Smith et G. H. Miller (Iowa city).

Sur l'action mécanique d'une hormone pour la construction et l'évacuation de la vésicule biliaire. — MM. A. C. Ivy, Oldberg, Eric, H. C. Lueth et Grant Kloster (Chicago).

Section E.

L'hérédité des propriétés de l'individu dans le sang. — M. Leone Lattes (Modena).

Variation de l'acide carbonique de l'atmosphère au voisinage de la végétation. — M. P. Jaccard (Zurich). Les chiffres obtenus en forêt, montrent que les variations de CO^2, résultant de l'action concommitante de l'assimilation, de la respiration des organes verts et des processus biochimiques du sol présentent des variations diurnes, nocturnes ou saisonnières souvent assez brusques et parfois considérables.

Section F.

Les alcaloïdes du corydalis de Chine. — M. Tsan-Quo Chou (Pékin).

Sur l'action pharmacologique du pyrrol et de ses dérivés. — M. Rabbene (Pavie).

Etude comparative de la toxicité de la cystine, tyrosine et phénylalanine. — MM. Noel F. Shambaugh, Ed. J. D. Doty et Sturgis (Ann Arbor). La cystine détermine au plus haut degré des altérations du foie et du rein, la tyrosine produit des altérations des glomérules alors que la précédente agit sur les tubes, le phénylalanine est la moins toxique des trois.

L'inactivation de l'histamine. — MM. C. H. Best et Mc Henry (Toronto).

Comment le corps humain se comporte pendant de continuelles injections intraveineuses d'histamine. — MM. S. Weiss, L. B. Ellis et Robb (Boston).

Le cobalt en tant que vasodilatateur. — M. J. M. Le Goff (Paris). Tout récemment, de très petites quantités de cobalt ont été trouvées dans les tissus des animaux et même dans la plupart des solutions commerciales d'insuline. La rate et le pancréas chez l'homme sont les organes qui renferment la plus grande quantité de ce métal, soit 2mg64 dans le premier, 2 milligr. dans le second pour 1 kilo de substance sèche. L'auteur a voulu se rendre compte de l'effet physiologique de petites quantités sur l'homme. Les expérience sont porté d'abord sur des lapins et des chiens, puis sur 72 sujets humains. Avec le lapin, la prise quotidienne, pendant plusieurs mois, de 2 à 10 centigrammes de chlorure de cobalt avec la nourriture n'altère pas la santé; mais l'injection hypodermique de 2 à 5 centigrammes, détermine la vaso-dilatation des vaisseaux de l'oreille et une diminution de la pression sanguine.

L'injection hypodermique ou intra musculaire de 2 à 5 centigrammes chez l'homme est suivie aussitôt d'une rougeur de la face et des oreilles qui dure dix minutes, rougeur qui n'apparaît pas à la suite de l'injection de la même quantité de sel de nickel. Il paraît vraisemblable que cette rougeur de la face est produite par l'action spécifique du cobalt agissant comme agent paralysant du grand sympathique. Cette rougeur peut être obtenue avec la plupart de composés du cobalt. L'action des cobaltamines est toute spéciale, elle est plus lente à se produire et dure plus longtemps, quelquefois vingt-quatre heures, elle se porte sur la face, les extrémités des membres, l'abdomen, l'utérus, etc.

Influence de l'arnica sur la pression sanguine et la respiration chez le chien. — M. Jayme R. Pereira (Sao Paulo, Brésil).

Les réflexes circulatoires et respiratoires influencés par l'inhalation des anesthésiques irritants. — MM. M. S. Dooley et C. J. Welle (Syracuse).

Les effets du cyclopropan employé comme anesthésique. — MM. G. H. W. Lucas (Philadelphie) et Henderson (Toronto).

Les sels de magnésium utilisés par le rectum. — MM. J. A. Waddell et Jr. Gwathmey (Charlottesville).

Le réflexe linguo-maxillaire sous l'influence de différentes substances modifiant l'excitabilité du centre respiratoire. — MM. Yuen, Sing-Tsong et Gautrelet (Paris).

Action de l'aldéhyde formique sur la respiration (apnée) et la réserve alcaline. — MM. Herzfeld, L. Vallagnosc et Gautrelet (Paris).

APRÈS-MIDI.

Section A.

L'acuité visuelle des insectes. — MM. S. Hecht, E. Wolf et Wald (New-York).

Sur le discernement des couleurs. — M. Roaf (Londres).

Une méthode pour l'étude des lois d'établissement du chromo d'une sensation lumineuse colorée. — M. Pierron (Paris).

Section B.

Sur les principes actifs des extraits des glandes lymphatiques. — M. A. Christoni (Parme).

Sur le rôle de la glande carotidienne chez l'homme, recherches expérimentales. — MM. Nitzescu, Jacobovici et Pop (Cluj, Roumanie).

Le taux du métabolisme basal dans le crétinisme et le myxœdème expérimental. — M. Kunde (Chicago).

L'action antagoniste du thymus opposée à celle du corps thyroïde dans la réduction du poids du corps. — M. J. Krizenecky (Cold Spring Harbor L. J.).

L'excrétion du calcium au travers de l'intestin chez les animaux parathyroïdectomisés. — MM. Taylor et Fine (Toronto).

L'influence de la thyroïde et des parathyroïdes sur le métabolisme des sels inorganiques. — MM. Aub, Bauer, Walter et Albright (Boston).

Les hormones hypophysaires dans leur action sur la croissance. — MM. Cushing, Harvey et Teel (Boston),

Les effets des extraits testiculaires comme correctifs de la condition des gallinacés et des mammifères castrés. — MM. Koch, Moore, Carl et Gallagher (Chicago).

Section C.

La perméabilité aux ions du protoplasma. — M. Brooks (Berkeley).

Pénétration de la thionine dans l'algue valonia ventricosa. — MM. Brooks et Matilda (Berkeley).

Comment la peau équilibre l'eau et la pression osmotique chez les grenouilles. — MM. Adolph et Edward (Rochester).

Sur la régularisation de la masse aqueuse chez le rat et sur sa modification expérimentale après des ponctions du cerveau. — MM. Richter et Brailey (Baltimore).

La répartition nouvelle de l'eau dans les tissus internes et superficiels et le sang au moment de la suppression de la morphine. — MM. Barbour, Russell, Flowers, Dunham et Hunter (Louisville).

Les phénomènes bioélectriques. — M. Osterhout (New York).

Section D.

Etudes de l'absorption de l'histamine par l'intestin. — MM. Mammoser, Albi et Boyd (Chicago).

Diffusion au travers des parois de l'intestin. — MM. Magee et Macleod (Aberdeen).

Innervation des glandes salivaires. — M. Babkin (Montréal).

Les troubles de l'équilibre acido-basique dans l'estomac et l'intestin grêle considérés comme facteurs de l'anémie. — M. Boldyreff (Michigan).

Recherches sur l'acidose et l'alcalose artificielles. Sédimentation des globules rouges, variations de concentration du plasma et du sérum et de la perméabilité des capillaires sous l'influence des perturbations de l'équilibre acide-base. — MM. Modrakowski et Lentz (Varsovie).

La fonction du duodénum. — MM. Hauswirth (New York) et Silberstein (Vienne).

Section E.

La vitamine A. — MM. Honeywell, Dutcher, Adams et Ely (State College Pennsylvania).

Nouvelles recherches sur les anti-oxydants. — M. Mattill (Iowa city).

Effet du défaut de vitamine sur le métabolisme hydrocarboné. — MM. Sure, Barnett et Smith (Fayetteville).

L'huile de foie de morue à doses thérapeutiques détermine des troubles dans l'organisme et a des effets toxiques. — M. Agduhr (Upsala).

Etudes sur l'activation de l'ergostérol. — MM. Bills, Honeywell, Cox et Wirick (Evansville).

MERCREDI MATIN 21 AOUT

Section A.

Sur la physiologie de la régularisation du sucre du sang. — M. Bertram (Hambourg).

Influence de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie des centres nerveux supérieurs sur l'insulino-sécrétion. — MM. Zunz et La Barre (Bruxelles).

Influence de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie des centres nerveux supérieurs sur la sécrétion externe du pancréas. — MM. La Barre et Destrée (Bruxelles).

Effet de l'insuline sur l'utilisation du sucre dans le cœur normal et le cœur diabétique. — M. Cruickshank (Halifax).

Le métabolisme chez le chien durant l'injection continue intraveineuse de glucose, fructose et galactose avec insuline. — MM. Wierzuchowski, Pieskow, Laniewski et Owsiany (Varsovie).

Le sort du glucose et des autres sucres, mannose, fructose, dihydroxyacétone chez les animaux éviscérés. — MM. C. et G. Cori (Buffalo).

L'utilisation des hydrates de carbone chez le chien totalement dépancréaté ne recevant pas d'insuline. — MM. Soskin et Campbell (Torento).

La relation du foie et de l'action de l'insuline. — MM. Murlin, Pierce, Harold et Gregg (Rochester N. Y.).

L'échange respiratoire après l'ingestion de lévulose et de dextrose influencé par le travail musculaire. — MM. Carpenter et Fox (Boston).

Section B.

Le lait légèrement caillé dans l'alimentation des enfants. — M. Hill (Logan Utah).

La valeur physiologique des produits dérivés du soja. — M. Howath (Princeton).

Un lait végétal. — M. E. Tso (Peping).

Observation du métabolisme chez deux hommes qui reçurent exclusivement une alimentation carnée. — MM. du Bois, Mc Clellan, Spencer et Falk (New York). Deux explorateurs des régions polaires ont été observés pendant une période d'un an durant laquelle ils mangèrent uniquement de la viande, c'est-à-dire de la chair, de la langue, du foie, du rognon, de la cervelle, de la graisse, de la moelle de bœuf, ainsi que du veau, du mouton, du porc et du poulet; les liquides comprenaient du bouillon de viandes, du thé noir et de l'eau; la consommation journalière de protéine variait entre 100 et 135 grammes, celle de la graisse entre 175 et 250 grammes et d'hydrates de carbone (contenus dans les viandes) entre 5 et 10 grammes.

Les hommes perdirent 2 à 3 kilogs durant le premier mois, puis le poids resta fixe. On n'observa aucune augmentation de la pression sanguine et les reins ne montrèrent aucun signe de malaise. On nota un accroissement des graisses et du cholestérol pendant les premiers mois, sans changement dans les éléments azotés du sang. Dans les urines on trouva constamment des corps acétoniques dans la proportion de 0g5 à 5 grammes par jour et l'acidité fut deux à trois fois plus élevée que les jours de régime mixte. Le métabolisme basal se maintint au même niveau de 10 à 20 p. 100 au-dessous de la normale. L'action dynamique spécifique des protéines fut légèrement plus grande à la fin du régime carné. Le test de la tolérance hydrocarbonée avec 100 grammes de glucose montra une élévation constante dans le niveau du sucre du sang; le calcium sanguin resta constant. Il n'y eut aucun signe d'avitaminose, ni d'aucun mauvais effet de ce régime. Ces hommes restèrent physiquement et mentalement normaux.

Le problème de la détermination de la valeur nette de l'énergie des aliments. — M. Forbes (State College Pennsylvania).

Le quotient respiratoire du cerveau. — MM. Himwich et Harold (New Haven).

Action dynamique spécifique chez le chien normal et le chien phlorhiziné. — MM. Lusk Graham et Chambers (New-York). Un chien normal, dont le métabolisme basal était de 21 calories 8 par heure, montra un accroissement de son métabolisme de 3,5 p. 100 durant le temps compris entre la troisième et la cinquième heure qui suivit la prise de 10 grammes de lard. Son métabolisme s'accrut de 15 p. 100 lorsqu'on lui donna, en plus des 10 grammes de lard, 20 grammes d'acide glutamique. L'accroissement fut de 48 p. 100 lorsque ce chien reçut 300 grammes de viande. Le même chien rendu diabétique par la phlorhizine montra un accroissement de son métabolisme basal qui alla jusqu'à un maximum de 35 p. 100.

Ce métabolisme ne changea pas lorsqu'on donna au chien 10 grammes de lard, puis 10 grammes de lard et 20 grammes d'acide glutamique. Avec l'augmentation de la glycosurie due à la formation du glucose aux dépens de l'acide glutamique, il n'y eut pas accroissement de chaleur dégagée comme c'est le cas, lorsque la glycine et l'alamine (producteurs de glucose) sont données à un chien normal ou phlorhiziné. Lorsqu'on donna 300 grammes de viande au chien diabétique le quotient respiratoire resta au niveau diabétique de 0,700 alors que le métabolisme total s'éleva de 15 p. 100 au dessus du métabolisme basal mesuré durant les heures précédentes. Quoi qu'il en soit le métabolisme atteint la même hauteur obtenue après avoir donné la viande quand le chien était normal. Ceci paraît dû au fait que le métabolisme protéique, dans les deux cas, n'est pas très différent.

Sur un nouveau masque destiné à l'étude des échanges respiratoires en circuit fermé. — MM. Dautrebande et Delcourt (Bruxelles).

Variations dans le métabolisme basal causées par l'état mental du sujet. — M. Hitchcock (Columbus, Ohio).

Section C.

L'élasticité du muscle. — M. Beloussoff (Charkoff).

Friction interne dans le muscle. — M. BOUCKAERT (Louvain).

L'action bathmotrope des nerfs autonomes et des substances autonomo-mimétiques sur les organes à musculature lisse. — M. FLORKIN (Liége).

L'action bathmotrope des nerfs viscéraux. Effets de la faradisation subliminaire du plexus splénique sur la chronaxie propre de la rate. — M. Henri FRÉDÉRICQ (Liége).

Section D.

Utilisation de la lumière infrarouge pour l'étude histo-physiologique du tube contourné du rein. — MM. BERTRAND et JUSTIN-BESANÇON (Paris). Méthode basée sur l'emploi d'une lumière à très grande longueur d'onde, des colorants histologiques cryptocyanines et d'une émulsion sensible aux infrarouges; appliquée à l'étude du tube contourné, elle révèle les détails suivants : 1° la structure de la bordure en brosse et les connexions de ses éléments avec le cytoplasme; 2° l'existence d'un appareil granuleux; 3° des détails de structure du noyau et des séparations intercellulaires. Une diurèse légère détermine l'apparition d'innombrables plastes opaques aux infrarouges, une diurèse plus abondante amène une vacuolisation du cytoplasme. L'acidose entraîne l'opacité des noyaux.

La sécrétion urinaire par les reins dépourvus de glomérules. — M. Jn. MARSHALL (Baltimore). Certains poisons ont le rein dépourvu de glomérules et possèdent le pouvoir d'éliminer certaines substances.

Influence de la posture sur les fonctions du rein, — M. REHBERG (Copenhague).

Observation sur la nature de l'activité des glomérules. — M. WHITE (Saint-Louis).

De la réaction actuelle de l'urine sécrétée par les reins privés de leur innervation. — M. BELLIDO (Barcelone).

La sécrétion d'acides par le rein. — MM. MACALLUM et CAMPBELL (London, Ontario).

Formation de l'ammoniaque et rôle du rein. — M. PI SUÑER (Zaragoza). Le rein est le lieu de formation de l'ammoniaque urinaire; pour que cette formation se réalise dans le cadre des processus physiologiques, l'innervation normale du rein doit être intacte et l'oligurie qui, dans ces conditions, fait suite à la réponse active du rein intact est l'expression de son épuisement fonctionnel.

Sur le lieu de production de l'ammoniaque chez l'homme. — M. FOLLING (Oslo). Conclusions se rapprochant des précédentes.

Section E.

Quantité de Na, K, Ca et Mg contenue dans le suc musculaire. — M. QUAGLIARIELLO (Naples).

Formation de l'ammoniaque dans le muscle et ses sources. — M. PARNAS (Livów).

Sur l'origine de l'acide inosinique. — M. BUELL (Baltimore).

Recherches sur la biochimie de l'acide créatine phosphorique et les autres composés phosphorés des muscles. — M. PALLADIN (Karkow).

Relation entre la phosphocréatine et l'acide lactique du muscle de la grenouille. — MM. OLMSTED, MACKLER et SIMPSON (Berkeley).

Sur un effet du travail musculaire sur le sérum sanguin humain. — MM. VON EULER et LILJESTRARD (Stockholm).

Section F.

Les effets de la sympathectomie ganglionnaire dans l'arthritisme. — MM. ROWNTREE et ADSON (Rochester).

Hyperexcitabilité des centres vaso-moteurs à la tension de l'acide carbonique comme un facteur pathogénétique dans l'hypertension essentielle. — M. RAAB (Vienne).

Action néphrotoxique d'injections répétées de nitrate d'urane chez le chien. — M. MAC NIDER (Chapel Hill North Carolina).

La maturation, l'émigration et la distribution des globules blancs sanguins. — MM. CUNNINGHAM, TOMPKINS, L. J. BEARD et GEIGER (Nashville).

Leucocytose physiologique. — MM. GARREY et BUTLER (Nashville).

Périphlébites expérimentales. — MM. DUCUING et SOULA (Toulouse) ont mis en évidence le rôle du spasme veineux dans les suites opératoires.

Aspect de certains régimes sur la croissance des tumeurs, action de la vitamine B. — M. NAKAHARA (Tokyo).

Etude physiologique des cellules malignes. — M. SOKOLOFF (Prague).

APRÈS-MIDI

Section A.

Anesthésie chirurgicale avec l'isoamyléthylbarbiturate de sodium. — MM. ZERFAS, SHONLE, SWANSON et CLOWES (Indianapolis).

L'absorption des graisses. — M. VERZAR (Debrecen).

Un film cinématographique représentant les amibocytes des invertébrés sous leur forme active de choanoleucocytes et montrant les mouvements de leurs membranes hyaloplasmiques. — M. FAURE-FRÉMIET (Paris).

Section B.

Quelques effets de l'administration prolongée et continue de l'insuline chez le rat. — M. LEE (Boston).

Le problème de l'assimilation des pentosanes peut-il être ramené à celui de l'assimilation des pentoses. — M. A. ROCHE (Strasbourg). L'ingestion des pentosanes comme celle de la cellulose doit réaliser, grâce aux fermentations intestinales, un apport non pas en hydrates de carbone, mais en acides gras.

Sur le déterminisme de la glycémie digestive. — M. MARTINO (Messine) dit avoir trouvé dans le pancréas une substance hyperglycémiante qui, accumulée dans cet organe, se déverse dans l'intestin pendant la digestion.

Métabolisme du galactose. Glycosuries non diabétiques. — MM. ROWE et MC MANUS (Boston). Dans une série de 3.000 cas, on a étudié la corrélation entre la tolérance pour le galactose, les niveaux du sucre sanguin et l'apparition de glycosurie spontanée. Dans des cas de diabète présentant ou non des troubles endocriniens il y a contraste entre les niveaux du sucre sanguin et la glycosurie, cela démontre la complexité du mécanisme régulateur du métabolisme hydrocarboné et l'indépendance complète de certaines glycosuries spontanées du niveau du sucre sanguin.

Dans des cas où la pituitaire, la thyroïde ou les ovaires ont certaines fonctions aberrantes, il y a glycosurie quoique le niveau du sucre sanguin soit normal ou même au-dessous, alors que dans les troubles de la surrénale la glycosurie est souvent observée avec un taux de sucre sanguin au-dessous de la normale. Dans certaines affections du système nerveux central, du foie, dans l'anémie, la syphilis, la leucémie, on rencontre fréquemment la glycosurie, et très exceptionnellement un taux de sucre sanguin supérieur au niveau conventionnel normal. Les auteurs ont également étudié le métabolisme hydrocarboné pendant la grossesse et la glycosurie rénale.

La transmission placentaire de l'insuline du fœtus à la mère. — MM. PACK et BARBER (New York).

Etude ultérieure de l'insuline cristallisée. — MM. JENSEN, WINTERSTEINER et GEILING (Baltimore), pour savoir si

l'insuline cristallisée est bien l'hormone du pancréas, l'ont préparé en partant des poissons, morue, pollack, au lieu de pancréas de bœuf.

Les cristaux qu'ils ont obtenus sont identiques comme forme, activité physiologique et teneur en soufre à ceux préparés avec l'insuline de bœuf. Les produits d'hydrolyse de ces cristaux renferment des amino-acides, valine, praline et glycine.

Effet de l'exercice musculaire provoqué par l'épinéphrine sur le métabolisme du chien dépancréaté. — MM. Chambers et Pollack (New York).

L'asphyxie comme agent d'hypoglycémie. — M. Puche-Alvarez (Barcelone).

Influence apparente des nerfs sympathiques sur le glycogène du muscle. — M. Britton (Virginia).

Le métabolisme azoté dans le diabète grave. — M. Carrasco-Formiguera (Barcelone).

Suite d'expériences sur la marche de la dialyse du sucre sanguin dans le diabète. — MM. Kleiner et Marion Bell (New York). Ces expériences faites sur l'homme diabétique montrent une certaine irrégularité comparativement aux expériences de contrôle consistant en sang normal additionné de glucose, l'insuline ajoutée au sang diabétique n'a pas d'influence sur la dialyse du sucre quand le sang humain diabétique est soumis à la dialyse pendant une courte période puis abandonné au repos, en constate une augmentation du sucre sanguin allant quelquefois au delà du taux primitif.

Etude de la digestion amylacée chez les sujets normaux et diabétiques. — M. Rosenthal (Washington). Comme résultats d'étude sur le chien et le lapin, la marche de la digestion de l'amidon cru, mesurée par l'augmentation du sucre sanguin, est arrêtée par les acides. Chez l'homme, l'amidon cuit détermine une élévation du sucre sanguin, mais chez 9 sujets normaux la prise de 50 à 75 grammes d'amidon cru ne la modifia pas. Chez 12 diabétiques l'amidon cru provoqua une augmentation du sucre sanguin de 6 milligrammes une demi-heure après et une diminution de 9 milligrammes une heure après et de 14 milligrammes deux heures et demie après.

Section C.

Tension superficielle des solutions de protéine. — M. Bottazzi (Naples).

Théorie de la décomposition et de la coagulation des protéines. — M. Wu (Peping).

Recherches sur la globine. — M. Jean Roche (Strasbourg).

Sur l'ionisation des protéines. — M. Paul Putzeys (Louvain).

La distribution des ions dans un bloc de gelée de gélatine en état d'équilibre apparent avec une solution électrolytique minérale. — M. Bigwood (Bruxelles).

Section D.

La pression sanguine. — M. Brooks (Alabama).

Action de l'asphyxie sur les centres vaso-moteurs supérieurs, méthode de la tête perfusée. — MM. Léon Binet et R. Gayet (Paris).

La pression sanguine dans les artères. — M. Klisiecki (Lwow).

La pression sanguine dans les veines. — MM. Eyster et Meck (Madison).

Recherches sur la physiologie et la pharmacologie du sinus carotidien. — M. Heymans (Gand).

Le contrôle des capillaires. — MM. Hartmann et Evans (Buffalo).

L'origine et le trajet des vaso-dilatateurs des racines postérieures. — MM. de Waelle, Vandevelde et Braye (Gand).

Section E.

Influence d'aliments variés sur les fonctions de l'organisme. — M. Rasenkov (Moscou).

Equilibre alimentaire et nutrition. — Mme Lucie Randoin (Paris). Une ration renfermant l'énergie potentielle nécessaire à l'organisme n'entretient celui-ci (ou ne permet sa croissance) que si le rapport vitamines B à glucides ne descend pas au-dessous d'une certaine valeur. Une ration satisfaisante se trouve déséquilibrée, soit par un apport de sels minéraux, soit par un supplément de glucides, mais non par un apport simultané des deux sortes de substances en proportions convenables.

Diète et reproduction. — M. Grijns (Wageningen).

Sur les structures cytoplasmatiques dans les cellules cultivées « in vitro ». — MM. Zweibaum et Elkner (Varsovie).

Section F.

Le mécanisme du sommeil. — M. Hess (Zürich).

JEUDI MATIN

Section A.

Sur les conditions dynamiques du cœur isolé de grenouille. — M. Izguierdo (Mexico city).

Les différentes formes de la contraction du myocarde. — M. Léon Frédericq (Liége).

Section B.

La source de l'acide carbonique expiré et son lieu de rétention. — M. Irvinc (Toronto).

La quantité d'acide carbonique du cerveau de la grenouille sous diverses conditions. — M. Mc Ginty (Ann Arbor).

Sensibilité pulmonaire. — M. Pi-Sunner (Barcelone).

La réserve alcaline après excitation du bout périphérique du splanchnique. — MM. Bennati et Cuzin (Paris).

La variation de la condition acido-basique chez l'individu durant la journée. — MM. Cullen et Earle (Nashville).

La mort aux fortes dépressions barométriques. — M. Richet fils (Paris).

L'équilibre physico-chimique du sang dans l'air raréfié. — M. Margaria (Turin).

De l'action respiratoire de divers sels appliqués directement sur le bulbe rachidien chez quelques mammifères. — M. Le Grand (Lille).

Section C.

Un facteur chimique dans la stimulation des nerfs donnant la sensation de température. — MM. Bazett et Mc Glone (Philadelphie).

Excrétion d'acide lactique pendant les sports. — MM. Snapper et Grumbaum (Amsterdam). La quantité de cet acide varie entre 1 et 2 grammes que l'on trouve dans la sueur et dans l'urine.

Etude sur la physiologie de l'exercice. — MM. Steinhaus et Ria (Chicago).

Influence d'exercices physiques modérés sur les échanges respiratoires. — MM. Schneider et Ring (Middletown).

Section D.

Caractères de l'acidose physiologique chez le chien. — M. Maignon (Paris). Influence de l'administration du bicarbonate de soude sur le métabolisme des corps cétoniques chez les diabétiques soumis au régime gras et chez le chien en état d'acidose physiologique. L'auteur rappelle l'expérience qu'il

a réalisée en 1908 sur une chienne diabétique d'où il a dégagé un traitement du diabète par le régime gras, traitement dont les résultats ont été confirmés, à partir de 1913, par Pétren et de 1918 par Kewburgh et Marsh. Il explique les bons effets des graisses chez les diabétiques par la non transformation des acides gras en sucre et leur faible pouvoir cétogène comparativement à celui de l'albumine. Il a montré, en 1913, avec Morand que le pouvoir cétogène des graisses est bien inférieur à celui des protéines; contrairement à ce que l'on pensait à cette époque. Il ramenait, en outre, l'acidité urinaire à la normale par l'administration de bicarbonate de sodium et il a montré récemment, en collaboration avec Knithakis, dans l'acidose physiologique chez le chien, que cette neutralisation de l'hyperacidité a pour effet de réduire au minimum la production de corps cétoniques, acétone et acides β oxybutyrique.

Les acides organiques du sang et de l'urine. — M. PERLZWEIG (Baltimore).

Distribution des lipides dans la constitution morphologique de la cellule. — M. CIACCIO (Messine).

Sur l'état physico-chimique de la lécithine et des esters de cholestérol dans le sérum et le plasma sanguins. — M. MACHEBŒUF (Paris).

Le métabolisme des phospholipides. — MM. SINCLAIR et BLOOR (Rochester).

Sur la nature chimique de l'agent cholestérogène par l'injection duodénale d'acide. — MM. CERVERA, LÉANDRE et FORNELLS-PUIG (Barcelone).

Régulation cholestérolémique et poumon. — MM. SOULA, BOUISSET et BUGNARD (Toulouse). Le maintien de la cholestérolémie à un taux constant est assuré au niveau du poumon par le passage du cholestérol du plasma dans les globules. Ce déplacement à cholestérol dans le sang est sous la dépendance de la teneur du plasma en CO^2. Les auteurs l'ont réalisé *in vitro*.

Action du pancréas endocrin sur la lipodiérèse pulmonaire. — MM. NITZESCU et BENETATO (Cluj).

Contribution à l'étude des stérols de levure. — M. FABRE (Paris).

Section E.

Preuve de l'existence d'une forme non colorée de l'hémoglobine. — M. RAY (Cleveland).

Les coefficients de l'activité osmotique en ions dans les solutions d'hémoglobine. — MM. STADIE et SUNDERMAN (Philadelphie).

Mesure gazométrique de l'affinité de l'oxyde de carbone et de l'oxygène dans le sang total à 38 degrés. — MM. SENDROY et VAN SLYKE (New York).

Effet des acides lactiques et carboniques sur l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène. — M. HOCHREIN (Leipzig).

Section F.

L'excrétion clinique du mercure. — MM. SOLLMAN, SCHREIBER, RAUSCHKOLB et GAMMEL (Cleveland).

Etude biochimique des composés du mercure. — MM. YOUNG et TAYLOR (Boston).

Action pharmacologique des composés organiques du Baryum. — MM. FOULGER et JACKSON (Cincinnati).

Les composés de l'éphédrine. — MM. READ, PAK et ANDERSON (Péping).

De Trouette-Perret

l'Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la Papaïne
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R. C. 54.002, Seine.

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intra veineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0 gr 30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C. Seine* 109 239

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 *cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge*

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

R. C., 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

PAS D'ACIDE LIBRE

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET

Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin e 10 Juillet 1928)

DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DÉPÔT: LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS

— TRAITEMENT —

DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX

PROPHYLAXIE DU CANCER

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

A. PICARD

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.

Aux albumines réduites t floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES

J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes

Accroît les Eliminations

Assainit le tube digestif

Grande Cure

3 flacons dans la matinée

Cure de Régime

1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION

5 cachets.

LAXATIF

1 cachet.

15, quai de Bourbon

PARIS (IVe)

Téléphone : Danton 80-60

JEUDI (APRÈS MIDI).

Section B.

Sur l'état physico-chimique du phosphore inorganique dans le plasma. — M. BRULL (Liége).

Modification du sang sous l'influence d'une diète pauvre en composés inorganiques. — MM. SMITH et SWANSON (New Haven).

Relation entre le régime et les troubles dentaires. — M. HANKE (Chicago).

Sur la résorption du fer. — M. LINTZEL (Berlin).

Substances réductrices fermentescibles ou non de l'urine normale et pathologique. — MM. PETERSON et WEST (Saint-Louis).

Section C.

Chronaxies normales des terminaisons servitires cutanées chez l'homme. — M. BOURGUIGNON (Paris).

Effets du poison de crapaud sur la chronaxie de la préparation muscle-nerf du crapaud. — MM. C. et F. CAMPOS (S. Paulo).

La chronaxie de subordination déterminée par la posture. — MM. L. et M. LAPICQUE (Paris).

L'anesthésie générale par compression du cerveau. — MM. A. et B. CHAUCHARD (Paris).

Section E.

La structure des érythrocytes et les causes de l'hémolyse. — M. LEPESCHKIN (Tucson).

Sur l'influence de la qualité des aliments sur l'hémopoïèse. — M. ZIH (Debrecen).

Etude du pigment biliaire provenant de l'hémoglobine. — M. NISIMARU (Okayama).

Nature et quantité des sels biliaires dans le sang normal. — M. TASHIRO (Cincinnati).

Relation entre la rate des mammifères adultes et la formation des globules rouges. — MM. KRUMBHAAR, WILSON et GARLICHS (Philadelphie).

Histologie physiologique de la moelle osseuse. — M. ISAACS (Ann Arbor).

Moelle osseuse et hématopoïèse. — M. FEUILLIÉ (Paris).

Section F.

Etude physiologique et pharmacologique du système nerveux autonome. — M. SALANT (Cold Spring Harbor).

Réaction du plomb sur les érythrocytes. — MM. BISCHOFF et MAXWELL (Santa Barbara).

Etude des réactions physiologiques et psychologiques de l'organisme humain produites par l'usage du café. — M. HAWK (New York).

Pharmacologie de l'étude. — MM. MULINOS et LIEB (New York).

VENDREDI MATIN

Section A.

Inhibition dans l'activité normale des hémisphères cérébraux. — M. PAVLOV (Léningrad).

Section B.

L'origine de la sénilité. — M. KOTSOVSKY (Chisinau).

Suite d'expériences sur l'influence de la nourriture sur la longévité. — MM. SHERMAN et CAMPBELL (New York).

L'évolution de la gonade droite de la poule domestique après ovariectomie; ses conséquences physiologiques. — M. CARIDROIT (Paris).

Hormones et plumage chez les oiseaux. — M. ZAVADOVSKY (Moscow).

Section C.

Le mécanisme de la fermentation du glucose, sucrose et maltose par la levure. — MM. ROUZONI et SOMOGYR (Saint-Louis).

Tentative de démonstration « in vivo » de la glyconéogénie aux dépens de la graisse. — M. HÉDON (Montpellier). La coïncidence d'un rapport D sur N très élevé et d'un quotient respiratoire notablement inférieur au quotient de combustion des graisses est un argument en faveur d'une formation de sucre aux dépens de substances non azotées et pauvres en oxygène. La complexité des conditions expérimentales interdit cependant toute conclusion définitive.

Etude sur l'origine de la créatine. — MM. BRAND, HARRIS, SANDBERG et RINGER (New York).

Détermination de la créatinine dans le sang. — M. GAEBLER (Détroit).

Sur l'urikolyse. — M. FÉLIX (Munich).

Section D.

Relation entre le métabolisme total et le métabolisme cardiaque chez le chien anesthésié. — MM. MULDER et VISSCHER (Memphis).

Etudes sur la circulation. — MM. HAMILTON et SPURLING (Louisville).

Section E.

Action photodynamique du bleu de méthylène sur le processus de la coagulation du sang. — MM. BAUMBERGER et BARDWELL (Palo Alto).

Transmission des rayons ultraviolets par les tissus vivants et morts. — MM. BACHEM et REED (Chicago).

Inactivation de catalase par les radiations ultraviolettes. — M. MORGULIS (Omaha).

Section F.

Rôle et fonctionnement des barrières histo-hématiques dans les diverses conditions physiologiques et pathologiques. — M. STERN (Moscou).

Sur les phénomènes de phylaxie. — MM. BILLARD et DODEL (Clermont-Ferrand).

Le métabolisme respiratoire du bacille tuberculeux. — MM. LOEBEL, SHORR et RICHARDSON (New York).

Les enzymes endocellulaires du bacterium coli commun. — M. YOUNG (Halifax).

Les glandes sudoripares considérées comme auxiliaires des reins dans la néphrite. — M. F. ALLEN (Morristown, New Jersey). La chaleur sèche a été reconnue comme moins débilitante que la chaleur humide. L'auteur préconise son emploi dans le traitement de certaines néphrites.

J.-M. LE GOFF.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1929)

Mycoses de l'épiderme. — M. Paul VUILLEMIN.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE " JEYES "
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe
R. C., 225.781 B

USAGE ENFANTS
DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF
CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul^d Ornano, PARIS

Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, par le docteur L. DUFOURMENTEL. (Préface de M. le professeur SEBILEAU.) Un vol., 228 pages, 69 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134.569

ANDROCRINOL
contient l'hormone orchitique
LIPOÏDE
TESTICULAIRE
MÉDICATION
OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS. SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique
UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS XVII

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.



diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ

prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique
sans lait presque sans graisse
capable de soutenir, mieux que
le bouillon de légumes, l'état
général de malades chez qui
le lait est contre-indiqué.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté libre de médecine de Lille. — M. le docteur Louis Danel est nommé professeur de dermatologie.

M. le docteur Louis Courty est nommé professeur d'anatomie chirurgicale.

M. le docteur Henri Deberripon est nommé professeur de clinique médicale infantile.

M. le docteur Henri Billet, professeur d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale infantile.

M. le docteur Maurice Favreau est nommé professeur suppléant et chef de service obstétrical aux Maternités Sainte-Anne et de la Charité Maternelle.

M. Henri Claeys est nommé maître de Conférences dans la section de pharmacie.

Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — La prochaine assemblée générale de l'Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine aura lieu à la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Vulpian), le mercredi 9 octobre prochain, à 14 h. 1/2.

Le Comité de l'Association se réunira le même jour, à 10 h. du matin.

Ordre du jour : 1° Rapport du secrétaire général professeur agrégé Perrens (Bordeaux).

2° Rapport du trésorier professeur Patel (Lyon).

3° Rapport sur la création des certificats de spécialités. Rapporteurs : professeurs Jacques (Nancy) et Paul Delmas (Montpellier).

4° Les Assurances sociales et leur répercussion dans l'enseignement clinique. Rapporteurs : professeur Mazel (Lyon), professeur agrégé Watrin (Nancy).

5° Les professeurs de l'enseignement supérieur payant patente, organisation d'ensemble pour obtenir l'abrogation de l'amendement Herriot (art. 67, loi des Finances, 1921). Rapporteur : professeur Paul Delmas (Montpellier).

6° Modifications au statut du Comité consultatif : *a*. Représentation obligatoire de chaque faculté (protestation de la Faculté d'Alger) ; *b*. Représentation des professeurs de pharmacie, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Rapporteurs : professeurs Chassevant (Alger) et Chelle (Bordeaux).

7° Le personnel technique des laboratoires. Rapporteur : professeur agrégé Aubertin (Bordeaux).

8° Le relèvement du traitement des chefs de clinique.

9° Questions diverses.

xxe Congrès français de médecine. (Montpellier, 15-19 octobre 1929.) — Programme scientifique. — Rapports. — I. *Etiologie pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine.* — Rapporteurs : MM. Cantacuzène (Bucarest); P. Teissier et Coste, Sacquépée et Liégeois (Paris).

II. *L'hypotension artérielle.* — Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (Paris); A. Dumas (Lyon); G. Giraud (Montpellier).

III. *Le traitement des syndromes anémiques.* — Rapporteurs : MM. E. Hédon et Jeenbrau (Montpellier); Lambin (Louvain); J. Carles (Bordeaux).

Mardi 15 octobre. — A 10 h. 30, à la salle des fêtes de l'Université : séance d'ouverture. — A 14 h. 30, à la Faculté de médecine : exposé et discussion des rapports; communications.

Mercredi 16 et jeudi 17 octobre. — A 9 h. et à 14 h., à la Faculté de médecine : exposé et discussion des rapports; communicatious.

Jeudi 17 octobre. — A 9 h., à la clinique ophtalmologique : Réunion de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est.

Programme des excursions. — Trois excursions seront ouvertes à ses membres adhérents et associés. L'une d'elles durera deux jours (vendredi 18 et samedi 19 octobre). Les deux autres dureront une journée (vendredi 18 octobre).

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

Leurs programmes respectifs seront les suivants :

Excursion A (deux jours : vendredi 18 et samedi 19 octobre). — L'Aigoual, l'Aven Armand, les Gorges du Tarn, le Larzac.

Départ de Montpellier le 18 octobre au matin en auto-cars pour Ganges et l'Aigoual. — Déjeuner à Meyrueis. — Visite de l'Aven Armand dans l'après-midi. — Dîner et coucher à Florac.

Départ de Florac le 19 octobre au matin. — Descente du Tarn en bateau de la Malène au Cirque des Baumes. — Déjeuner au Rozier. — Traversée du Larzac. — Retour à Montpellier vers 18 h. 30.

Taux de la cotisation individuelle : 390 fr.

Excursion B (un jour : vendredi 18 octobre). — Nîmes, le Pont du Gard, Aigues-Mortes.

Départ de Montpellier, en auto-cars, le 18 octobre au matin, pour Nîmes (visite). — Déjeuner au Pont-du-Gard. — Dans l'après-midi : visite d'Aigues-Mortes, et, si possible, du Grau-du-Roi. — Retour à Montpellier vers 18 h. 30.

Taux de la cotisation individuelle : 125 fr.

Excursion C (un jour : vendredi 18 octobre). — Ganges (manufactures de soieries), les Gorges de la Vis, le Cirque de Navacelles, Le Larzac.

Départ de Montpellier, en auto-cars, le 18 octobre au matin, pour Ganges (visite de la manufacture de bonneterie de soie Jules Lauret). — Déjeuner à Madières. — Dans l'après-midi : visite des gorges de la Vis et du Cirque de Navacelles. — Traversée du Larzac. — Retour à Montpellier vers 18 h. 30.

Taux de la cotisation individuelle : 130 fr.

L'heure exacte du départ, pour chacune des trois excursions, le matin du 18 octobre (vers 8 heures) et le lieu du rassemblement seront affichés par voie d'affiche pendant le Congrès.

Les inscriptions doivent être adressées le plus tôt possible au trésorier du Congrès (professeur M. Carrieu, 5 *bis*, rue de la Merci, Montpellier, compte courant postal 100-14, Montpellier). Le versement de la cotisation doit, pour des raisons d'ordre, accompagner l'inscription.

La participation aux excursions n'est absolument garantie qu'aux congressistes ayant fait leur demande avant le 13 octobre.

XVIe CONGRÈS D'HYGIÈNE. — Organisé par la Société de médecine publique, le XVIe Congrès d'hygiène s'ouvrira, à l'Institut Pasteur, sous la présidence effective de M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Il tiendra ses séances les mardi 8, mercredi 9 et jeudi 10 octobre dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine et président de la Société de médecine publique pour 1929.

Aucune cotisation n'est réclamée aux personnes désirant y assister.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Maubeuge.

Le traitement alloué est fixé à 12.080 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de titres, justifications ou références.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs John Mallet Purser, ancien professeur à l'Université de Dublin, décédé à l'âge de 90 ans ; le docteur Maurice Springer (de Paris) ; Mme Jeanne Debré, née Debat-Ponsan, ancienne interne des hôpitaux de Paris ; nous adressons à son mari, le docteur Robert Debré, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, l'expression de notre très profonde sympathie.

HÔPITAL TENON. — COURS DE RÉVISION D'UNE SEMAINE SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE EN PATHOLOGIE INTERNE. — Ce cours aura lieu du 4 au 9 novembre 1929 sous la direction du professeur Emile Sergent, et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux; Faroy, P. Pruvost, Weissembach, médecins des hôpitaux; Joannon, agrégé; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent.

9 h. 1/2 à midi, exercices et démonstrations pratiques au lit des malades. Lundi 4 : M. Lian, hôpital Tenon; mardi 5 : M. Aubertin, hôpital de la Pitié; mercredi 6 : professeur Sergent, hôpital de la Charité; jeudi 7 : M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Lortat-Jacob); vendredi 8 : M. Faroy, hôpital Andréal; samedi 9 : M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité :

3 h. à 4 h., démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 4, 3 à 4 h., M. Henri Durand (tuberculose; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. le professeur Sergent (appareil respiratoire); 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 5, 3 à 4. h., M. C. Lian (cœur, vaisseaux); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Périsson (neurologie); 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 6, 3 à 4 h., M. Périsson (neurologie); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Faroy (estomac); 5 h. 1/2 à 6 h., M. Harvier (endocrinologie); 6 à 6 h. 1/2. M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 7, 3 à 4 h., M. Fernet (peau et syphilis); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Fernot (peau et syphilis); 5 h. 1/2 à 6 h., M. Joannon (hygiène); 6 à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang).

Vendredi 8, 3 à 4 h., M. Weissembach (médecine générale); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Duvoir (médecine légale); 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston Durand (intestin).

Samedi 9, 3 à 4 h., M. Blechmann (pédiatrie); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie); 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Lian (cœur et vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, 3 à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire auprès du docteur Blondel, 1er assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 fr.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

NATIBAÏNE

Association { 1/3 de DIGITALINE NATIVELLE
2/3 d'OUABAÏNE ARNAUD

du

LABORATOIRE NATIVELLE

49, Boul. de Port-Royal, PARIS (13e).

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

des **Spirochètoses :** Syphilis, Pian, Bronchite sanglante de Castellani;
des **Associations Fuso-Spirillaires :** Angine de Vincent;
de la **Dysenterie amibienne,** des **Lamblioses,** et d'une façon générale des Protozooses intestinales;
de la **Syphilis héréditaire précoce;**
de la **Pyorrhée alvéolaire;**
du **Paludisme** à Plasmodium Vivax.

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

PRÉSENTATION : *Le STOVARSOL est présenté :*

a) pour les **Adultes :** en flacons de 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé;

b) pour la **Thérapeutique Infantile :** en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé;

c) pour le traitement par voie intraveineuse (traitement de la Paralysie générale) nous présentons le *Stovarsol sodique* en tubes de 0 gr. 50, 1 gr., 1 gr. 50 à dissoudre dans q. s. eau bi-distillée stérile.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Les Établissements POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 60 millions de francs
Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5.386 Seine

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMÉS SIMPLES 0gr,50
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS 0gr,25

ANTISEPSIE GÉNÉRALE

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

ÉCHANTILLONS, 21 RUE D'AUMALE
PARIS 9e

R.C SEINE 244.329

LÉON ULLMANN-GR

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

GÉNÉRALITÉS

Action hémostatique des rayons X en oto-rhino-laryngologie. (J. Cannuyt. *Ann. mal. or.*, 1928, n° 12, 1070.) — *In vivo*, les rayons X semblent accélérer la formation de la thrombine sans modifier la teneur en fibrinogène.

Cliniquement, ils trouvent leur application dans l'hémophilie et l'hémogénie. Les points d'application sont : la rate, l'hypophyse, la moelle osseuse, le nez ou la région à opérer.

La radiothérapie constitue un adjuvant à l'hémostase des cavités en oto-rhino-laryngologie.

Essai sur l'éphédrine; son utilisation en rhinologie. (Rivière et Barat. *Revue de laryng.*, 1929, n° 2, p. 47.) — Parmi les nombreuses propriétés de chlorhydrate d'éphédrine, les principales sont les suivantes : 1° Excitant du sympathique, d'où vaso constricteur périphérique; 2° Dépresseur du cœur quand on l'emploie à forte dose.

Il présente sur l'adrénaline de nombreux avantages. Son action est de plus longue durée, la vaso-dilatation secondaire est plus tardive. Les solutions se conservent facilement plusieurs mois; elles sont peu toxiques aux doses dont on se sert en rhinologie.

L'éphédrine trouve son emploi dans l'exploration des fosses nasales, le traitement de l'epistaxis (solution à 5 p. 100), des rhinites aiguës (solution à 2 p. 100 associée à une solution de cocaïne ou sous forme de pommade xxx gouttes pour 15 gr. de vaseline), du coryza spasmodique, des sinusites aiguës (1).

FOSSES NASALES ET SINUS

Névrites optiques guéries ou améliorées en absence de toute lésion naso-sinusale, par l'exérèse du cornet moyen et la simple ouverture large du sinus sphénoïdal. (E. Escat. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 12, p. 1065.) — Les conclusions de cet intéressant travail sont les suivantes :

Toute névrite optique de cause problématique est justiciable d'un traitement endo-nasal. Le moyen le plus simple consiste dans l'exérèse du cornet moyen et l'ouverture par voie endo-nasale du sinus sphénoïdal. M. Escat réserve la voie transeptale et la voie transorbitaire aux cas bilatéraux ou suppurés.

Un point de l'anatomie chirurgicale ds l'artère sphéno-palatine. Sa vulnérabilité dans la chirurgie endo-nasale profonde. (A. Viela et M. Escat. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 11, p. 980.) — Le trou sphéno-palatin se projette sur la face externe des fosses nasales à un bon centimètre en avant de la queue du cornet moyen. Il est divisé en deux par un trousseau fibreux horizontal.

L'artère sphéno-palatine se termine en se bifurquant en une branche naso-palatine qui longe la paroi antérieure du corps du sphénoïde et en artère des cornets.

Tantôt la bifurcation est précoce (dans l'arrière-fond) et la branche naso-palatine passe dans l'étage supérieur du trou, l'artère des cornets dans l'étage inférieur.

Si l'artère se bifurque au niveau du trou ou dans les fosses nasales, le tronc passe dans l'étage inférieur.

L'artère du cornet moyen, extrêmement flexueuse, chemine le long de l'insertion du cornet.

Le tronc de l'artère sphéno-palatine est en somme peu exposé à être blessé dans la chirurgie endo-nasale.

La radiographie dans le diagnostic des sténoses du naso-pharynx. (G. Matinaud et P. Kagi. *Revue de laryng.*, 1929, n° 3, p. 63.) — Dans un cas de sténose, cliniquement totale du naso-pharynx, l'injection de lipiodol dans les fosses nasales et le badigeonnage de la face inférieure de la sténose ont permis à Matinaud et Kagi, après radiographie d'affirmer l'absence de communication entre le naso et l'oro-pharynx, d'une part, et de déterminer, d'autre part, l'épaisseur du tissu cicatriciel. Or, la notion d'épaisseur est d'importance puisqu'elle dirige la thérapeutique : diathermie si le bloc cicatriciel est mince, traitement chirurgical s'il est épais.

Le traitement des épithéliomas du massif facial et les travaux récents. (Hautant. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 8, p. 743.) — L'auteur fait une étude comparative des différents traitements de l'épithélioma du massif facial employés ces dernières années. Quelle que soit la technique chirurgicale employée, sanglante ou diathermique, la curiethérapie post-opératoire semble rallier tous les suffrages.

A ce point de vue, la constitution histologique de la tumeur est intéressante à connaître; elle montre la nature plus ou moins maligne du néoplasme et le degré variable de sa radiosensibilité.

Les travaux ayant trait au traitement de ces tumeurs sont rapidement passés en revue par M. Hautant.

Le pronostic de la simple résection sanglante du maxillaire supérieur est sombre. La rœntgenthérapie seule ou post-opératoire, la curiethérapie isolée n'ont guère donné de résultats; l'application post-opératoire de radium, immédiatement après la résection du maxillaire supérieur, a été exposée dans le mémoire de Noyer (technique Hautant, O. Monod, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1925).

Cette technique, un peu modifiée, a permis à Barner d'obtenir de bons résultats (sur 14 carcinomes, 7 sont encore en vie après une période post-opératoire variant de dix mois à neuf ans).

La chirurgie diathermique est, elle aussi, le plus souvent associée aux radiations. La technique de Holmgren est rapidement décrite : Incision du sillon gingivo-buccal au couteau diathermique, coagulation du tissu sain, ouverture du sinus à la gorge et mise en place des électrodes unipolaires, on

(1) Cf. « L'éphédrine », Actualité, par R. Levent, *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 25, p. 450.

LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ANGINE DE POITRINE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection quotidienne hypodermique ou intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
J.B. FIALIP, PH cien
97, RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph : LITTRÉ 68-24

emploie l'électrode bipolaire pour obtenir des effets limités (ethmoïde, fosse pterygoïde, orbite).

Dans ces mêmes régions qui se prêtent mal à la coagulation Holmgren place des tubes de radium.

Les suites opératoires sont troublées par l'élimination de gros séquestres, la cicatrisation est serrée, cause fréquente de trismus.

Il est bien difficile d'interpréter les résultats obtenus par cette méthode (statistiques de Gordon B. New et de Holengren); ces auteurs ayant véritablement sélectionné leurs malades.

Conclusions. — La chirurgie, à elle seule, peut réséquer efficacement certains épithéliomas peu étendus, à condition de travailler dans la zone périphérique saine.

La chirurgie diathermique, à elle seule, peut traiter efficacement certains épithéliomas peu étendus et de basse malignité. Elle présenterait sur la chirurgie des avantages et des inconvénients.

Avantages :

1° Stérilisation des tissus touchés par la diathermie;

2° Mortalité opératoire moindre (pas d'hémorragies, pas de sécrétions);

3° Résultats esthétiques meilleurs.

Désavantages :

1° Difficultés d'explorer les limites du néoplasme;

2° Impossibilité de limiter son action; si l'on veut qu'elle soit efficace d'où gros délabrements et même accidents mortels.

En résumé, la diathermie permet d'atteindre les tissus néoplasiés que le bistouri ne peut disséquer.

Quelle que soit la technique employée, la radiumthérapie est le temps terminal indispensable. O. Monod insiste sur la nécessité de donner une dose suffisante, de la répartir en un grand nombre de tubes et si le néoplasme est étendu, de faire précéder l'intervention d'une application de radium en surface.

Il semble que le pourcentage appréciable (38 p. 100) de guérisons obtenus par les auteurs sont dus à une application plus judicieuse du radium et la technique radiumthérapique est susceptible de grandes améliorations si l'on tient compte des recherches récentes (C. C. Regaud et R. Ferroux).

BOUCHE. PHARYNX

Mort subite par injection de novocaïne adrénaline dans la région amygdalienne. (R. Mayoux. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 6, p. 571.) — 8 centimètres cubes de novocaïne à 0,5 p. 100 additionnés de 1 centimètre cube à 1 p. 100. Mort subite cinq minutes après l'injection chez une jeune arménienne de vingt ans, sans tare reconnue.

Le siège anatomique des phlegmons péri-amygdaliens antéro-supérieurs. (Terracol. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1929, n° 1, p. 17.) — Parmi les nombreuses hypothèses émises au sujet du siège de ces collections, aucune ne semble avoir prévalu.

M. Terracol a eu la bonne fortune d'autopsier un malade atteint d'un phlegmon péri-amygdalien et qui mourut d'un œdème de la glotte. Cet abcès siégeait au niveau de l'espace prestylien. Ce fait confirmerait la thèse d'Arsimoles (Thèse de Toulouse, 1922), qui poussant sur le cadavre de la gélatine dans l'espace prestylien, obtint l'image-type du phlegmon péri-amygdalien alors qu'il lui fut impossible d'injecter le tissu celluleux situé entre la capsule amygdalienne et la paroi pharyngée.

Malgré ces constatations, il est difficile d'assigner à ces phlegmons une topographie univoque, intra ou extra-pharyngiennes, l'infection franchissant facilement la barrière fragile que lui oppose le constricteur supérieur. Cependant, il semble que le phlegmon péri-amygdalien, dit antéro supérieur puisse se collecter en deux points :

1° Dans la fossette sus-amygdalienne, c'est le phlegmon intravélique;

2° Dans l'espace prestylien, c'est l'ancien abcès para-amygdalien de Calas, le phlegmon péri-amygdalien externe de Moure et Brunel; termes qui peuvent avantageusement être remplacés par celui de *Phlegmon sous-amygdalo-tubaire*; ce dernier étant, dans la majorité des cas, l'aboutissant d'un phlegmon vélo-palatin localisé au niveau de la fossette sus-amygdalienne de Killian (Truffert).

Le chancre de l'amygdale. (Retrouvey. *Rev. de laryng.*, 1929, n° 1, p. 11). — Dans une revue très complète et après un exposé de l'historique, de la pathogénie et de l'étiologie du chancre de l'amygdale, M. Retrouvey insiste sur sa fréquence relative puisqu'il tient la troisième place dans l'histoire des chancres extragénitaux et sur le polymorphisme de sa symptomatologie. La précocité des accidents secondaires, la fréquence des accidents nerveux qui lui font suite sont encore un cachet particulier de la chancre.

Les formes cliniques multiples sont reliées entre elles par des traits communs, à savoir : l'unilatéralité, l'hypertrophie amygdalienne, l'induration, la douleur, l'adénopathie du type classique ou du type inflammatoire par injection secondaire.

Suivant l'importance plus ou moins grande du processus ulcéreux et la présence ou non d'infections surajoutées, Retrouvey décrit plusieurs aspects cliniques :

a. Une forme angineuse;
b. Une forme érosive;
c. Une forme ulcéreuse;
d. Une forme diphtéroïde;
e. Une forme gangréneuse;
f. Une forme épithéliomateuse;
g. Une forme polypoïde (Portmann).

On conçoit que le diagnostic soit souvent difficile.

L'angine aiguë a pour elle la bilatéralité, l'absence d'induration, la durée éphémère de la dysphagie.

Les angines spécifiques secondaires sont caractérisées par des érosions multiples entourées d'un liseré carminé. La gomme ulcérée, d'aspect cratériforme ne s'accompagne pas, en principe, d'adénopathie.

La fausse membrane due au bacille de Loeper est plus étendue.

L'angine gangréneuse, l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, risquerait de prêter à confusion.

L'angine ulcéreuse membraneuse surtout est d'un diagnostic difficile, la recherche de l'association fuso-spirillaire est de faible valeur puisqu'elle existe dans toutes les affections ulcéro-nécrotiques du pharynx. D'autre part, les deux affections peuvent coexister.

L'épithélioma, l'âge du malade, les caractères de l'adénopathie, la biopsie, lèveront tous les doutes.

Le laboratoire ne donne que des renseignements relatifs du fait de la présence de nombreux spirochètes buccaux.

Pronostic. — Plus sérieux sur l'évolution ultérieure de la syphilis, comme tous les chancres céphaliques.

Traitement général. — Celui de la syphilis.

Traitement local. — Topiques divers.

Angine styloïdienne chronique. (Garel, Arcelin et Charrat. *Annal. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 8, p. 717.) — Observations de deux nouveaux cas d'angine, dite styloïdienne qui s'ajoutent à deux cas semblables déjà publiés par un des auteurs en 1921.

Ces angines sont caractérisées par une sensation de gêne, de cuisson, de grosseur au niveau d'une amygdale; seuls le toucher et la radiographie permettent de les individualiser.

Du point de vue pathogénique, il ne s'agirait pas d'une anomalie congénitale, mais d'une ossification partielle ou totale du ligament stylohyoïdien.

TRAITEMENT DU

DIABÈTE

PAR

LES

CAPSULES GLUTINISÉES

DE

PANCRÉPATINE

LALEUF

LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS

LABORATOIRES LALEUF

49, Avenue de la Motte-Piquet-Paris

Nouvelle adresse : 20, rue du Laos, PARIS-XVe

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. — Pancrépatine Laleuf

Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf

Mycolactine Sauvin. — Iodatoxine Laleuf

Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

Ce type d'angine, évidemment assez rare, serait cependant trouvé plus souvent si on le recherchait systématiquement au cours des angines mal définies.

La résection de la styloïde, qui n'est pas sans dangers du fait du voisinage des gros vaisseaux ne doit trouver son indication que dans l'intensité de la douleur.

Lorsque les troubles sont peu accusés, le seul fait d'affirmer au malade cliniquement et radiographiquement la bénignité de son angine suffit à calmer ses craintes et à faire disparaître chez lui la phobie du cancer ou de la tuberculose.

Diagnostic des hypertrophies amygdaliennes. (DESPONS. *Revue de laryng.*, 1929, n° 8, p. 259.) — L'auteur donne une classification précise des différents types d'hypertrophie amygdalienne.

1° *Hypertrophie simple.* — Affection surtout mais non uniquement de l'enfance.

Anatomie pathologique. — Amygdales pédiculées, enchatonnées, intravéliques.

L'hypertrophie peut être molle, lymphoïde (enfant) ou dure conjonctive (adulte) ou mixte.

Symptomatologie. — Aux troubles respiratoires et vocaux (toux et voie amygdaliennes) s'ajoutent souvent des troubles auditifs et digestifs.

Possibilité d'albuminurie et d'hématuries.

Objectivement, l'hypertrophie des amygdales s'accompagne souvent de l'hypertrophie des organes lymphoïdes du pharynx et du cou.

Evolution. — Soit régression vers la puberté, soit évolution par poussées laissant des amygdales définitivement hypertrophiées.

Forme clinique. Adénite amygdalienne (Moure), évoluant par poussées tant par niveau des amygdales que les ganglions cervicaux.

Diagnostic. — 1° Tumeurs bénignes, unilatérales (papillomes, polypes, adénomes); tumeurs malignes (épithélioma, sarcome) qui pourront nécessiter une biopsie. Le lymphadénome.

2° Hypertrophies amygdaliennes de nature spécifique. Bilatérales habituellement.

a. Tuberculose.

I. Forme hypertrophique chronique.

II. Adénite amygdalienne tuberculeuse de Portmann, évoluant sous forme de poussées subaiguës.

b. Syphilis secondaire avec exanthème du voile et des piliers.

c. Mycose (très rare).

3° Affections du système hémato-lymphopoïétique.

L'amygdale palatine participe aux différents syndromes d'hyperplasie lymphoïde. La clinique, l'examen des organes hémato-lymphopoïétiques, la formule leucocytaire permettront de reconnaître :

a. La maladie de Hogdkin (cellule de Sternberg);

b. La leucémie lymphoïde;

c. La lymphadémie aleucémique;

d. La pseudo-lymphadémie tuberculeuse (Sabrazes).

Contribution à l'étude de l'agranulocytose. (VIALLE. *Ann. des mal. de l'oreill*, 1929, n° 3, p. 228.) — L'auteur rapporte une intéressante observation d'angine agranulocytique typique. Atteinte profonde de l'état général, angine ulcéro-nécrotique grave, diminution considérable des polynucléaires neutrophiles, évolution rapidement mortelle.

Mais ce que montre en particulier cette observation est une anémie intense avec une leucopénie générale.

Anatomie de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Déductions pathologiques. (Ch. RUPPE. *Arch. int. laryng.*, 1928, n° 3, p. 513.) — Topographiquement, l'auteur divise la branche horizontale en trois régions :

1° *Région incisive et canine*, la face interne est buccale, la face externe est plus intéressante car l'insertion haute des muscles de la houppe explique la formation des fistules mentonnières. Les incisives et les canines relativement rebelles à la carie présentent, par contre, fréquemment de la mortification pulpaire.

2° *Région prémolaire*, la face externe en est surtout vestibulaire, la face interne répond à la région sublinguale; c'est le siège de l'angine de Ludwig.

3° *Région molaire*, sur la face externe, l'incision du buccinateur guide en avant l'abcès migrateur de Chompret et Lhirondel.

La face interne répond à la loge sous-maxillaire siège des ostéo-phlegmons. M. Ruppe reprend les éléments de diagnostic entre les ostéo-phlegmons et les adéno-phlegmons tels qu'ils ont été posés par Sebileau et Truffert.

En arrière de la dent de sagesse, M. Ruppe étudie les rapports avec le canal dentaire et montre tout l'intérêt qu'il y a à ménager chirurgicalement la table interne de cette région.

Il en tire également des conclusions fort intéressantes sur le refoulement ou la destruction du nerf dentaire inférieur dans les différentes affections inflammatoires ou néoplasiques.

Il rappelle à ce sujet l'importance du signe de Vincent (anesthésie mentonnière).

De la mobilité du maxillaire, de sa situation buccale, de l'importance physiologique de l'articulé dentaire; M. Ruppe conclut à la supériorité de la prothèse sur la chirurgie dans le traitement de la majorité de cas de fractures de la mâchoire inférieure.

LARYNX

Contribution clinique à la papillomatose laryngienne. (V. TEMPÉA et Gh. BUZOIANU [de Bucarest]. *Arch. univ.*, 1928, n° 12, p. 1112.) — Le traitement actuellement considéré comme le plus efficace est la radiothérapie; mais il y a lieu quelquefois d'ajouter l'exérèse chirurgicale.

OREILLE EXTERNE. OREILLE MOYENNE

Ostéite nécrosante, bénigne du conduit auditif. (JACQUES. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 4, p. 345.) — A côté du cholestatome du conduit vraisemblablement d'origine mastoïdienne, l'auteur étudie l'*ostéite nécrosante bénigne du conduit* déjà décrite par Boulay.

C'est une affection de l'os tympanal caractérisée par une excavation globulaire ou en ravine du plancher du conduit. Le fond, blanchâtre et rugueux, est rempli d'amas cérumino-épidermiques, de bourgeons et même de séquestres. La membrane tympanale peut être intacte.

Si dans la moitié des cas on retrouve dans l'étiologie la syphilis héréditaire ou acquise, la cause peut en être également un eczéma infecté ou un traumatisme.

Lafitte-Dupont y ajoute l'embryome du conduit.

Tuberculose végétante de la mastoïde. (DURAND et STERNBERG. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 9, p. 854.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une otite en apparence banale, présenta un gonflement de sa mastoïde sous forme d'une masse mollasse, non fluctuante, en même temps qu'apparut une paralysie faciale. L'intervention montra un abondant tissu de granulation et l'histologie prouva sa nature tuberculeuse.

Cette forme végétante, déjà décrite au niveau de la caisse, semble ne pas encore avoir été signalé au niveau de la mastoïde.

Dans cette observation, la localisation mastoïdienne serait, pour MM. Durand et Sternberg, primitive et n'aurait engendré que secondairement une réaction inflammatoire au niveau de la caisse et du facial.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la **SYPHILIS** et du **PALUDISME**

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule: Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Étabts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses**, etc.

Avantages : Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.
4 formes : Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude** -:- **PARIS**

R. C. 88.031, Seine

Lactolaxine
FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la **CONSTIPATION** et des INTOXICATIONS **GASTRO-INTESTINALES**

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, **ANDRÉ PARIS**, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès-Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SÉBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence d'Oxycèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Technique de la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson. (Ph. PANNETON [de Montréal]. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 11, p. 986.) — L'auteur recommande l'anesthésie locale ; une incision de 1 centimètre, répondant au tiers inférieur de l'incision du pavillon et le curettage de l'autre, seule cellule mastoïdienne à cet âge, à la curette.

Ainsi conçue, l'opération devient bénigne et sans shock opératoire.

Contribution à l'étude de l'otite scarlatineuse. (A. LEMARIEY. *Ann. des mal. de l'oreille*, Revue générale, 1928, n° 11, p. 997.)

L'ostéomyélite mastoïdienne bilatérale chez le nourrisson et l'enfant du premier âge. (H. ALOIN. *Revue de laryngol.*, 1929, n° 6, p. 191.) — A côté de la forme classique de mastoïdite évidente, il existe des formes ostéomyélitiques latentes, bilatérales, évoluant normalement vers la méningite. Il s'agirait d'une infection d'origine hématogène, septicémique, susceptible de donner une localisation d'emblée au niveau des mastoïdes. M. Aloin montre que cette ostéomyélite double évolue sous des masques multiples tendant à égarer le diagnostic. Les signes auriculaires et mastoïdiens sont minimes ou nuls alors que dominent, soit des signes de septicémie, soit des signes pulmonaires, soit des signes intestinaux; température 40 degrés, la torpeur est particulièrement marquée.

En l'absence de traitement chirurgical, évolution vers la mort avec signes d'hypertension intracranienne. Parfois s'ajoutent une paralysie faciale, des signes d'irritation labyrinthique ou méningée.

Le diagnostic est difficile. Pas de douleur ni d'œdème mastoïdien; l'image du tympan renseigne mal; cependant l'enfant porte la main aux oreilles, il a tendance à dormir tout le temps, il existe une chute de la paroi supérieure du conduit et l'introduction du spéculum est douloureuse.

La trépanation montre des lésions étendues d'ostéite.

Suivent sept observations.

Troubles moteurs du trijumeau d'origine otique. (LANNOIS et Mme JOUVE. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1928, n° 7, p. 637.) — A l'encontre des troubles sensitifs de la Ve paire d'origine otique qui sont bien connus, les troubles moteurs du trijumeau, soit d'un ordre spasmodique, soit d'ordre paralytique, ont été rarement décrits.

M. Lannois et Mme Jouve citent trois observations de malades otorrhéiques (l'une de ces otites était d'origine traumatique) qui présentèrent une symptomatologie très nette de paralysie de la racine motrice du V : troubles de la mastication, atrophie du temporal avec saillie de l'apophyse zygomatique, méplat au niveau du masséter, absence de contraction du ptérygoïdien et dans deux de ces cas abolition de l'excitabilité galvanique et faradique de ces muscles.

Le mécanisme de ces paralysies s'explique par les rapports intimes qui existent entre la racine motrice du V et la pointe du rocher au moment où elle passe sous la racine sensitive, atteint la face profonde du ganglion de Gasser pour se continuer dans le maxillaire inférieur.

Cette racine chemine sur le plancher du cavum de Meckel dont seul le feuillet inférieur le sépare du rocher. Le trajet suprapétreux est de 7 à 8 millimètres.

Thrombose otogène croisée du sinus caverneux. Guérison. (COLLET. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1929, n° 2, p. 101.) — Observation d'une otite aiguë, compliquée d'abord de phlébite du sinus latéral à symptomatologie anormale et bientôt suivie des symptômes d'une thrombose du sinus caverneux du côté opposé. L'intervention sur le sinus latéral montre une thrombose suppurée s'étendant jusqu'au pressoir d'Hiérophile. Autovaccin. Guérison.

M. Collet rappelle des observations de thromboses otogènes du sinus caverneux, soit isolées, soit associées à la thrombo-phlébite du sinus latéral, la localisation veineuse s'étant faite du côté de l'oreille malade, et il en résume la pathogénie classique.

Pour son malade il fait faire intervenir un autre mécanisme et il envisage diverses hypothèses plausibles :

a. L'infection étendue jusqu'au pressoir d'Hiérophile a gagné le sinus latéral opposé et de là le sinus caverneux;

b. Ou bien, et ce qui semble plus logique, la coagulation a atteint le sinus caverneux opposé par l'intermédiaire du sinus transverse de la selle turcique qui fait communiquer entre eux les deux sinus pétreux inférieurs.

c. Ou bien, il pourrait simplement s'agir d'un foyer métastatique.

Aucune intervention sur le sinus caverneux n'a pu être tentée sur ce malade; la guérison survient après traitement de la thrombo-phlébite du sinus latéral et auto-vaccinothérapie.

Mastoïdectomie sous-corticale. Opération radicale. (J. LEMPERT. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1929, n° 2, p. 111.) — Cette nouvelle technique offrirait l'avantage d'épargner la corticale externe de la mastoïde et la mastoïde elle-même qui, pour l'auteur et dans la majorité des cas, est saine au cours des otites moyennes suppurées, chroniques, soit qu'on se trouve en présence d'un os primitivement compact, soit que la condensation soit secondaire aux processus infectieux. D'autre part, l'audition et l'antre sont plus faciles à atteindre par la voie du conduit auditif externe que par la trépanation de la face externe de la mastoïde.

Sa technique est la suivante :

1° Incision des plans cutanés et rugination de la paroi postérieure du conduit;

2° A l'union du tiers interne et des deux tiers externes d'une ligne hypothétique unissant l'insertion postéro-supérieure du tympan à l'épine de Henle, la trépanation à la fraise conduit sur l'aditus puis sur l'antre que l'on nettoie à la curette; le canal semi-circulaire externe est sous les yeux et sert de repère;

3° Enlèvement des deux tiers externes de la paroi postérieure du méat à la fraise jusqu'à ce qu'on ait atteint le bord antérieur de la face externe du cortex mastoïdien;

4° Enlèvement du pont osseux séparant l'antre de la cavité tympanique; résection de la paroi externe de l'attique et abrasement d'une partie du mur du facial;

5° Nettoyage de la caisse et de l'orifice tubaire;

6° Tamponnement à la gaze iodoformée.

Maximum de sécurité opératoire, simplicité et rapidité de l'épidermisation sans plastique, excellente esthétique; tels sont les avantages que présenterait cette technique.

OREILLE INTERNE

La valeur clinique de l'épreuve de Kobrak. (PORTMANN et MAILHO. *Revue de laryngol.*, 1929, n° 1, p. 1.) — En matière de séméiologie vestibulaire, les variations, soit de quelques secondes dans l'apparition ou la durée du nystagmus, soit de quelques degrés dans la température de l'eau, ne doivent pas commander un diagnostic.

Une certaine marge doit être laissée dans l'interprétation.

Pour les épreuves caloriques, M. Portmann emploie la méthode de Kobrak simplifiée, décrite par Baldenweck; en une fois il injecte 10 centimètres cubes à 27 degrés en deux secondes. Il note la période de latence et la durée du nystagmus.

Dans certains cas, les méthodes de Barany, Brünings et de Kobrak donnent les réponses contradictoires et en apparence paradoxales. Ces faits s'expliqueraient par la différence d'excitation obtenue par chacun des deux procédés ;

Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam

Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.



FORMULE

Iode 0.01
Cholesterine . . . 0.10
Cinnamate de Benzyle . . . 0 05
Eucalyptol 0 05
Goménol 0.05
Gaiacol 0.05
Huile stérilisée. 1 c.c. 5

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Echantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone : Archives 08-27

DIURÉTIQUE

D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Kobrak, excitation forte et brève; Barany, Brünings, excitation faible et prolongée.

Le Kobrak agirait plus sur l'élément vaso-moteur que sur le labyrinthe à proprement parler.

Par exemple, l'hyperexcitabilité vestibulaire ne serait pas forcément la traduction d'une hypersensibilité des organes labyrinthiques, mais serait due plutôt à une amplification de l'excitabilité par l'intermédiaire d'une vaso-motricité exagérée.

L'influence possible des médicaments vaso-moteurs sur les résultats des épreuves de Kobrak semblent confirmer l'hypothèse.

Les méthodes de Kobrak et de Brünings ne s'excluent donc pas, mais se complètent.

Etude de la réflectivité vestibulaire après la ligature de l'artère vertébrale. (Beltran. *Revue de laryngol.*, 1929, n° 7, p. 219.) — Des expériences pratiquées par divers auteurs sur les différents systèmes sympathiques, cervical et carotidien, ont montré une action vaso-motrice indubitable sur le labyrinthe postérieur se traduisant, soit par une hyperexcitabilité, soit par une hypoexcitabilité. Par contre, la ligature de la carotide primitive est sans action apparente sur l'appareil vestibulaire et ne détermine pas obligatoirement une hémiplégie.

Considérant les rapports intimes qui unissent l'artère vertébrale à l'artère auditive interne, l'auteur s'est proposé d'agir sur l'artère vertébrale pour essayer d'obtenir des modifications du côté du labyrinthe.

Les expériences portent sur trois chiens :

Chez le premier, il a lié la carotide primitive;

Chez le deuxième, les deux artères vertébrales;

Chez le troisième, la vertébrale gauche en même temps que la ligature temporaire de la vertébrale droite et de la carotide primitive du même côté.

Dans aucun de ces trois cas il n'a noté de modifications du nystagmus après épreuves rotatoires.

Il est donc difficile de modifier la circulation labyrinthique en agissant à distance par compression ou ligature. N'est-ce pas parce que (comme le voudraient certains auteurs américains) les nerfs vaso-moteurs n'accompagneraient pas les vaisseaux mais les atteindraient en des points réguliers de leur trajet ?

Le phénomène de la roue dentée dans les syndromes vestibulaires. (F. Negro. *Revue d'oto-neuro-ocul.*, 1928, n° 7, p. 544.) — Dans la plupart des syndromes vestibulaires causés par des lésions irritatives, on peut remarquer une augmentation de la tonicité musculaire mise en évidence par le phénomène de la roue dentée.

D'après l'auteur, le mécanisme de cette hypertonicité trouve sa raison d'être dans l'état d'irritation du vestibule et par conséquent du noyau de Deyters. Or, il semble démontré que, de ce noyau, partent des fibres spinales à action inhibitrice; une lésion de ces fibres déterminerait une exaltation du tonus du sarcoplasme des muscles striés.

Tumeurs du nerf acoustique. (P. Rigaud et M. Riser. *Ann. des mal. de l'oreille,* 1928, n° 6, p. 579.) — Deux variétés unilatérales et bilatérales, ces dernières sont en général une localisation d'une neuro-fibromatose généralisée.

Après un rappel des notions anatomiques classiques, les auteurs étudient la symptomatologie; ils insistent sur les symptômes précoces :

Syndrome cochléo-vestibulaire ;

Céphalée occipitale ;

Elargissement du conduit auditif interne sur un cliché radiographique.

A la période d'état, se surajoutent des signes de compression à distance sur V et VII et des signes d'hypertension intracranienne.

Au point de vue diagnostic, ils envisagent :

Les lésions développées à l'intérieur du névraxe ponto-cérébelleux;

Les lésions de la fosse cérébrale postérieure (méningite syphilitique, tumeur de la base du crâne);

Les tumeurs cérébelleuses.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs insistent sur les bénéfices aujourd'hui indiscutés de la chirurgie, puisque le déchet est tombé à 11 p. 100 dans les interventions précoces.

Les troubles vestibulaires dans la catatonie et l'hébéphréno-catatonie. (Aubry et Baruk. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1929, n° 2, p. 138.) — Les auteurs ont étudié sur une série de sujets hébéphréno-catatoniques les modifications de la réflectibilité vestibulaire. Les résultats leur ont montré l'existence d'une hypoexcitabilité dont le degré semble varier avec l'intensité de la catatonie.

Quelle que soit l'épreuve employée, la réflectivité vestibulo-corticale (sensation vertigineuse) est la première à disparaître; le réflexe vestibulo-spinal (troubles de l'équilibre) disparaît ensuite; l'arc réflexe vestibulo-mésencéphalique (nystagmus) est le plus résistant et en général plus ou moins conservé chez les catatoniques.

L'atteinte constante de l'arc réflexe vestibulo-cortical tendrait, peut-être, à confirmer l'hypothèse de l'origine corticale de l'hébéphréno-catatonie aux dépens d'une origine mésencéphalique.

D'autre part, les auteurs insistent sur les analogies qui existent entre les perturbations vestibulaires, bien que passagères et variables rencontrées dans l'hystérie et celles des catatoniques, et se demandent si ces deux affections, bien que de nature différente, ne mettent pas en œuvre le même trouble labyrinthique.

Syndrome vestibulaire passager provoqué par une injection de novocaïne. (Fotrade. *Revue d'oto-neuro-ophtalm.*, 1928, n° 10, p. 797.) — L'auteur relate une observation qui tend à prouver la relation qui existe entre le sympathique céphalique et le vestibule. A la suite d'une injection de novocaïne-adrénaline faite dans la fosse ptérygo-maxillaire gauche dans un but d'anesthésie régionale, son malade fut pris de maux de tête, de bourdonnements et de vertiges avec nystagmus rotatoire vers la droite et tendance à la chute vers la gauche.

Précédemment des séries d'expériences sur des lapins et sur l'homme de MM. Lannois, Gaillard et Terracol, ainsi que des observations cliniques de MM. Barré, Dragonesco et Lian, avaient prouvé qu'il existe une corrélation physiologique entre le sympathique cervical et le vestibule.

L'auteur pense que pareille liaison existe entre le sympathique céphalique et le vestibule. Des expériences de M. Halphen tendraient à confirmer cette hypothèse.

M. Halphen, après badigeonnage par voie endonasale de la région du ganglion sphéno-palatin au liquide de Bonan, a pu modifier l'excitabilité vestibulaire. Par le même procédé il a obtenu une amélioration du nystagmus et des vertiges au cours de syndromes de Ménière dus probablement à une vasodilatation des artères du labyrinthe; cette amélioration ne dépassant pas en durée celle de l'action du mélange vasoconstricteur.

Malgré cette liaison du sympathique et du vestibule, l'auteur pense cependant qu'il est prématuré d'expliquer par des phénomènes vaso-moteurs présidés par le sympathique, le nystagmus qui se produit après une épreuve hydro-calorique.

La paralysie isolée du vestibule. (Caussé. *Ann. des mal. de l'oreille,* 1929, n° 1, p. 1.) — M. Caussé a rassemblé 25 cas de paralysie isolée du vestibule avec intégrité de l'appareil cochléaire. Presque toujours la paralysie est unilatérale, complète et totale; exceptionnellement elle est bilatérale

Pneumogéïne Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

ou incomplète (paralysie du canal horizontal) ou partielle (paralysie au seul mode rotatoire).

Dans 14 des cas, il s'agit de syphilis récente ou ancienne. Il s'agirait pour Ramadier d'une réaction de Herxheimer, car chez la plupart de ces malades on a démontré l'insuffisance du traitement As ou Hg.

Pour M. Caussé, les troubles seraient en rapport plutôt avec une méningo-névrite qu'avec une lésion nucléaire ou labyrinthique.

Dans 2 cas il s'agit de leucémie; dans 1 cas la paralysie est consécutive à l'anesthésie rachidienne; dans 6 cas l'étiologie est inconnue; peut être faudrait-il envisager une origine zostérienne étant donné la possibilité (Sicard) de zones sans éruption.

Sans entrer dans le détail des signes différentiels qui opposent les paralysies vestibulaires périphériques aux troubles vestibulaires d'origine centrale et qui sont dans la majorité des cas très courts, l'auteur note cependant que les tumeurs de la IIIe paire et la sclérose en plaques peuvent exceptionnellement reproduire le tableau de la paralysie isolée du vestibule.

L'action labyrinthique des médicaments vaso-moteurs. (J. Terracol. *Revue de laryngol.*, 1929, n° 1, p. 7.) — L'auteur rappelle les réactions labyrinthiques (en général hypoexcitabilité) obtenues par la sympathicectomie de la carotide interne ou par la résection du ganglion cervical supérieur.

Une thérapeutique médicale présenterait l'avantage d'être simple, peu dangereuse et de pouvoir être répétée, si toutefois l'action des médicaments vaso-moteurs sur le labyrinthe pouvait être prouvé.

1° Parmi ceux-ci, l'adrénaline a une place prépondérante. Ingérée par la bouche elle amène fréquemment la disparition des vertiges; s'il existait des alternatives d'hyperexcitabilité ou d'hypoexcitabilité, l'excitabilité redevient rapidement normale. Cependant la tension artérielle est peu modifiée.

Par voie intraveineuse, l'action est plus rapide.

2° Les extraits d'organe ne déterminent aucune réaction.

2° L'acétylcholine serait une substance artério-dilatatrice, hypotensive, antagoniste de l'adrénaline. Son action sur le labyrinthe serait nulle pour M. Terracol.

En résumé, seule l'adrénaline a une action manifeste sur le labyrinthe.

BIBLIOGRAPHIE

La récupération des infirmes de la parole et de l'audition. (G. de Parrel. *Presse méd.*, 15 mai 1929.) — De toute nécessité, les infirmes de la parole et de l'audition doivent recevoir des soins médico-pédagogiques appropriés à leur état.

I. *S'ils appartiennent à des familles nécessiteuses ou peu fortunées, les enfants sourds-muets* devraient être admis *gratuitement et obligatoirement* dans les institutions déjà existantes ou, le cas échéant, dans des écoles nouvelles à créer.

Les *enfants demi-sourds* devraient être groupés dans des classes spéciales dont les professeurs, préparés à cet enseignement particulier, auraient à leur disposition des appareils amplificateurs de la voix et un matériel scolaire adapté à l'état auditif des élèves (cinémas, projections, etc.).

Les *dyslaliques* devraient être dirigés sur des cours d'orthophonie, où des maîtres compétents procéderaient à leur rééducation.

Toutes ces organisations devraient être créées et entretenues par l'Etat dont l'intérêt évident est de récupérer tous les individus déficients.

II. *S'ils appartiennent à des familles aisées*, les infirmes de la parole et de l'audition seront confiés à des médecins rééducateurs et à des professeurs spécialisés.

Les *sourds-muets* sont démutisés, initiés à l'écriture, à la lecture sur les lèvres et mis dans les conditions requises pour recevoir une instruction équivalente à celle dont bénéficient les entendants. Leurs reliquats auditifs seront développés et utilisés pour le perfectionnement de leur parole. Les soins médicaux, hygiéniques et diététiques nécesssires leur seront appliqués.

Les *demi-sourds* seront soumis à un entraînement acoustique méthodique; leurs incorrections de langage seront rectifiées; ils pourront faire leurs études et passer leurs examens.

Les *dyslaliques* seront rééduqués et débarrassés de leur infirmité ridicule et déprimante.

Nous avons mis en relief dans notre exposé les avantages incontestables des soins médico-pédagogiques donnés *individuellement et dès l'âge de trois ans*. Les résultats sont incomparablement plus rapides, plus efficaces que ceux qu'on obtient dans les écoles où les enfants ne sont admis que vers l'âge de six ans.

Aucun médecin ne doit ignorer les possibilités de récupération des infirmes de l'audition et de la parole. C'est à lui de provoquer en temps utile, chez les parents, les décisions nécessaires. Toute erreur d'aiguillage, tout retard peuvent avoir les répercussions les plus néfastes sur l'avenir de l'enfant. (Résumé par l'auteur.)

Les Otites moyennes. (Georges Portmann et K. Kistler [de Zurich]. Un vol. de 212 pages avec 77 figures et 8 planches hors texte en couleurs; Masson et Cie.) — La question de la classification des affections de l'oreille moyenne a été longtemps soumise à l'empirisme le plus absolu, et ce n'est qu'à la suite du développement des connaissances anatomo-pathologiques consécutif aux travaux de Troeltsch et Politzer, de F. de Bezold (de Munich) poursuivis et étendus par ses élèves, F. Siebenmann (de Bâle) et A. Scheibe (d'Erlangen) que ce groupe d'affections de l'oreille a acquis l'importance qu'il a actuellement.

L'écho de ces travaux basés cependant sur des observations cliniques, des travaux statistiques minutieux, des recherches anatomo-pathologiques, n'a eu jusqu'ici qu'une faible répercussion dans les ouvrages, même importants, publiés en France.

Le but des auteurs de ce livre est de combler cette importante lacune de notre littérature otologique et de faire connaître aussi bien à l'aide des travaux de Bezold et de ses élèves que des nombreuses préparations histopathologiques recueillies par eux-mêmes ou mises à leur disposition, cette question si négligée jusqu'à ce jour en France.

Si les auteurs ont donné une place importante à l'anatomo-pathologie qui seule permet une classification strictement scientifique, leur ouvrage se présente également sous une forme pratique; on y trouvera des développements substantiels sur l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique des différentes affections de l'oreille moyenne.

Pour faciliter la lecture de cet ouvrage, les auteurs l'ont illustré d'un très grand nombre de microphotographies, dont certaines en couleurs, reproductions fidèles des lésions anatomo-pathologiques les plus caractéristiques des différents types d'otite moyenne.

Étiologie et prophylaxie de la grippe. Bacille de Pfeiffer, virus filtrant grippal. (Dujarric de la Rivière. Un vol. de 108 pages avec 6 figures et 15 planches hors texte. « Monographies de l'Institut Pasteur »; Masson et Cie.) — Depuis des siècles, la maladie que nous appelons aujourd'hui la grippe sévit dans le monde comme un redoutable fléau. Le XIXe siècle à lui seul vit deux grandes épidémies : en 1837 et en 1889. Leur marche fut assez comparable à celle de 1918-1919.

Cette dernière épidémie fut particulièrement redoutable; dans tous les pays la maladie évolua par poussées successives

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

LIPOIDES H. I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS

ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. C., 221.839, Se.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE GUILLAUMIN

VANADARSINE GOUTTES

Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE

X gouttes avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE *injectable* EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., *13, rue du Cherche-Midi, PARIS*

et s'accompagna d'une effrayante morbidité et mortalité.

Sommes-nous complètement désarmés dans la lutte contre cette maladie?

Sans connaître la cause exacte de la grippe, sans être à même par conséquent de diriger contre elle une prophylaxie spécifique, on peut, en s'appuyant sur l'épidémiologie (origine et propagation de l'épidémie) et sur les notions bactériologiques déjà acquises (rôle des microbes d'infection secondaire) établir des règles de prophylaxie qui ont une chance d'être efficaces et dont certaines ont déjà fait leurs preuves pendant l'épidémie de 1918-1919.

Ce sont les connaissances actuelles sur l'origine et la propagation de la maladie, ainsi que sur le rôle des microbes dans l'infection que l'auteur de ce travail fait connaître aux cliniciens, aux hygiénistes, aux économistes appelés à collaborer éventuellement, dans la lutte contre la maladie. Il indique quelles mesures prophylactiques s'imposent : mesures de prophylaxie individuelle d'abord, de prophylaxie sociale ensuite; la lutte contre la grippe rentrant dans le cadre très général de la prophylaxie des maladies épidémiques.

L'Auscultation pulmonaire moderne. (H. Jumon [de La Bourboule]. In-8 de 216 pages et 30 figures; Paris, N. Maloine.) — Bien que les idées du grand Laennec restent à la base de tout travail sur l'auscultation pulmonaire, l'époque moderne, grâce à l'étroite liaison de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la radiologie, a pu apporter dans l'interprétation des signes d'auscultation une précision inconnue jusqu'alors.

A l'époque ancienne qui rapporte les signes cliniques à des lésions supposées, s'oppose l'époque moderne — anatomo-stétho-radiologique — qui veut que radiologie et signes cliniques se prêtent une mutuelle assistance en vue du diagnostic. Un réajustement des méthodes stéthacoustiques devait donc être tenté, réajustement basé sur des faits sthétoradiologiques et non sur « les révélations inconscientes d'une oreille particulièrement fine, d'un sens clinique plus ou moins inné » (Rist).

C'est ainsi que, dans ce travail, on a d'abord remis au point la théorie du bruit respiratoire physiologique et celle des souffles, qui semblait oubliée : On sait pourtant depuis longtemps qu'un souffle ne naît pas dans la lésion qu'il révèle, mais qu'il n'est que la transmission du bruit glottique physiologique par un parenchyme condensé. Comme conséquence, la voix et la toux n'étant qu'une des expressions du souffle glottique physiologique — leurs modifications si importantes en stéthacoustique respiratoire ne font pas l'objet d'un chapitre spécial mais sont étudiées avec chacun des souffles pathologiques dont elles sont les compagnes habituelles.

La méthode actuelle a montré de plus que la nomenclature des signes d'auscultation pouvait être avantageusement simplifiée, et qu'il y avait intérêt (ainsi d'ailleurs que pour les signes graphiques qui les représentent) à les grouper par familles possédant des caractères communs. Aussi, en dehors des souffles par compression, somme toute exceptionnels — n'est-il étudié ici que quatre variétés de souffles par propagation : les souffles tubaire, pleural, caverneux et amphorique. De même pour les bruits adventices dont on n'a retenu que quatre groupes : 1. ronchus et sibilances; 2. râle crépitant; 3. râle bulleux (et ses variétés); 4. frottement pleural.

De petits chapitres traitent du traitement métallique, de la succession hypocratique et du signe du son.

Chaque signe est expliqué quant à son mécanisme, puis il est reporté dans la séméiologie générale à la place qu'il doit occuper, et dans le syndrome respiratoire fondamental dont il est une des expressions. Chaque affection qu'il contribue à révéler est ensuite sommairement décrite dans ses grandes lignes cliniques, en fonction des lésions anatomiques et des documents radiologiques.

L'ouvrage est accompagné de schémas et d'un tableau complet des signes graphiques d'auscultation employés aujourd'hui.

L'Oléothorax. Indications, technique et résultats. (Jacqueline Fontaine. Préface du docteur Rist; 8 planches hors texte, 300 pages; Paris, G. Doin et Cie.) — Dans cette monographie sur l'oléothorax, l'auteur s'est attaché à poser les problèmes tels qu'ils se présentent dans la pratique phtisiologique.

1° Il étudie en les discutant les indications et les contre-indications de la méthode, il expose les cas où le succès de cette thérapeutique est absolu, ceux pour lesquels il est préférable de s'abstenir; qu'il s'agisse de complications pleurales de la tuberculose pulmonaire ou de complications survenues au cours du pneumothorax thérapeutique.

2° L'auteur décrit le matériel qu'il convient d'employer et s'étend sur la technique de la création, de l'entretien et de la surveillance de l'oléothorax, permettant ainsi au phtisiologue, encore peu familiarisé avec cette nouvelle méthode thérapeutique, de prévenir et d'éviter les incidents, voire les accidents, qui pourraient survenir sans l'emploi d'une méthode rigoureuse.

3° L'étude d'une centaine de cas, réunissant toutes les indications de l'oléothorax, permet de se faire une idée des succès qu'on doit attendre de cette nouvelle méthode de traitement qui fait actuellement partie de l'arsenal thérapeutique du phtisiologue.

LA RACHI-ANALGÉSIE

Par le professeur docteur Paul DELMAS
(de Montpellier).

I. — Définition.

Groupe de procédés d'insensibilisation opératoire qui mettent en œuvre l'action d'un analgésique sur les racines postérieures, par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien.

II. Bases physiologiques.

Une solution analgésiante, introduite dans l'espace sous-arachnoïdien, s'y comporte selon deux sortes de lois :

A. LOIS PHYSIQUES, d'action immédiate. Elles sont :

a. Les unes **hydrostatiques**, *action de la pesanteur*, par laquelle, selon leur concentration moléculaire :

1. Les solutions ISOTONIQUES *demeurent* sensiblement au lieu de l'injection;
2. Les HYPERTONIQUES *tombent* dans les parties déclives;
3. Les HYPOTONIQUES ont tendance à *remonter*.

b. Les autres **hydrodynamiques**, où la *diffusion* du principe actif est réglée par deux conditions :

1. L'une qui est la TENSION DU LIQUIDE céphalo-rachidien, sur laquelle il est possible d'agir par la quantité de liquide préalablement retirée : l'*étendue de l'analgésie est en raison inverse des résistances rencontrées*.

α. Basse, quand il n'y a pas eu de spoliation préalable;

β. **Intermédiaire**, pour une évacuation moyenne;

γ. **Haute**, avec une soustraction suffisante;

2. L'autre qui est la FORCE VIVE, $1/2\ mv^2$, de la veine analgésiante :

α. Sa masse tout d'abord : *des doses croissantes permettent de remonter davantage*;

β. La vitesse d'injection ensuite : pour une veine fluide donnée.

I. Introduite SANS FORCE, sa *diffusion* peut être tenue pour *négligeable*;

REMINÉRALISATION RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS, DU PHOSPHATE TRICALCIQUE NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

II. Poussée AVEC LENTEUR, mais suivie d'aspiration et de refoulement (barbotage), elle s'effectue progressivement, par *couches de concentration décroissante* ;

III. Quand la pénétration en est réalisée avec une SUFFISANTE FORCE VIVE, la diffusion s'effectue de façon *complète* et à peu près instantanée.

B. LOIS BIOLOGIQUES, d'action secondaire. Dans les quelques minutes qui suivent, deux facteurs nouveaux viennent altérer la netteté des facteurs précédents :

a. D'une part, une véritable **neuropexie élective** de l'analgésique (*cf* virus rabique ou toxine tétanique) fixe davantage son action au voisinage de la zone injectée ;

b. D'autre part, un faible **courant de résorption** par les lymphatiques élimine progressivement le principe actif, des plexus choroïdes au cône terminal, d'où une *durée d'élimination* :

1. PROPORTIONNELLE AUX DOSES ; elle s'étend de la 6e à la 48e heure ;

2. Elle est INVERSEMENT PROPORTIONNELLE A SA HAUTEUR : l'analgésie rétrocède de haut en bas.

III. — Résultats cliniques.

Aux doses thérapeutiques, apparaissent successivement :

A. DU COTÉ DES RACINES, la *section physiologique temporaire du conducteur.*

a. **Ses lois** : elle est

1. Proportionnelle à la CONCENTRATION de la solution ;

2. En raison inverse du VOLUME du nerf (imprégnation en surface).

b. **Ses conséquences** : pour

1. Les RACINES POSTÉRIEURES, l'insensibilisation :

α. Elle est **à paliers** :

I. Tout d'abord l'ANALGÉSIE, c'est-à-dire la non perception de la douleur à la piqûre ou à la section ;

II. Ensuite la *sensibilité au* CONTACT, *pression ou élongation* ;

III. Enfin, la *sensibilité* THERMIQUE *ou* CHIMIQUE (brûlure par teinture d'iode).

β. Il en **résulte** que

I. Les RÉFLEXES de tout ordre sont interrompus ;

II. Le CHOC ne se produit plus, ou s'il existe, se dissipe et disparaît.

2. Les RACINES ANTÉRIEURES, parésie progressive de la musculature, d'où

α. Pour les membres, facilité de réduction des *fractures* et des *luxations* ;

β. Pour le tronc, *silence abdominal* et *assouplissement des sphincters* ;

γ. Pour les muscles creux, *disparition de la contracture* (cas des hernies étranglées ou de l'hypertonie utérine, avec, comme conséquence, possibilité de réaliser la libre pratique).

B. DU COTÉ DU NÉVRAXE :

a. **L'action bulbaire** se traduit

1. Du CÔTÉ RESPIRATOIRE, par un *ralentissement des mouvements du thorax*. Quelquefois, même, le sujet oublie de respirer ;

2. Du CÔTÉ CIRCULATOIRE par le *ralentissement du pouls*, cependant bien frappé, malgré une *hypotension* constante, mais légère ;

b. **L'action corticale** passe généralement inaperçue, mais n'en existe pas moins, puisque les *narcoses*, quand on veut leur faire prolonger une rachi, *sont obtenues* et entretenues *avec d'infimes doses.*

C. DU COTÉ DES VISCÈRES, glandes à sécrétion interne ou épithéliums éliminateurs, poumon, foie et rein plus spécialement, action nulle. Supériorité sur les narcoses.

IV. — Résultats pathologiques.

D'autant plus rares que l'opérateur est plus expérimenté, trois sortes d'accidents sont possibles :

A. ACCIDENTS IMMÉDIATS par *vaso-constriction bulbaire*, sous la dépendance de l'imprégnation par l'analgésique.

a. La **forme légère** du début, *malaise* et oppression, se dissipe par la tête basse, les compresses fraîches sur le visage, la caféine sous-cutanée ;

b. La **forme moyenne** de la 20e minute, angoisse, état nauséeux, pâleur et sueurs froides (*orage de Chaput*), cède à la position de Trendelenbourg et l'inhalation de nitrite d'amyle ;

c. La **forme grave**, par *syncope respiratoire*, d'emblée ou par *collapsus cardiaque*, précédée de mydriase et d'accélération du pouls chez les hypotendus, est quelquefois mortelle et relève de l'injection intraveineuse ou intracardiaque d'adrénaline, suivie d'une persévérante respiration artificielle. Exceptionnelle : 1 pour 2.000 cas.

B. ACCIDENTS SECONDAIRES. Sous la dépendance de l'irritation méningée, ils se traduisent par une *céphalée* plus ou moins persistante (5 p. 100 des cas ?) :

a. La **forme légère** dépend de l'*inhibition sécrétoire des plexus choroïdes*. Elle est combattue par l'aspirine et le sérum glucosé, ou mieux par l'injection intraveineuse de 20 cc. d'eau distillée ;

b. La **forme moyenne**, précoce avec vomissements, ou plus tardive du 8e jour (parésie du moteur oculaire externe), est due à une *méningite aseptique* par solutions vieillies. Son hypertension est justiciable de la ponction lombaire décompressive ;

c. La *méningite suppurée*, d'une toute autre **gravité**, traduit, soit un vice d'asepsie opératoire, soit le rôle localisateur sur les méninges d'une infection générale chez des sujets à hémoculture positive.

C. ACCIDENTS ÉLOIGNÉS, *paraplégies rarissimes* :

a. Soit TRAUMATIQUES, par *atteinte de la moelle*, si rachicentèse haute ;

b. Soit INFECTIEUSES, de certains *vérolés* ou *tuberculeux* ;

c. Soit NÉOPLASIQUES, par métastase beaucoup plus tardive chez les *cancéreux*.

V. — Contre-indications.

Elles découlent de ce qui précède :

A. LOCALES, toutes les *infections voisines* du lieu de la ponction ;

B. RÉGIONALES, affections *médullaires et encéphaliques*, des artérioscléeux surtout ;

C. GÉNÉRALES. Toutes les *hypotensions* :

a. Soit **mécaniques**, par hémorragies (*le placenta prævia semble faire exception*) ;

b. Soit **dyscrasiques**, chez les sujets enclins au collapsus par *intoxication*.

1. Soit AIGUË des *gangrènes herniaires* ou de l'*occlusion intestinale* ;

2. Soit CHRONIQUE des *hyperazoturiques*.

VI. — Avantages.

Ne vit pas que des contre-indications des narcoses.

A. POUR LES PATIENTS :

a. **Y peuvent prétendre**, alors qu'une narcose serait contre-indiquée :

1. TOUS LES AGES, enfants et vieillards y compris ;

Traitement spécifique de l'Hypofonctionnement ovarien

HORMOVARINE BYLA

FOLLICULINE PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE

Dysménorrhée - Aménorrhée
Ménopause - Castration chirurgicale - Stérilité

En boîtes de 6 ampoules de 1 c. c. titrées à 10 unités de folliculine

Littérature aux **ETABLISSEMENTS BYLA**, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS — R. C. Seine 71.895

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.
Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Dose : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)
C. R., 44.342, Seine.



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

HYPERTENSIONS
& TOUS LES ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
GELULES
AMPOULES

Echantillons et Littérature
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Fg St-Honoré - Paris

R. C., 134.569, Seine

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Circulation d'un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan. — Les rapides Bordeaux-Milan et Milan-Bordeaux comportent un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan, ce qui permet d'effectuer, avec tout le confort désirable, le trajet de nuit entre ces deux villes.

Départ de Lyon-Perrache, 22 h. 58; de Lyon-Brotteaux, 23 h. 17. Arrivée à Turin, 8 h. 45; Milan, 11 h. 35.

En sens inverse : départ de Milan, 19 h. 10; de Turin, 22 h. 40. Arrivée à Lyon-Brotteaux, 6 h. 03; Lyon-Perrache, 6 h. 21.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

2. LES TARÉS, pulmonaires, cardiaques, et même, puisque les viscères ne sont pas touchés, les hépatiques et les rénaux.

b. **Ils y gagnent :**

1. PENDANT L'INTERVENTION :

α. Une **insensibilisation** de parfaite qualité;

β. De conserver leur **conscience** et pouvoir autoriser ou non telle exérèse imprévue, dictée par les circonstances;

γ. Un RELACHEMENT MUSCULAIRE précieux.

I. Soit des *membres* (réduction des FRACTURES et LUXATIONS).

II. Soit des *muscles larges* (SILENCE ABDOMINAL).

III. Soit de la *filière génitale* (ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS).

2. APRÈS L'INTERVENTION :

α. **Absence de choc**;

β. **Alimentation** possible sans délai, sauf solution de continuité du tube digestif;

γ. **Suites** particulièrement simples.

B. POUR L'OPÉRATEUR :

a. Exécutée par lui, la rachi n'est que le *premier temps de l'intervention*;

b. Elle le *dispense d'un aide*, l'anesthésiste, pas toujours qualifié.

VII. — Techniques.

Cf. La fiche *La Pratique des rachi-analgésies.*

BIBLIOGRAPHIE DU MÊME AUTEUR. — Lois générales des rachi-analgésies chirurgicales, *XXXIIIe Congrès des Sociétés savantes*, Strasbourg, 25 mai 1920; *Presse méd.*, 28 août 1920. — De la part à faire aux rachi-analgésies, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 7 mai 1921. — Quelques précisions sur les rachi-analgésies, *Progrès méd.*, 23 juillet 1921. — Réduction spontanée de hernie sous l'action de la rachi, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 4 janv. 1924. — A propos des rachi-analgésies, *Bruxelles méd.*, 23 mai 1926. — Sur la rachi, *Revista argentina*, mai 1926. — La rachi en chirurgie d'armée, Conférence donnée à l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve de Montpellier, le 11 juin 1929.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

MAGNÉTISME. SUGGESTION.

L'emploi du magnétisme comme agent thérapeutique a donné lieu à diverses décisions de justice; il dissimule souvent l'exercice illégal de la médecine. La Cour de cassation (chambre criminelle) l'a constaté à nouveau dans son arrêt du 20 juin 1929 (D. H. 1929, p. 399). Les faits sont assez curieux pour être portés à l'attention de nos lecteurs.

Après avoir exercé le métier de guérisseur dans diverses localités, la dame X... se disant « Germaine de Rouen » s'était installée à Nancy où elle avait ouvert un cabinet de consultations.

Là, elle prenait part au traitement de milliers de malades, attirés par des réclames, des prospectus et des affiches. Pour se mettre à l'abri des poursuites, elle se faisait assister d'un docteur en médecine dont le rôle se bornait d'ailleurs à dépouiller la correspondance et à percevoir les honoraires.

Le traitement apparent auquel procédait « Germaine de Rouen », et qui comprenait trois séances, pour lesquelles elle se faisait verser un prix global de 500 fr., consistait en une imposition des mains sur la partie malade; et elle opérait par magnétisme ou suggestion. Elle affirmait qu'après avoir absorbé une drogue dont elle avait le secret et qu'elle appelait le « Glore », elle entrait en communication avec les esprits mystérieux, qui lui révélaient la nature du fluide dont il fallait user au regard de chaque malade, fluide qui se dégageait d'elle sous forme de rayons, d'ondes, merveilleusement efficaces, d'ions de radiations électrochimiques, grâce auxquels étaient reconstitués les atomes détruits par les diverses affections morbides.

C'était très bien imaginé pour surprendre la bonne foi des malheureux qui allaient chez « Germaine de Rouen »; c'était aussi commettre une escroquerie indéniable. Le résultat de ces agissements était des bénéfices considérables.

La Cour d'appel de Nancy par arrêt du 21 février 1929, condamna « Germaine de Rouen » pour avoir commis le délit d'exercice illégal de la médecine, visé par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 et réprimé par l'article 18 de la même loi.

Contre cet arrêt, un pourvoi en cassation a été formé, sous le prétexte qu'après avoir constaté que le traitement incriminé consistait en une simple imposition des mains par dessus les vêtements, sans aucun autre procédé ni traitement, la Cour de Rouen avait déclaré à tort qu'il s'agissait là d'exercice illégal de la médecine, alors que ladite imposition restait étrangère à l'art de guérir et à tout traitement d'ordre médical.

La Cour de cassation rejeta le pourvoi, en s'appuyant sur les faits ci-dessus résumés et en disant : « Attendu que de l'ensemble de ces circonstances il résulte que la femme B... se faisant appeler « Germaine de Rouen », *a donné une direction à des malades et a pris part habituellement au traitement de leurs maladies.* » Ce qui est la caractéristique du délit reproché.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Syndromes endocrines (1), par le docteur R. PORAK, ex-professeur aux écoles de médecine de Téhéran et de Chang-Haï, directeur du laboratoire de biologie médicale de la province de Bolivar (Colombie). Préface du professeur H. ROGER. « Bibliothèque des grands syndromes », directeur : H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; secrétaires : R. A. Gutmann et R. Porak. Deuxième édition revue, corrigée et augmentée.

L'auteur a rédigé la deuxième édition de son livre dans le même esprit critique qui dirigeait la première rédaction. Il a tenu compte des observations qui lui ont été faites en Europe et dans les Amériques du Nord et du Sud. Les opinions de l'auteur ont été en quatre ans presque toutes confirmées, et la deuxième édition se trouve renforcée par d'innombrables publications tant en France qu'à l'étranger. Cependant les endocrinologistes se divisent en deux camps : les sceptiques et les enthousiastes. L'auteur étant plutôt sceptique a tenu à grouper, à la fin de son volume, l'opinion de quelques enthousiastes. Ainsi le lecteur fera lui-même sa religion en confrontant l'auteur et ses célèbres collaborateurs.

Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme (2), par le docteur Jules JANET.

Voici un livre essentiellement personnel, vraiment magistral, qui résume toute une vie d'expérience et de bon sens clinique appliqué à l'étude d'une des maladies les plus répandues, les plus graves et peut-être aussi des plus mal connues.

On peut dire, sans exagération, qu'il constitue un événe-

(1) In-8 de 562 pages avec 39 figures dans le texte. — Prix : 90 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume de 536 pages avec 143 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

ment dans le domaine de l'urologie, car si le docteur Janet est très apprécié par la méthode qu'il a créée et vulgarisée, il n'avait pas encore condensé en un volume les résultats de sa longue expérience.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à des *considérations générales sur la blennorragie* « si mal connue et si mal traitée par la plupart des médecins », et à la gravité du péril blennorragique.

La deuxième partie comprend d'abord le *diagnostic de la blennorragie chez l'homme :* le docteur Janet insiste sur la nécessité de l'examen bactériologique fait par le médecin lui-même, et, à ce propos, donne une étude morphologique et biologique sur le gonocoque.

Le *traitement de la blennorragie* chez l'homme est envisagé ensuite dans les différentes formes qui se présentent en clinique.

Après avoir décrit le traitement abortif à l'argyrol, dont il a lui-même précisé les règles, l'auteur expose sa méthode des grands lavages dans l'urétrite aiguë; il insiste avec minutie sur les plus petits détails et l'on se rend compte que bien des échecs sont dus à une technique trop souvent défectueuse.

Dans le chapitre des *complications,* une plaie importante est faite aux *anomalies et malformations urétrales et para-urétrales*, aux repaires gonococciques de la verge et de l'urètre, ainsi qu'à ceux qui font suite aux abcès lymphangitiques ou glandulaires.

Les différentes complications de la blennorragie chez l'homme sont ensuite envisagées, surtout au point de vue de leur traitement.

Le docteur Janet insiste sur le danger de certaines manœuvres instrumentales dont l'emploi doit être réservé à des cas limités et déterminés.

La troisième partie de ce livre est consacrée à la *blennorragie chez la femme,* plus mal connue et plus mal soignée encore que celle de l'homme. L'auteur montre combien sont généralement méconnus et négligés les foyers d'infection de la région vulvaire (glande de Skene, de Bartholin, urètre).

La quatrième partie comprend l'étude des *affections blennorragiques* et des *procédés de traitement communs aux deux sexes.* C'est, en somme l'étude de la gonococcie chronique envisagée au point de vue du diagnostic, de la prophylaxie, de son importance sociale et des nouveaux moyens de traitement par la sérothérapie et la vaccinothérapie. L. G.

Spéléologie pulmonaire. Étude clinique et radiologique des cavernes tuberculeuses (1), par le docteur JAQUEROD (de Leysin).

Ce travail résume plus de vingt années de recherches. Le processus de guérison des cavernes (guérison que l'auteur a démontrée beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait) aussi bien pour celles du troisième degré que pour celles du deuxième et du premier degré, est admirablement décrit dans le texte de l'ouvrage qui est par ailleurs illustré de splendides radiographies. Cet Atlas présente des images en série, prises successivement chez le même malade avec un recul suffisant et montre la guérison obtenue soit avec persistance de la caverne, soit avec son obstruction ou son effacement.

Si bien entendu, la guérison ne s'obtient qu'avec une longue patience, on sera surpris cependant de voir comment, dans quelques cas, elle peut se produire en un temps relativement court.

(1) Un volume de 64 pages avec 79 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

SÉDOBROL
"Roche"
Tablettes d'extrait de bouillon
concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol "Roche"
= 1gr NABR
Traitement bromuré intensif dissimulé
Régime déchloruré rendu agréable
Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc.
Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge
Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges - PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Liste d'admissibilité par ordre alphabétique :*

1. MM. Aboulker (G.), Aboulker (R.), Aboulker (P.). Albeaux, Alpern, André, Arnal, Aubrun, Auzipy, Bachman.

11. Mlle Baquette, M. Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barrier, Barthélemy, Bausson, Beruchesne, Beaufils (René), Béchet, Belètre,

21. Béaech, Benzaquen, Bernard, Bézier, Bilbert (Jean), Bissery, Bloch. Boidat, Bons, Boquet,

31. Bosquet, Boudin, Boudreaux, Bouley, Bourdial, Bourgeois, Bousser, Boussoulade, Braillon, Brandy,

41. Bréhant, Bréhier, Bridgman, Bridat, Brincourt, Brizard, Brunel, Bruneton, Mme Cachera (née Magra), M. Cachin (L.),

51. Cachin (M.), Cacuira, Caïn, Calvet (J.-E.-P.), Capandji, Carlotti, Carteret, Casalis, Catalette, Mlle Cathier,

61. MM. Catonné, Challiol, Chevallier (R.), Chigot, Chômet, Mlle Cligny, MM. Coen (Alb.), Cohen (Adriel), Conte, Coste,

71. Couder, Courtial, Cuvillier, Damon, Mlle Delahaye, MM. Delamare, Delinotte, Mlle Delon, MM. Demaldent. Demirleau,

81. Demoulin, Deparis, Dreyfus (André), Dubois (J.-L.), Mlle Ducosté, MM. Dulot, Durel (Pierre), Durieux, Ellenberger, Fabre (G.),

91. Facquet, Mlle Fagnière-Genevi, MM. Feuillastre, Fichet, Fiehrer, Filloux, Font-Réaulx (de), Fort (R.), Fourestier, Fresnais,

101. Friedmann, Gabriel, Gallot, Gaudin, Gillon, Mlle Girardeau, MM. Goldsztajn, Gorecki, Goutallier, Guillemin,

111. Guilly, Guyon, Mlles Hahn, Hallard, MM. Hauert, Hécart, Herbert, Hermann, Hornús, Huret,

121. Hurez, Hutin, Mlles Jacob, Jannet (M.-L.), MM. Janvier, Jarrousse, Joly (Fr.), Joly (H.), Jomain, Joseph,

131. Jouffroy, Kaplan, Klotz, Kreiss, Kreyts, Mlle Kritchewsky, MM. Labesse, Lachter-Pachter, Laflotte, Lance,

141. Landrieu, Langre (de), Lardennois, Mlles Lassery, Lavit, MM. Lazard, Lecadre, Mlle Le Diouron, MM. Legry, Lehmann,

151. Lejeune, Lellouch, Lemaître, Lemarit, Lemelletier, Lemoine, Lepart, Leroux-Robert, Leroy (Louis), Levaditi,

161. Levannier, Mlle L'Hoir, MM. Lieffring, Limoge, Loiseau, Loisel, Lucas, Mahoudeau, Malgras, Mariau,

171. Marie, Martel, Martin (J.-T.), Marx, Masson (G.), Meillaud, Ménétrel, Messimy, Mialaret, Minet,

181. Mokine, Moreau (J.), Mortier, Motz, Naulleau, Nicolas, Nomblot, Olivier, Ollivier-Henry, Ortega,

191. Palma (de), Parent (J.), Parienté (de), Patey, Paul, Pérachon, Pergola (J.), Perier, Perreau, Pescarolo,

201. Mlle Picandet, MM. Postel, Pouey, Poupault, Prost, Prunet, Pyt, Raymond, Reboul (H.), Regaud,

211. Reix, Relier, Robert (P.-J.-M.-L.), Rouher, Roulin, Rousseau (G.), Rousset, Roy (L.), Royer de Véricourt, Thorel,

221. Sabourin, Mlle Sainton, MM. Salles, Sallet (Jean), Salomon, Sanz, Scheid, Schwartz, Sidi, Simon (Roger),

231. Soleil, Soria (de), Soubrane, Soyer, Sterne, Strée, Tavennec, Terrasse, Thiboumery, Toulemonde,

241. Tran-Quang-Dé, Vaidie, Valensi, Mlle Valentin, M. Vautrin (René), Mlle Verlier, MM. Viala, Villechaize, Werner, Willat.

HÔPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS (TUNISIE). — Deux places d'interne sont actuellement vacantes à l'hôpital civil français de Tunis.

Conditions : 9.000, 10.000, 11.000 et 12.000 fr. par an, plus une indemnité de 2.000 fr. pour les internes docteurs en

BIOPHORINE GIRARD
Kola-Glycérophosphatée
ASTHÉNIE - NÉVROSES - CONVALESCENCES

médecine. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur.

JOURNÉE MÉDICALE DE BRIDES-LES-BAINS. — Une Journée médicale aura lieu à Brides-les-Bains (Savoie), au début de la saison 1930. Cette réunion est placée sous le haut patronage ou avec la participation active des professeurs Achard, Carnot, Marcel Labbé, Rathéry, Loeper, Villarey, Piéry, Surmont, Perrin, Giraud, Sellier, P. Merklen, des docteurs Laubry, Sainton, Claisse, Bensaude, Trémolières, Harvier, Fiessinger, Stevenin. Des rapports sur diverses questions d'ordre biologique, clinique ou thérapeutique, ayant trait à l'obésité seront présentés. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Kermorgant, Société médicale de Brides-les-Bains (Savoie).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PÉDIATRIE (Stockholm, 17-20 août 1930). — Après avoir consulté un certain nombre d'éminents pédiatres de différents pays et sur leur avis favorable, les pédiatres suédois ont résolu d'organiser à Stockholm, du 17 au 20 août 1930, un Congrès international de pédiatrie.

Les communications à présenter au Congrès doivent être annoncées au plus tard le 1er mars 1930.

Les travaux du Congrès seront répartis, s'il y a lieu, entre un nombre approprié de sections.

Il est désirable que les adhésions soient envoyées le plus tôt possible au Comité du Congrès, afin que celui-ci puisse évaluer le nombre approximatif des participants et prendre en temps utile les dispositions nécessaires pour leur logement et leur agrément. Cette recommandation s'impose d'autant plus que, dans l'été de 1930, une exposition des Arts décoratifs et industriels suédoise aura lieu à Stockholm.

La cotisation est fixée à 20 couronnes suédoises.

On est prié d'adresser les adhésions et toute correspondance relative au Congrès au IIe Congrès international de pédiatrie, Stockholm, Suède. Adresse télégraphique : pédiatrie, Stockholm.

En même temps que les adhésions, il est recommandé d'envoyer, par mandat-poste ou par chèque, le montant de la cotisation.

Afin d'éviter les erreurs, il est indispensable que tous noms et adresses soient écrits en caractères d'imprimerie ou dactylographiés.

Des renseignements complémentaires seront fournis ultérieurement.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le docteur Hartmann, commencera le mardi 15 octobre 1929, à 14 h. et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL BOUCICAUT. — Cours de technique élémentaire médico-chirurgicale, du jeudi 3 octobre au mercredi 30 octobre inclus. — Ce cours, exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 h. à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. Courcoux et Trémolières, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut; avec la collaboration de M. Guilbert, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de M. Rouhier, chirurgien des hôpitaux, de MM. Bidermann et Tardieu, assistants à l'hôpital Boucicaut. Après un court exposé théorique, les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'exploration clinique des malades.

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Enseignement oto-rhino-laryngologique. — Un cours élémentaire d'oto-rhino-laryngologique en neuf leçons sera fait les mardi, jeudi, samedi à 9 h., par le docteur C. Hubert, avec la collaboration des docteurs L. Girard, G. Halgand et N. Arnould, du jeudi 10 octobre au jeudi 31 octobre 1929.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra : 1° Un aperçu théorique avec dessins, pièces de démonstration et pièces osseuses; 2° l'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Le nombre des places est limité à 12.

Un certain nombre d'élèves pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire tous les matins dans le service d'oto-rhino-laryngologie, à l'hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre Larousse (XIVe).

DISPENSAIRES DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départentaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône.

Traitement de début : 30.000.

Inscription : Préfecture de la Haute-Saône (cabinet) avant le 1er novembre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Roger Bolay et D. Chazer (de Paris).

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique	17 gr.
Phosphate de soude	24 gr.
Eau distillée	Q. s. p. 250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
Laboratoires : 3, Quai aux Fleurs. — Paris.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULÉ

Le DIAL CIBA

CHEZ LES SURMENÉS

Chez les surmenés de tous ordres, chez les préoccupés et les scrupuleux, qui font volontiers de l'obsession et de la petite anxiété nocturne, le DIAL est un médicament précieux qui détend leurs neurones sous tension et leur permet de goûter un repos réparateur, première condition de leur guérison.

COMPRIMÉS — GOUTTES — AMPOULES

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Présente tous les avantages de l'huile camphrée sans aucun de ses inconvénients.

Elle tonifie le cœur, relève la pression sanguine, amplifie la respiration.

Par son action rapide, intense et durable, elle constitue une arme puissante et fidèle pour combattre *la défaillance cardiaque, les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.*

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses — **Injection indolore vite résorbée**

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE ET HYPNOTIQUE
par les Succédanés de la Valériane

VALIMYL

(antispasmodique et sédatif)

Diéthylamide de l'acide isovalérianique.

Action constante

Absence d'odeur

Tolérance absolue par les estomacs les plus délicats

TOUTES LES INDICATIONS DE LA VALÉRIANE

Diminution de l'hyperexcitabilité réflexe des centres bulbo-médullaires et des nerfs périphériques.

DOSES : 4 à 8 perles, dosées à 0 gr. 05 en 24 heures (à prendre en 2 ou 3 fois au milieu des repas).

Flacon de 75 perles glutinisées.

ISOBROMYL

(Hypnotique)

α - Monobromisovalérylurée

Produit un sommeil tranquille

Sans effet secondaire fâcheux

Pas de céphalée au réveil

SPÉCIFIQUE DE L'INSOMNIE NERVEUSE

Hypnotique de choix des surmenés, des enfants nerveux et des nourrissons.

DOSES : *Adultes :* 0 gr. 50 à 1 gr. (1 à 2 comprimés) et plus chez les hyperexcitables ;

Enfants : 0 gr. 12 à 0 gr. 25 (¼ ou ½ comprimé) suivant l'âge.

Tubes de 10 comprimés dosés à 0 gr. 50.

LABORATOIRES CLIN & COMAR & Cie, *Fournisseurs des Hôpitaux. Pharmaciens de 1re Classe.*

20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS-Vᵉ. — Usine à Massy (S.-et-O.).

D. P. 110

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.

DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉVIAN

14-15 septembre 1929.

Président : M. le professeur CARNOT.
Vice-présidents : MM. les professeurs Maurice VILLARET et M. PIÉRY.
Secrétaire général : M. le professeur agrégé HARVIER.
Secrétaire adjoint : M. le docteur Victor BALLET.

PREMIÈRE QUESTION

L'AZOTÉMIE

I. L'azotémie dans les néphrites.

Par MM. André LEMIERRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Etienne BERNARD, médecin des hôpitaux de Paris.

« C'est au professeur Fernand Widal que nous devons l'introduction dans le langage médical du terme « azotémie » et la description des phénomènes pathologiques englobés sous cette appellation. Avec son collaborateur A. Javal (1) il a montré, en 1903, que la rétention des déchets azotés, chez les sujets atteints d'affections rénales, engendre un syndrome bien distinct, qu'il a su dégager du chaos de l'urémie classique. Ce syndrome constitue une véritable entité clinique. Il possède une physionomie si particulière que souvent le médecin peut en poser le diagnostic par le simple interrogatoire et l'examen somatique du malade. Mais la certitude de son existence est fournie par le dosage de l'urée dans le sérum sanguin.

Par ses travaux sur l'azotémie, Widal a eu le mérite d'apporter la solution d'un problème qui, depuis trois quarts de siècle, n'avait cessé de préoccuper les médecins et les physiologistes. En effet, la notion que les lésions rénales peuvent avoir pour conséquence l'accumulation dans l'organisme de l'azote excrémentiel, présent à l'état normal dans l'urine, et que cette accumulation peut avoir des suites funestes est contemporaine de la découverte des néphrites... »

« Il existe à l'heure actuelle, sur la question de l'azotémie, une littérature considérable et ce serait dépasser les limites que nous nous sommes proposées que de vouloir envisager toutes les faces de cette question, en tenant compte de ce qui a été écrit.

Mais justement, en raison de la multiplicité des publications consacrées à l'azotémie, il nous paraît que certains points de son histoire ont perdu de leur netteté. Il y a eu, comme dans tout sujet encore à l'étude, des exagérations et des contradictions qui risquent de troubler les esprits. Notre but, dans ce travail, sera de n'envisager que quelques-uns de ces points, d'un intérêt véritablement pratique pour le médecin, et de montrer sous quel jour ils se présentent à l'heure actuelle... »

Les auteurs étudient donc successivement la marche de l'azotémie dans les néphrites et les renseignements pronostiques qu'on en peut tirer, en insistant spécialement sur la valeur de la constante d'Ambard et des petites azotémies; les causes faisant varier l'azotémie des néphrites chroniques; l'azotémie des néphrites aiguës; l'intérêt que peut offrir le dosage dans le sang des corps azotés autres que l'urée; ils terminent par quelques considérations sur la pathogénie des troubles morbides survenant chez les azotémiques.

(1) F. WIDAL et A. JAVAL. La dissociation de la perméabilité rénale pour le chlorure de sodium et l'urée dans le mal de Bright, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1913, p. 1039; — La rétention de l'urée dans le mal de Bright comparée à la rétention des chlorures, *Semaine méd.*, 1905, p. 313.

L'azotémie dans les néphrites chroniques.

Quelques points de ce remarquable rapport au cours desquels les auteurs, avec une remarquable élégance, ont oublié de citer leurs propres travaux méritent de retenir plus particulièrement l'attention, c'est d'abord cette très juste réflexion sur la constante d'Ambard :

« C'est une exagération fâcheuse que d'inquiéter certains sujets et de les soumettre à des régimes alimentaires d'une sévérité excessive sur la simple constatation d'une constante d'Ambard surélevée. La chose est d'autant plus regrettable que trop souvent, dans la pratique, l'établissement de la constante n'est pas réalisé dans des conditions offrant toutes les garanties désirables. Il n'est pas exceptionnel de voir des sujets dont la constante est mauvaise parce que, au moment de la deuxième miction, ils n'ont pas complètement évacué le contenu de leur vessie. Il est souvent prudent, pour être certain du résultat, de recueillir les urines au moyen du cathétérisme urétral.

Cependant, comme moyen de diagnostic précoce d'un trouble de la perméabilité rénale pour l'azote, encore à son début, la constante d'Ambard, pratiquée avec toutes les précautions désirables, rend de très grands services. Elle est susceptible de mettre en garde pour le futur alors que le dosage de l'urée sanguine ne peut encore le faire. Mais elle ne permet pas, à elle seule, de prévoir quelle sera la durée de la maladie et quel est le pronostic d'avenir. »

Parmi les causes susceptibles d'influer sur l'évolution progressive de l'azotémie dans les néphrites chroniques, les rapporteurs signalent : 1° la teneur du régime alimentaire en azote; 2° la teneur du régime alimentaire en chlorure de sodium; 3° les infections intercurrentes; 4° les intoxications intercurrentes; 5° les troubles cardiaques; 6° les troubles du fonctionnement vésical.

Il faut insister particulièrement sur la teneur du régime alimentaire en chlorure de sodium.

« De même qu'on doit éviter au cours des néphrites chroniques, certaines erreurs préjudiciables dans la fixation de la ration azotée, il faut savoir que la teneur du régime en chlorure de sodium exerce sur l'azotémie une certaine influence. André Weill (1), dans sa thèse de 1913, rappelle que, pour divers auteurs, l'urée ne serait véritablement diurétique qu'en présence du chlorure de sodium. Lui-même a constaté que pour tuer plus sûrement les chiens par des injections d'urée, il suffit de les laisser préalablement quelques jours au régime déchloruré. On empêche de cette façon les injections de déclencher une crise polyurique de sauvegarde; celle-ci se produit au contraire quand on pratique aux animaux, après l'injection d'urée, des injections chlorurés sodiques et quand on leur donne à boire de l'eau salée.

Pasteur-Vallery-Radot (2), en 1914, puis dans sa thèse, en 1918, a montré que, dans certains cas, l'azotémie des brightiques baisse d'une façon très appréciable sous l'influence de la chloruration du régime. Dans plusieurs observations suivies pendant de longs mois, il a pu alternativement faire descendre ou faire monter le taux de l'urée sanguine, soit que l'alimentation comprît du sel, soit qu'elle en fût exempte. Dans des cas où l'azotémie était comprise entre 1 gramme et 1g50, il est parvenu à faire osciller, par la chloruration, l'urée sanguine dans des proportions parfois très notables, les

(1) André WEILL. L'azotémie au cours des néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1913, p. 72.

(2) PASTEUR VALLERY-RADOT. Variations du taux de l'urée sanguine chez les brightiques azotémiques sous l'influence d'ingestion de chlorure de sodium, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1914, t. I, p. 760; — Etude du fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1918; — Influence de la chloruration sur le taux de l'urée sanguine, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 oct. 1928, p. 1391.

dosages accusant, chez le même malade, des différences de 0g30, 0g50, 0g70. Cependant, il a remarqué qu'à la longue, l'action du NaCl finit par s'épuiser. D'autre part, malgré la chloruration, l'azotémie reste progressive et la mort survient comme si le malade n'avait pas été soumis à un régime salé.

D'autre part, dans les petites azotémies, comprises entre 0g50 et 1 gramme, on peut parfois maintenir le taux de l'urée sanguine dans les chiffres normaux, grâce à l'action de la chloruration.

Pasteur-Vallery-Radot a montré que l'abaissement de l'urée sanguine peut tenir à deux causes différentes.

Dans les néphrites avec œdèmes, un régime riche en sel provoque ou exagère la rétention hydrochlorurée et la dilution du plasma sanguin, d'où diminution du taux de l'urée rapporté au litre de sérum. En pareil cas, il n'y a qu'une amélioration apparente de l'azotémie.

Mais dans les néphrites sans rétention hydrochlorurée, il peut également survenir, sous l'influence de l'ingestion de sel, des baisses de l'urée sanguine qui sont parfois du tiers ou même de près de la moitié de la valeur primitive.

Dans ces cas, Pasteur-Vallery-Radot a pu constater, parallèlement à l'abaissement de l'urée sanguine, un accroissement très net de l'urée urinaire; il a pu noter également dans certains cas une amélioration de la constante d'Ambard et de l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine. Bien que la chose soit loin d'être constante, un régime salé, chez les sujets atteints de néphrite, est capable parfois d'améliorer la perméabilité du rein pour l'azote. La même année que Pasteur-Vallery-Radot, Rumalo et Dumitresco (1) ont apporté des constatations analogues.

Les rapports qui unissent l'azotémie et la chloruration de l'organisme ont pris pendant ces dernières années un regain d'intérêt. Les recherches poursuivies en Amérique par Whipple, Mc Callum, Mc Cann, Hadden et Orr, en France par Gosset, Binet et Petit-Dutailiis, Binet et Fabre (2) ont établi qu'en dehors des néphrites, on peut constater dans l'occlusion du pylore, du duodénum, de l'intestin grêle, une ascension très notable de l'urée et de l'azote résiduel du sang, coïncidant avec une chute parallèle de la chlorémie et une augmentation de la réserve alcaline. L. Blum, Van Caulaert et Grabar (3) ont attiré l'attention sur l'apparition des mêmes phénomènes chez certains diabétiques acétonémiques.

Dans tous ces cas les injections chlorurées sodiques et particulièrement les injections intraveineuses de solutions chlorurées sodiques hypertoniques ont pour résultat d'augmenter le taux des chlorures sanguins, en même temps que la réserve alcaline redevient normale et qu'il se fait une chute progressive de l'urée et de l'azote résiduel.

Les vomissements incoercibles qui se produisent soit chez les sujets atteints atteints d'occlusion pylorique ou intestinale soit chez les diabétiques acétonémiques, doivent jouer un rôle important dans la genèse de l'hypochlorémie, en raison de la quantité importante de NaCl qu'ils contiennent et dont est spoliée l'économie. Une observation fort intéressante d'Ambard (1), les expériences très précises de Binet (2) chez les chiens qui vomissent sous l'action de l'apomorphine sont en faveur de cette pathogénie. D'autre part, L. Blum et J. Weill (3) estiment que les diarrhées profuses peuvent occasionnellement avoir les mêmes conséquences.

Cette série de travaux a naturellement ramené l'attention sur les rapports existant entre la chlorémie et l'azotémie dans les néphrites.

Rathéry et Rudolph (4) ont rapporté l'histoire d'un sujet atteint d'une néphrite chronique se traduisant par des poussées d'albuminurie intermittente et qui s'étant astreint à un régime déchloruré strict, fut pris de troubles dyspeptiques, de spasme du pylore et de vomissements abondants et répétés. A la suite de ces vomissements, les auteurs constatèrent à deux reprises l'existence d'une azotémie notable coïncidant avec de l'hypochlorémie et une élévation de la réserve alcaline. Ainsi, pendant l'une des crises, l'urée du sang atteignit 3g45 p. 1.000, tandis que le NaCl du plasma était tombé à 3g45 p. 1.000 (normale (5g62 et que la réserve alcaline avait monté à 83 (normale 50).

Ces deux poussées d'azotémie avec hypochlorémie, traitées par l'administration de NaCl *per os* et en injections, guérirent très rapidement. Il ne persista plus, comme témoins du trouble de la fonction rénale, qu'une constante d'Ambard à 0.22 et à 0.18 et une élimination défectueuse de la phénolsulfonephtaléine.

L. Blum et ses collaborateurs (5) ont apporté à cette question une contribution importante. Ils ont pensé qu'il peut exister dans les néphrites une *azotémie par manque de sel* et ont même décrit un *syndrome azotémique grave par manque de sel.* Pour ces auteurs, dans tous les cas d'azotémie, il est nécessaire de doser le chlore en même temps que l'urée du sang. Si le chiffre du chlore plasmatique reste à la normale ou la dépasse, l'azotémie est d'origine rénale. Si le chiffre du chlore plasmatique est au-dessous de 2g80 (normale 3g60), il s'agirait certainement d'une azotémie par manque de sel. Si le taux du chlore sanguin reste entre 2g80 et 3g60, il pourrait s'agir soit d'une azotémie d'origine rénale, soit d'une azotémie par manque de sel, soit d'une azotémie relevant de cette double origine. En pareil cas, le dosage du chlore dans les globules sanguins ou dans le liquide céphalo-rachidien permettrait de résoudre le problème en révélant s'il y a ou non excès de chlore dans les tissus.

L. Blum a rapporté plusieurs observations dans lesquelles la constatation d'une hypochlorémie a conduit à administrer

(1) Rumalo et Dumitresco. Administration de chlorure de sodium aux néphritiques chlorurémiques et azotémiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1914, t. I, p. 676.

(2) A. Gosset, Léon Binet et Petit-Dutaillis. De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique et à haute dose comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication dans les occlusions du tube digestif, *Presse méd.*, 1928, n° 2, p. 17; — Quelques remarques pratiques à propos de l'abaissement des chlorures sanguins occasionné par les occlusions aiguës du tube digestif et par les vomissements, *Presse méd.*, 1928, n° 100, p. 1593.

(3) L. Blum et P. Grabar. Les altérations de la fonction rénale par hypochloruration, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 16 janv. 1928, 1er semestre, p. 183; — L. Blum, P. Grabar et van Caulaert. L'azotémie par manque de sel, *Presse méd.*, 1928, n° 89, p. 144; — L'azotémie par manque de sel dans le diabète grave, *Ann. de méd.*, 1929, n° 1, p. 23; — L'azotémie par manque de sel. Son mécanieme, *Id.*, p. 34.

(1) L. Ambard et Schmid. La réserve alcaline, *Arch. des mal. du rein et des organes génito-urinaires*, 1er mai 1928, p. 297.

(2) L. Binet. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 nov. 1928, p. 1582.

(3) L. Blum et J. Weil. Entérite aiguë avec état comateux et forte azotémie. Amélioration rapide par le chlorure de sodium, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 nov. 1928, p. 1620.

(4) F. Rathery et Maurice Rudolph. Crises d'azotémie aiguë récidivante. Chlorures sanguins et réserve alcaline, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1928, p. 1363.

(5) L. Blum, van Caulaert et Grabar. Néphrite aiguë avec syndrome azotémique grave provoqué par le manque de sel, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 nov. 1928, p. 1624; — Les différents types de néphrite avec azotémie. Leur diagnostic différentiel, *Acad. de méd.*, 4 déc. 1928, p. 1304. — L. Blum. Azotémie, chlorémie et réserve alcaline, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 déc. 1928, p. 1731. — L. Blum, van Caulaert et Grabar. Le syndrome azotémique grave par manque de sel, *Gaz. des hôpit.*, 1928, p. 1689; — Les différents types de néphrite avec azotémie. Leur diagnostic différentiel, *Presse méd.*, 19 janv. 1929, p. 90; — Phénomènes d'hypochloruration apparaissant chez un urémique traité par le régime sans sel. Nécessité du contrôle de chloruration au cours du traitement des néphrites azotémiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 fév. 1929, p. 251.

du sel chez de grands azotémiques avec des résultats très satisfaisants. Mais il s'agissait de néphrites aiguës. Peut-être en serait-il de même au cours de certaines poussées aiguës d'azotémie survenant au cours des néphrites chroniques; nous manquons encore de renseignements sur ce point.

Nous savons seulement à l'heure actuelle qu'à une période avancée des néphrites chroniques avec rétention azotée, chez des sujets souvent en proie à des vomissements et à de la diarrhée, le taux de la chlorémie peut être abaissé au-dessous de la normale. Rathéry et Rudolf (1) en ont cité une observation, dans laquelle quatre jours avant la mort, l'urée sanglante avait monté à 6g80, tandis que le taux de chlorure de sodium du plasma était descendu à 4g80.

L'un de nous a rapporté récemment, avec R. Thurel et M. Rudolf (2) un cas dans lequel le chlore plasmatique était tombé à 2g48, correspondant à 4g09 de chlorure de sodium, tandis que l'urée sanguine était de 1g11.

Laudat (3), dans une série de recherches qu'il a pratiquées dans le service du professeur Widal, a étudié comparativement le taux du chlore et le taux de l'urée du sang chez un très grand nombre de brightiques chroniques. Il a constaté que l'hypochlorémie est exceptionnelle quand l'urée du sang reste entre 0g50 et un gramme; elle est moins rare lorsque l'urée est entre 1 gramme et 2 grammes; elle est nettement plus fréquente quand l'urée oscille entre 2 grammes et 3 gr.; au-dessus de 3 grammes d'urée, l'hypochlorémie semble constituer la règle et, dans ces derniers cas, en observe parfois. dans les derniers jours de la vie, un chiffre très bas de chlore.

Il est possible, et les constatations déjà anciennes de Pasteur-Vallery-Radot en sont la démonstration, que chez les petits azotémiques la rechloruration de l'organisme puisse amener une rétrocession au moins temporaire de l'azotémie, au cours des néphrites chroniques. Mais il faut pour cela que les lésions rénales ne soient pas trop avancées. Ainsi, dans l'observation rapportée par l'un de nous, avec R. Thurel et M. Rudolf, bien que l'azotémie ne fût qu'à 1g11, les injections chlorurées sodiques, tout en ramenant le taux du chlore sanguin à la normale, n'ont pas arrêté l'ascension de l'azotémie; le sujet ayant succombé quelques semaines plus tard, l'examen anatomique a montré une sclérose rénale extrêmement avancée et de date certainement très ancienne.

En pareil cas, et cela s'est produit dans cette observation, la rechloruration de l'organisme semble pouvoir ramener une amélioration passagère de l'état général, mais n'entrave pas la progression fatale des accidents en rapport avec l'insuffisance rénale.

C'est à dessein que nous n'avons traité que dans ses grandes lignes la question des rapports existant dans les néphrites, entre la chlorémie et l'azotémie. Cette question est d'une extrême complexité et les derniers travaux parus sur ce sujet sont, sur certains points, assez contracditoires.

Au point de vue pratique, ce qu'il importe de savoir c'est que le régime déchloruré doit être réservé, comme le voulait Widal, aux seuls brightiques présentant une imperméabilité rénale défectueuse pour le sel et menacés de rétention chlorurée. En dehors de cette circonstance, ce régime est parfaitement superflu et n'a d'autre effet que de contrarier inutilement les malades. D'autre part, les observations de Pasteur-Vallery-Radot ont établi, depuis quinze ans, que chez certains azotémiques, à une période peu avancée de la maladie, un régime salé peut favoriser l'élimination rénale de l'azote excrémentitiel et même parfois faire retomber le taux de l'urée sanguine à la normale, en améliorant l'état de la fonction rénale. Les travaux récents montrent qu'il y a lieu de se préoccuper parfois, chez les brightiques, des hypochlorémies qu'entraînent les vomissements et la diarrhée, surtout chez les sujets soumis habituellement à une alimentation en sel. Une rechloruration judicieusement appliquée peut dans ces cas rendre de grands services.

Mais, là encore, il faut se garder de toute exagération. Pasteur Vallery-Radot a déjà fait remarquer que très souvent les azotémiques ont en même temps de la rétention chlorurée ou de l'hypotension artérielle et que ce serait une erreur de prescrire systématiquement une alimentation salée à tout azotémique. Lui-même a vu en pareil cas survenir, après administration de sel, de la dyspnée d'effort, du pseudo-asthme nocturne et même de l'œdème pulmonaire. Récemment, L. Blum a donné, à propos du même sujet, des conseils pleins de prudence (1).

Au cours des néphrites chroniques, on pourra donc autoriser un régime salé chez les sujets ne présentant pas une élimination défectueuse de chlorure de sodium susceptible d'entraîner la rétention hydrochlorurée ou la rétention chlorée sèche, car la présence de chlorure de sodium dans l'urine semble, chez certains sujets, favoriser l'excrétion des déchets azotés. Il sera bon cependant de surveiller ces malades et de se rendre compte de temps à autre, de l'état de leurs échanges chlorurés.

Quant aux cures de rechloruration intensives, applicables dans certaines poussées aiguës d'azotémie, elles ne doivent être utilisées que lorsque l'existence d'une hypochlorémie nette a été établie par l'analyse chimique du sang. »

En terminant ce chapitre des néphrites chroniques, les rapporteurs insistent sur ces phases d'exacerbation suivies de régressions que Widal a désignées en 1911 sous le nom de *rémissions temporaires et trompeuses de l'azotémie*. C'est un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue, d'où la nécessité de ne jamais formuler un pronostic sur un seul dosage de l'urée sanguine et sur la nécessité de répéter plusieurs fois les dosages avant de se prononcer définitivement.

L'azotémie dans les néphrites aiguës. — « ... Le dosage de l'urée sanguine ne représente pas pour les néphrites aiguës le même procédé de pronostic précieux que pour les néphrites chroniques. La seule étude des symptômes cliniques renseigne souvent sur la gravité de la maladie avec une précision suffisante. La constatation, même dans le sang, de chiffres d'urée extrêmement élevés et qui seraient incompatibles avec une prolongation de l'existence chez les sujets atteints de néphrite chronique, tout en engageant à une certaine réserve, n'impliquent pas nécessairement un pronostic désespéré dans les néphrites aiguës. Toutefois, dans certains cas où survient une polyurie trompeuse, sans rétablissement parallèle de la perméabilité du rein pour l'azote, le dosage de l'urée sanguine peut mettre en garde contre un optimisme inopportun. Du reste, il existe en pareil cas un désaccord entre l'élément favorable que représente la reprise de la diurèse et la persistance d'un état général grave.

Ceci n'implique aucunement qu'on doive négliger de doser l'urée du sang au cours des néphrites aiguës et de ne pas tenir grand compte des résultats obtenus. Indépendamment des facteurs toxiques ou infectieux originels qui entrent en ligne de compte dans la gravité de la maladie, le degré de la rétention azotée est le plus sûr moyen d'apprécier en pareil cas le

(1) F. Rathery et Maurice Rudolph. Néphrite chronique. Réserve alcaline. Chlore sanguin et plasmatique, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 nov. 1928, p. 1576.

(2) A. Lemierre, R. Thurel et Maurice Rudolf. Hypochlorémie au cours d'une néphrite chronique avec azotémie. Accentuation de l'azotémie après rechloruration, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juin 1929, p. 936.

(3) M. Laudat. Variations simultanées du chlore et de l'urée dans le sang des sujets atteints de néphrite chronique, *C. R. de la Soc. de biol.*, 5 janv. 1929, p. 33.

(1) Léon Blum, van Caulaert et Grabar. Quand faut-il donner, quand faut-il supprimer le sel aux brightiques, *Presse méd.*, 1er mai 1929, n° 35, p. 569.

trouble de la fonction rénale et l'imminence du danger que, pour sa part, ce trouble peut faire courir au malade. »

Dosage des corps azotés autres que l'urée au cours des néphrites (acide urique, créatinine, indican, azote résiduel). Applications au pronostic. — Il résulte de l'étude « des travaux consacrés à l'étude des corps azotés autres que l'urée dans les néphrites que, dans la pratique, le dosage de l'urée sanguine, tel que l'a préconisé Widal, suffit à donner des renseignements amplement suffisants, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du pronostic. Il rend compte de l'intensité et de la gravité de la rétention azotée mieux que le dosage de n'importe quel autre corps azoté du plasma. Combiné avec la recherche de la constante d'Ambard, il permet de dépister cette rétention azotée dès son stade initial.

Il est intéressant de rappeler que les médecins américains, qui s'étaient d'emblée attachés à la recherche et au dosage des divers corps azotés dans le sang des brightiques, ont fini par se rallier pour la plupart à l'opinion que nous venons d'exprimer. A la LXXIIIe Session de l'Association médicale américaine, tenue à Saint-Louis en 1922, où la question de l'analyse chimique du sang a été passée en revue, la conclusion adoptée a été que, dans la pratique médicale, le dosage de l'urée du sang, complété au besoin par l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine, est la méthode la plus simple et la plus utile au point de vue des déterminations cliniques.

Ajoutons qu'en pratique il paraît superflu de s'adresser, pour doser l'urée du sang, à la méthode de Fosse par le xanthydrol, procédé certainement plus parfait, mais plus long et plus délicat que la méthode de l'hypobromite. C'est à l'aide de la méthode de l'hypobromite que les travaux les plus importants sur l'azotémie dans les néphrites ont été accomplis et c'est elle que l'on doit recommander au praticien.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire, à ce sujet, l'opinion d'Hugounenq et Florence : « La mesure de l'azote dégagé par l'hypobromite, mieux encore peut être que les méthodes modernes et si précises du dosage de l'urée est, pour le pronostic, une bonne échelle d'évaluation clinique. »

Essai sur la pathogénie du syndrome azotémique. — « La part étant faite de ce qui, chez les azotémiques, peut ajouter à la complexité et peut-être à la gravité des symptômes observés, il n'est peut-être pas sans intérêt de chercher à préciser quel peut être le rôle des déchets azotés eux-mêmes dans la pathogénie des accidents rangés dans le cadre de l'azotémie.

Lorsque Widal a montré, avec Javal, l'intérêt que présente le dosage de l'urée du sang chez les brightiques, il a pris soin de faire observer que l'élévation du taux de l'urée sanguine devait être considérée comme un témoin de l'imperméabilité du rein pour les corps azotés, mais ne signifiait aucunement que l'urée elle-même devait être tenue pour responsable ou tout au moins pour seule responsable des accidents plus ou moins graves qui surviennent lorsque son taux dans le plasma s'élève d'une façon anormale. C'est pourquoi il avait créé le terme « azotémie ».

En fait, l'absence de nocivité de l'urée continuant à être admise en général, les observateurs s'efforcent de rechercher auquel des corps azotés présents en excès dans le sang en même temps qu'elle peuvent être attribués les phénomènes toxiques survenant chez les azotémiques et entraînant finalement la mort. Toutes leurs tentatives, comme nous l'avons vu, ont échoué jusqu'à présent ; néanmoins, c'est un problème qui ne doit pas être abandonné et nous devons signaler, à ce propos, une intéressante étude publiée récemment par Puech et Cristol (1) sur l'importance de l'hyperpolypeptidémie au cours des grands accidents urémiques précédant de peu la mort.

Mais de ce que l'urée n'est sans doute pas responsable des symptômes observés chez les azotémiques, ce serait une erreur de soutenir qu'elle n'intervient pas dans la pathogénie de ces symptômes. Depuis les premières recherches de Widal et Ronchèse, en 1906, les analyses chimiques du sang pratiquées par de nombreux médecins n'ont cessé de démontrer que la rétention azotée chez les brightiques est avant tout une rétention d'urée. Que la toxicité de l'urée soit faible, cela est certain ; mais qu'à forte dose elle soit capable d'engendrer des manifestations graves et même mortelles, c'est ce que l'expérience a depuis longtemps prouvé. Si l'urée possède un pouvoir diurétique considérable, c'est sans doute parce que l'organisme a hâte d'expulser au dehors cet ultime déchet du métabolisme des albuminoïdes fabriqué, semble-t-il, uniquement en vue de l'élimination rénale et incapable de subir aucune transformation dans la profondeur de l'économie qui ne peut s'en libérer que par son expulsion.

Retenue par le rein malade, l'urée s'accumule non seulement dans le sang, mais dans le liquide céphalo-rachidien, les exsudats et les transsudats, dans le plasma interstitiel ; elle traverse les membranes d'enveloppe des cellules et surcharge les protoplasmas cellulaires. Depuis qu'appliquant en histochimie la méthode de Fosse au xanthydrol, Policard, Chevalier et Chabanier, Stubel, Oliver ont montré qu'on peut mettre en évidence la présence d'urée dans les tissus sous forme de cristaux de dixanthylurée, certains anatomo-pathologistes ont eu l'idée de s'attacher à cette recherche chez les sujets morts d'insuffisance rénale. Strübel, Ostreicher, W. Lawes (1) ont reconnu qu'en cas d'urémie vraie, c'est-à-dire d'azotémie, on trouve dans les organes une masse considérable de ces cristaux, contrairement à ce qu'on observe dans les autres maladies, et qu'il y a là un élément de diagnostic rétrospectif précieux de la mort par insuffisance rénale.

On comprend donc qu'une substance possédant la propriété de diffuser ainsi dans l'organisme, d'encombrer de ses molécules les humeurs et les tissus et d'en modifier la composition chimique ne puisse être retenue par le rein d'une façon tant soit peu importante sans engendrer des désordres.

Les faits expérimentaux et même certaines constatations biologiques faites chez les azotémiques ne permettent guère d'ailleurs de douter que l'urée ne joue un rôle actif dans la genèse de divers symptômes caractéristiques de la rétention azotée.

Les expériences de Treitz, de Voit et Œrsel, de Gréhant et Quinquaud (2), de Bouchard, d'André Weill (3) montrent que les injections d'urée chimiquement pure font périr les animaux, à condition d'être suffisantes pour faire monter sa teneur dans le sang entre 5 et 7 grammes pour 1.000, proportion que l'on trouve souvent chez l'homme au moment de la mort par azotémie. Chez les animaux ainsi intoxiqués on observe des phénomènes nerveux accentués : dépression, secousses convulsives, dyspnée et de la diarrhée. Chez ceux qui guérissent à la suite d'une crise polyurique et azoturique, André Weill a signalé l'existence d'un amaigrissement extrêmement accentué, dû sans doute aux perturbations nutritives provoquées par l'urée dans les tissus et qui rappelle absolument ce que l'on observe chez les grands azotémiques.

Mozer (4), en rendant des lapins azotémiques par des

(1) A. Puech et Cristol. Du rôle des polypeptides dans l'intoxication urémique. Indice de polypeptidémie et néphrite urémigène, *Ann. de méd.*, janv. 1929, p. 43 ; — Valeur comparée de la réserve alcaline et de la polypeptidémie dans le pronostic des néphrites urémigènes, *Presse méd.*, 26 juin 1929, n° 51, p. 836.

(1) W. Lawes. Ueber histochemischen Harnstoffnacweiss, *Wien. klin. Woch.*, 1928, n° 40, p. 1403.

(2) N. Gréhant et Ch.-F. Quinquaud. L'urée est un poison. Mesure de la dose toxique dans le sang, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1884, t. XX, p. 393.

(3) André Weill. L'azotémie au cours des néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1913.

(4) Mozer. Hypothermie et azotémie, *Ann. de méd.*, 1924, t. XV, p. 526.

injections d'urée, a pu provoquer des hypothermies très importantes; en faisant varier en plus et en moins le taux de l'urée sanguine il a pu déterminer des oscillations parallèles de la température centrale atteignant 2 à 3 degrés. Nous savons que chez l'homme l'azotémie est nettement hypothermisante. Mozer a de plus, chez ses lapins intoxiqués par l'urée, constaté l'existence de diarrhée et même, dans un cas, une ulcération intestinale urémique caractéristique.

Signalons également une expérience hautement suggestive de Hewlett, Gilbert et Wicket (4) qui, en ingérant, dans l'espace de cinq à six heures, jusqu'à 100 grammes d'urée, sont parvenus à faire monter le taux de cette substance dans leur sang jusqu'à 2 grammes pour 1.000 et à provoquer chez eux-mêmes de véritables symptômes d'azotémie : céphalalgie, asthénie, paresse intellectuelle, vomissements et diarrhée.

Rappelons enfin que, chez les brightiques, la démonstration a pu être faite depuis longtemps que les symptômes si particuliers de l'urémie gastro-intestinale, stomatite, vomissements, diarrhée, hémorragies gastriques et intestinales, sont nettement attribuables à l'élimination vicariante par les glandes de la muqueuse digestive tout entière, des déchets azotés en excès dans le sang. Comme nous l'avons démontré, ces déchets azotés sont constitués en proportion extrêmement prédominante par l'urée. Si l'urée ainsi sécrétée se transforme immédiatement dans l'estomac et dans l'intestin en carbonate d'ammoniaque, il est établi qu'on la retrouve aisément en nature dans la salive, où sa proportion s'accroît parallèlement à celle du sang (3).

Que la toxicité propre de l'urée soit faible ; que cette substance agisse en suscitant, quand son taux devient très haut dans les humeurs et les tissus, des troubles plus complexes du métabolisme, comme l'ont soutenu certains auteurs, nous n'en disconvenons pas. Que la rétention azotée se complique d'autres rétentions qui entrent pour une part dans la pathogénie des troubles survenant chez les azotémiques, la chose est extrêmement probable. Mais depuis que F. Widal et ses collaborateurs ont montré quelle place constamment prédominante l'urée occupe parmi les déchets azotés retenus au cours de l'insuffisance rénale, nous estimons que le dogme de l'innocuité de cette substance ne saurait être maintenu.

Aussi les travaux du professeur Widal ne nous ont pas seulement valu la connaissance d'un syndrome clinique inconnu avant lui et pour lequel il nous a fourni un procédé de diagnostic d'une sûreté absolue : le dosage de l'urée du sang. Ils ne nous ont pas seulement apporté un des éléments de pronostic les plus sûrs. Ils ont mis en lumière une série de faits d'une précision rigoureuse et dont il faudra toujours et nécessairement tenir compte quand on voudra aborder avec impartialité, par son côté physiologique, le problème de l'urémie. »

II. Le rôle du foie dans l'azotémie.

Par M. M. Roch, professeur à l'Université de Genève.

Le rapporteur apporte une revue générale parfaitement claire sur cette question assez touffue. Il y ajoute les enseignements de sa grande expérience clinique en n'apportant que des faits démontrés à l'exclusion de toute hypothèse.

Dans une première partie, M. le professeur Roch étudie le *rôle du foie dans l'azotémie d'origine rénale*. Il montre que l'azotémie est presque toujours due à une insuffisance rénale. Les déchets du métabolisme s'accumulent alors dans le sang et le syndrome azotémique se constitue peu à peu réagissant à son tour sur le foie qui est le seul organe capable de faire de l'urée.

M. Roch étudie alors le *foie rénal*, et expose les théories sur l'hyperfonctionnement hépatique provoqué par l'insuffisance rénale. Il étudie ensuite l'azote résiduel et les rapports azoturiques témoins de l'insuffisance hépatique.

En clinique il y a lieu de considérer deux types d'azotémie d'origine rénale : 1° l'azotémie par insuffisance rénale pure; 2° l'azotémie par insuffisance rénale compliqués d'insuffisance hépatique.

A la première forme appartiendraient la somnolence, la torpeur, l'inappétence, l'hypothermie.

A la deuxième forme, il faudrait ajouter au tableau clinique les secousses musculaires, l'agitation, le délire, la folie brightique.

Mais en réalité ces deux types sont souvent associés, d'autre part les azotémiques présentent souvent des particularités évolutives en apparence contradictoires.

En terminant ce chapitre M. Roch insiste sur les aggravations subites chez les azotémiques.

Dans une deuxième partie, le rapporteur montre le *rôle du foie dans la production de l'azotémie*. Il étudie l'influence des affections hépatiques sur la circulation rénale, l'action hormonale du foie sur le rein, les lésions du rein d'origine hépatique, et il montre que le rein peut ne pas être en cause dans l'azotémie, tout en faisant remarquer que sur ce point il n'est pas absolument de l'avis des élèves de M. Widal.

Après avoir étudié l'hyperhépatie cause d'azotémie, les hépato-néphrites toxiques et infectieuses, M. Roch termine son excellent rapport par les conclusions suivantes :

« A cette heure, nous ne pouvons entrevoir que quelques-unes des relations physiologiques qui existent entre le foie et les reins. Ces relations sont sans doute encore bien plus nombreuses, bien plus intriquées que nous ne pouvons le supposer, tout particulièrement dans le domaine qui nous a spécialement occupé celui du métabolisme et de l'élimination des déchets azotés. Encore avons-nous laissé de côté, comme sortant de notre sujet, toute la question de la désintégration des nucléines aboutissant aux corps puriques, aux xanthines et à l'acide urique.

Au point de vue clinique, je vais apporter une conclusion qui paraîtra quelque peu en contradiction avec les données physiologiques et pathologiques qui ressortent de mon mémoire.

J'ai exposé en effet de mon mieux les corrélations morbides qui existent entre le foie et le rein, au point de vue de la rétention des déchets azotés. L'influence pathologique réciproque d'un organe sur l'autre ne peut être mise en doute : il y a un foie rénal comme il y a un rein hépatique.

Mais je ne puis laisser l'impression que ces corrélations morbides se manifestent en clinique, très fréquemment avec une grande intensité. C'est bien plutôt le contraire qui est vrai. En cas d'insuffisance rénale on voit habituellement, en effet, le foie offrir pendant longtemps une magnifique résistance. De même dans les cirrhoses, dans les ictères chroniques, les reins tiennent souvent pendant un temps prolongé et si l'on constate parfois un peu de cylindrurie et d'albuminurie, la défense rénale n'en est pas pour cela sérieusement compromise. En ce qui concerne particulièrement l'azotémie, des retentissements graves d'une affection des reins sur le foie ou l'inverse ne se voient qu'exceptionnellement en dehors des périodes terminales.

A côté des influences morbides réciproques sur lesquelles j'ai peut-être trop insisté dans le cours de cet exposé, il faut donc considérer aussi l'entr'aide mutuelle, les suppléances heureuses : qu'il s'agisse d'une maladie rénale ou d'une

(4) A. H. Hewlet, Q. O. Gilbert et Wicket, *Arch. of intern. med.*, nov. 1916, p. 636.

(1) Heurch et Martha Aldrich. On concentration of urea in saliva, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 21 oct. 1922, p. 1409. — Marceli Landsberg. Recherches sur la concentration de l'urée dans la salive, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1923, n° 37, p. 1343. — A. Desgrez, R. Moog et Mme L. Gabriel. Sur les variations des quantités de substances azotées, en particulier de l'urée, contenues dans la salive, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1925, t. CLXXXI, p. 755.

maladie du foie, celle des glandes restée saine conserve d'énormes possibilités d'adaptation aux conditions anormales de fonctionnement qui lui sont imposées.

Quant aux hépato-néphrites — atteinte simultanée des deux groupes glandulaires — en dehors de certaines maladies comme la spirochétose ictéro-hémorragique, certaines septicémies, et de quelques intoxications graves, elles ne sont pas fréquentes. »

COMMUNICATIONS SUR L'AZOTÉMIE

La cure de diurèse d'Évian dans les azotémies modérés par insuffisance de la dépuration urinaire de cause non rénale. — M. Cottet (d'Evian) expose la façon dont, d'après ses observations, se comportent à Evian, au cours de la cure de diurèse, non pas les azotémies des néphrites chroniques, mais les azotémies modérées, dépassant exceptionnellement 0g75, et qui sont liées à une insuffisance surtout quantitative de la dépuration urinaire, indépendante d'une altération rénale, cliniquement constatable.

L'oligurie, qui en est le facteur principal, relève de causes multiples et variées, les unes, extérieures à l'organisme et non pathologiques (oliguries par oligoposie, par sudations excessives) les autres, intrinsèques à l'organisme et inhérentes à des troubles des appareils d'absorbtion et de circulation (oliguries par vomissements, par diarrhées, par stase intestinale chronique, par hypertension portale d'origine hépatique, par stase veineuse d'origine cardiaque). Ces causes d'oligurie, susceptibles de se combiner selon les modalités diverses qu'offre l'observation clinique, ont pour effet de priver le rein de l'apport d'eau suffisant pour lui permettre, alors même qu'il est sain, de sécréter une quantité d'urine assez abondante pour entraîner la quantité d'urée correspondant au métabolisme azoté; d'où accumulation de cette substance dans le sang.

La notion de ces azotémies est intéressante aux points de vue tant doctrinal que pratique. Elle montre que le dosage de l'urée sanguine, introduit en clinique par Widal, qui en a fait connaître la valeur capitale pour le diagnostic et le pronostic des néphrites, déborde largement la pathologie rénale et constitue, en médecine générale, un précieux moyen d'investigation pour dépister ces états d'auto-intoxication, plus ou moins définis, dans lesquels la rétention de l'urée atteste celle d'autres substances, connues ou inconnues, sans doute, plus novices qu'elle.

On s'explique que la pratique de plus en plus courante du dosage de l'urée sanguine fasse envoyer de plus en plus nombreux à Evian ces cas d'azotémie pour y être corrigés par la cure de diurèse. Les résultats obtenus sont d'autant plus brillants que l'étude de l'élimination urinaire de cure, véritable épreuve hydrique de diurèse provoquée prolongée, témoigne davantage de l'intégrité fonctionnelle rénale et ils justifient pleinement cette très intéressante indication. Ils consacrent, d'autre part, d'une façon en quelque sorte expérimentale, par les preuves objectives, qu'apportent les dosages d'urée sanguine, l'action éliminatrice et désintoxiquante, que, depuis longtemps, l'observation clinique a reconnue aux cures hydro-minérales de diurèse, dont c'est à Evian qu'a été nettement dégagé le concept et créée la dénomination.

L'azotémie chez les urinaires. — M. H. Blanc (de Bordeaux), après quelques considérations d'ordre général sur l'azotémie, sa définition, son diagnostic clinique chez les urinaires, envisage les maladies chirurgicales des reins et des voies urinaires dans leurs rapports avec l'azotémie.

Dans la plupart des lésions infectieuses rénales même bilatérales, l'azotémie n'apparaît pas, en raison du phénomène extrêmement important de l'hypertrophie compensatrice. Cependant la lithiase rénale conduit généralement à l'azotémie, d'où l'importance de son diagnostic.

Les grosses azotémies apparaissent chez les malades dont précisément les reins ne semblent pas en cause, et qui fait seulement des lésions plus ou moins importantes des voies urinaires basses (rétrécis, prostatiques). La rétention de l'urine commande la rétention azotée, celle-ci étant variable, mobile, transitoire, et disparaissant avec une évacuation vésicale régulière. Ce seront, dit l'auteur, des troubles fonctionnels beaucoup plus que des lésions anatomiques, qui créeront les grosses azotémies des urinaires.

Le pronostic de l'azotémie chez les urinaires est fonction de la cause qui l'a créée et de l'opérabilité du malade, et chaque fois qu'il s'agira d'une intervention destinée à débloquer le rein, non seulement le chiffre de l'azotémie ne contre-indiquera pas l'opération, mais il la conseillera formellement.

L'auteur étudie également l'azotémie post-opératoire et envisage son traitement préventif et curatif.

Il recommande dans la pratique de ne pas faire suivre obstinément un traitement médical à un malade dont l'azotémie est conditionnée par une lésion chirurgicale qu'il faut d'abord diagnostiquer et traiter, l'azotémie devant disparaître chez le malade avec la lésion qui l'a produite (lithiase rénale ou urétérale, rétrécissement de l'urètre, hypertrophie de la prostate, en particulier).

L'action de l'eau d'Évian sur les néphrites provoquées. — M. le professeur Desgrez montre que les néphrites expérimentales provoquées chez le lapin sont susceptibles de s'améliorer par l'injection de 50 centimètres cubes d'eau d'Evian alors que l'eau de source et l'eau distillée restent inopérantes.

(A suivre.) F. L. S.

CHRONIQUE

LE XXIIe V. E. M.

IMPRESSIONS SUR LES STATIONS DE CURE DES ALPES

La *Gazette des hôpitaux* a déjà relaté (n° 74, 1929) comment le XXIIe V. E. M. avait concentré à Vals, son importante caravane. Nous ne suivrons pas les congressistes dans chacune des étapes de cette magnifique et longue randonnée : il leur fut permis d'étudier de nombreuses stations hydrominérales ou climatiques, d'admirer des panoramas grandioses, des sites merveilleux, tour à tour sévères ou riants... Tout aussi bien, les stations thermales qu'ils ont visitées, sont pour la grande majorité, dûment classées et leurs vertus thérapeutiques parfaitement connues des médecins : *Uriage, Allevard, Challes, Aix-les-Bains, Brides, Saint-Gervais, Thonon, Evian*, ont leur clientèle fidèle, leurs techniques de cure éprouvées par l'expérience, leurs bienfaits trop évidents pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Dans la vallée de la Guisane, Le *Monétier de Briançon* est riche..... de possibilités! En Tarentaise, la *Léchère* se développe au contraire et se spécialise dans le traitement des affections veineuses. Aux portes d'Aix, *Marlioz* renaît de ses cendres et met à la disposition des malades toutes les ressources d'une bonne cure sulfureuse. *Salins-Moutiers* vient d'utiliser son fleuve thermal dans une vaste piscine fort bien aménagée et pourvue d'une plage artificielle, qui permet vraiment le « bain de mer à la montagne », pour la plus grande joie des enfants et des jeunes gens.

Le domaine climatique réservait aux voyageurs les plus extraordinaires de leurs surprises. *Villard-de-Lans* est l'une des stations qui se trouve en tête du progrès. Sous la généreuse impulsion d'un enfant du pays, M. Chabert, sous la direction éclairée du professeur Nobécourt, grâce aux efforts désintéressés du docteur Pierret, de la Bourboule, et de notre

excellent confrère, le docteur Gardette, de la *Presse thermale et climatique*, Villard-de-Lans est en plein essor. Minuscule station lors du dernier passage du V. E. M. en 1923, elle disposait de 220 chambres il y a trois ans; elle en offre 1.100 actuellement et de vastes constructions sont en cours. La municipalité, la population, les hôteliers se sont engagés à respecter, pendant cinquante ans, toutes les décisions du Comité d'hygiène; une filtration médicale sévère élimine méthodiquement tous les tuberculeux. La bonne organisation des services de physiothérapie (docteur Romain), la surveillance attentive des sports d'hiver et d'été, permettent par un entraînement réglé, l'épanouissement progressif des enfants débiles, sur ce vaste plateau, situé à 1.040 mètres d'altitude, dans une atmosphère vivifiante et saine.

Le grand établissement de l'Adret est construit suivant les principes les plus modernes, avec de vastes salles et des balcons ensoleillés. Le petit Adret, aux couleurs éclatantes, est réservé aux enfants non accompagnés. Une autre maison s'élèvera prochainement pour les petits nécessiteux. La clinique cantonale, fort bien outillée, permet de parer sans difficulté aux urgences chirurgicales. Enfin, le pavillon d'isolement, dont l'agencement ingénieux fait honneur au docteur Gardette, recevrait immédiatement les enfants en séjour, chez lesquels se déclarerait une affection contagieuse et permettrait de circonscrire tout foyer épidémique.

La formule est nouvelle, qui sait allier si parfaitement le confort de la cure climatique et les exigences médicales, qui sait écarter avec tant de vigilance les sujets atteints de tuberculose et faire respecter des hôteliers toutes les règles de l'hygiène. Par sa situation et par ses caractères, Villard-de-Lans constitue un *centre unique* en Europe.

Dans son dernier roman (1), M. Henri Bordeaux parlant de *Briançon*, écrit : « son climat le désignera, tôt ou tard, à tous ceux qui ont besoin d'un air pur et vivifiant pour mieux alimenter en eux, les sources de la vie. C'est déjà le climat du versant italien des Alpes. Le soleil y est amical et si les matins et les soirs y sont frais, le milieu du jour reçoit une chaleur bienfaisante. »

Rien de plus exact, sauf que la transformation est en train de s'opérer et que Briançon devient une station climatique de premier ordre. Déjà fonctionne le centre d'héliothérapie que l'autorité militaire a créé dans le vieux château; les hôtels se multiplient, plusieurs cures d'air et de soleil ont été aménagées, spécialement pour les enfants; de nouvelles constructions sont projetées.

Au lendemain de notre passage à *Saint-Hilaire du Touvet*, le ministre du Travail inaugurait les sanatoria qu'on a bâtis à grands frais sur le plateau des petites Roches. Il ne nous paraît pas que le choix de l'emplacement ait été des plus heureux. Le large couloir du Graisivaudan fait un appel d'air considérable et les crêtes qui dominent, ne sont pas assez hautes pour arrêter les nuages. La question de l'eau a été difficile à résoudre. Enfin les bâtiments eux-mêmes prêtent à bien des critiques, qu'il n'est pas opportun de développer ici.

Tout autres, les sanatoria de *Passy*, situés dans un site plus riant, entourés de vastes forêts domaniales et bien protégés par la chaîne des Fiz. Ces plateaux étagés de 800 à 1.500 mètres font face au massif glaciaire du Mont-Blanc : ils sont au-dessus de la mer de nuages et bénéficient d'excellentes conditions hypométriques.

A 1.050 mètres, nous trouvons le grand hôtel du Mont-Blanc, fort bien aménagé pour les convalescents et les tuberculeux fermés. Au-dessus, les établissements d'*Assy*, dirigés par le docteur Tobé : une clinique chirurgicale luxueuse et pourvue des derniers perfectionnements; à proximité de ce « centre opératoire », un vaste sanatorium qui sera terminé l'an prochain, et qui pourra recevoir 250 malades.

Le village sanatorial de *Praz Coutant*, à 1.200 mètres d'altitude, nous offre une formule nouvelle et qui paraît infiniment séduisante à la plupart des congressistes. Il est constitué par une série de chalets, comprenant 6 ou 8 chambres, ce qui permet de grouper des malades appartenant au même milieu social et de leur donner, dans un cadre plus restreint, la sensation bienfaisante de la vie de famille. Le noyau de cette formation est constitué par un pavillon central, comprenant les services médicaux, l'administration, les services d'alimentation. Les curistes viennent à ce pavillon pour s'y faire surveiller et soigner et pour y prendre leurs repas. Des chambres y sont aménagées pour la mise en observation des nouveaux venus et pour l'hospitalisation des fébricitants qui ne pouvaient momentanément se déplacer.

Une charmante petite église due à la générosité des gens du Nord, se trouve au centre de ce village, en face du bâtiment administratif.

L'œuvre du Praz Coutant s'adresse aux tuberculeux des classes moyennes, si particulièrement dignes d'intérêt. Il n'y a pas de capital à rémunérer; la gestion est assurée par des sœurs de Niederbronn, dans des conditions singulièrement économiques; aussi, le prix de journée n'arrive-t-il qu'à 30 fr. !

C'est au fruit qu'on juge l'arbre. Un chiffre soulignera le succès des chalets de Praz-Coutant : les 90 lits dont ils disposent sont actuellement l'objet de 3.000 demandes.

Enfin, sur le plateau supérieur de *Plaine-Joux*, à 1.450 mètres d'altitude, on commence la construction d'un sanatorium, dont le professeur Carnot a posé la première pierre.

Parmi les cures climatiques, mentionnons encore le *Chalet Saint-André*, à Megève, où M. l'abbé Bernard reçoit des enfants délicats ou anémiques, à des prix très modestes et dans des conditions hygiéniques excellentes.

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur les installations d'*Hauteville*, unanimement appréciées depuis longtemps. Le docteur Dumarest les gouverne avec une sagesse et une compétence dont l'éloge n'est plus à faire : il est entouré d'une pléiade de médecins très avertis de tout ce qui concerne la phtisiologie. Est-il besoin de rappeler que c'est à Hauteville, que le pneumothorax a conquis ses grades; c'est Hauteville encore qui rénove, en France, l'aurothérapie condamnée prématurément après quelques essais malheureux. Ici encore, l'on construit et la station prend, d'année en année plus d'ampleur.

Signalons, d'un mot, car la place nous est mesurée, les stations purement climatiques de *Saint-Pierre de Chartreuse*, du *Bourg-d'Oisans*, du *Lautaret*, de *Valloire*, de *Pralognan*; les charmands nids de verdure qui bordent le *lac d'Annecy*, les hautes vallées de *Mégève* et de *Samoëns*. Nous voici au terme de notre voyage, dans cette délicieuse station d'*Evian*, qui joint aux propriétés lixiviantes de ses eaux les avantages climatiques incomparables d'un lac magnifique, bordé de montagnes accueillantes. C'est dans ce cadre splendide que s'achevait le V. E. M. et que se sont déroulées les *Journées médicales*.

Professeur DAVID,
de la Faculté libre de Lille.

(1) VALOMBRÉ, *Revue des Deux-Mondes*, 1er sept. 1929.

AUTOUR DES JOURNÉES MÉDICALES D'ÉVIAN

La conférence de M. Villaret, à Evian, fut à la fois la conclusion du V. E. M. et la préface des Journées médicales. Elle eut lieu devant un nombreux public qui comprenait non seulement les membres du V. E. M. que nous avons eu l'occasion de citer, mais encore de nombreux auditeurs : MM. Lenoir et Béclère, de l'Académie de médecine; Giraud et Der-

rien (de Montpellier), Santenoise (de Nancy), Chassevant (d'Alger), Paul Blum (de Strasbourg), Lemierre, Etienne Bernard, Laubry, Etienne Chabrol, Monthus, Lobligeois, Mathieu-Pierre Weil, Harvier (de Paris), Pic, Gayet, Patel, Martin (de Lyon), David, Langeron, Polonowsky (de Lille), Roch, Rosselet, Cramer (de Genève), Burnand, Muret, Villaumier, Tecon (de Lausanne), Audibert (de Marseille), Maurice Uzan (de Tunis), Gengou (de Bruxelles), Stanley (de Birmingham), Vogelius (de Copenhague), Voncken (de Liége), Kaplan (de Santiago du Chili), etc.

M. Villaret commença par une forte étude physiologique sur la cure de diurèse, triomphe d'Evian. Nul n'était mieux désigné que lui pour traiter une question qui est redevable de tant de progrès à Gilbert et à ses élèves.

De la cure de diurèse d'Evian, si bien réglée par Cottet, sont justiciables les intoxiqués, les lithiasiques, les infectés. A cette cure viennent s'ajouter les ressources du magnifique établissement thermal d'Evian où la physiothérapie offre toutes ses modalités, celles de la diététique telle qu'on la pratique dans les hôtels d'Evian, en particulier à l'Ermitage, enfin la cure de repos et de calme dont on jouit pleinement en face du lac.

La conférence avait été précédée d'une visite au bel embouteillage moderne d'Evian-Cachat. Elle fut suivie par une agréable station à la délicieuse plage qui rivalise avec Juan-les-Pins ou le Lido et qui contribue à maintenir à Evian son atmosphère d'élégance et de bon ton.

La soirée du casino, le dîner d'adieu du V. E. M. et plus encore le banquet offert au casino par la Société d'Evian aux 640 adhérents des Journées médicales, furent dignes de la royale hospitalité d'Evian.

Le banquet fut présidé par M. Pierre Girod, président de la Société, assisté de M. M. Bernard, administrateur délégué, et du docteur Lévy Darras, président de la Société médicale d'Evian, qui recevaient avec autant de bonne grâce que d'amabilité.

Au dessert, M. Pierre Girod et le docteur Lévy Darras saluèrent les invités d'Evian. Puis le docteur Harvier, secrétaire général des Journées, et le professeur Carnot exprimèrent leurs remerciements pour l'accueil reçu et leur admiration pour la grande station française.

F. L. S.

LA PRATIQUE DES RACHI-ANALGÉSIES [1]

Par le professeur docteur PAUL DELMAS (de Montpellier).

I. — Préparatifs.

En vue de prévenir :

A. — L'évacuation intempestive des **RÉSERVOIRS ;**

a. En principe, **lavement évacuateur** la veille au soir;

b. **L'estomac** : il est mieux que le sujet n'ait absorbé que du liquide, du café de la préférence;

B. — **L'HYPOTENSION** : 0g25 de *caféine*; — au besoin, *sérum glucosé* ou *solucamphre* intraveineux; — *si tension non remontée, renoncer à la rachi.*

C. — **L'ÉMOTIVITÉ** : *rassurer le sujet* en le prévenant qu'il ne souffrira pas, mais sentira peut-être le contact au début.

(1) Voir « La rachi-analgésie », *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 77, p. 1373.

DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
REGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES



ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS DE CARBONATE DE CHAUX ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr25 de Carbonate de Chaux
GROS 9 & 11, RUE DE LA PERLE, PARIS 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

MODE D'EMPLOI :

En cas d'hyperchlorhydrie :
4 Comprimés, 1 heure avant le repas.

En cas d'acidité par fermentation secondaire :
4 Comprimés, 2 heures après les repas.

CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE

Laboratoires WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

PUB. PICARD

ÉDIFICATION de L'ORGANISME
Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS
Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES
PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

II. — Technique,

A. — LA RACHICENTÈSE.

a. **Dans la règle**, la pratiquer sur le *sujet assis*, jambes écartées de chaque côté de table d'opérations, dos droit, tête hyperfléchie, comme pour mordre son nombril.

1. INSTRUMENTATION, toutes aiguilles à ponction lombaire :

α. **Matière** : platine ou nickel, plutôt que l'acier qui casse;

β. **Types** : pourvues de leur mandrin, à *section d'autant plus large que l'on veut remonter* plus haut (en 1/10 de mms; *Tuffier* 6; *Laborde* 8; — *Paul Delmas* 10).

2. PONCTION :

α. **Horizontale** et paramédiane. Sensation de « peau de tambour » à la traversée du ligament jaune;

β. **Verticalement**, selon la *hauteur recherchée*, procédés divers :

I. Pour les ANALGÉSIES SEGMENTAIRES, SANS DIFFUSION :

A. **Basses** du type Tuffier (variété V. Riche).

a. Dans *l'espace lombo sacré* plus large que les manchons sus-jacents;

b. Ne laisser écouler que quelques gouttes de liquide.

B. **Étagées**, du type Jonesco (variété Plisson-Brousse).

a. Au voisinage de l'émergence des racines recherchées, c'est-à-dire :

1. *Médio cervicale*, pour la tête et le cou,
2. *Cervico dorsale* pour la poitrine et le membre supérieur,
3. *Dorso lombaire* pour le ventre,
4. *Lombo sacrée* pour le bassin et les membres inférieurs;

b. Ne pas laisser écouler plus de liquide qu'on n'en injectera.

II. Pour les ANALGÉSIES GÉNÉRALISÉES, AVEC DIFFUSION :

A. **Progressives**, du type Le Filliatre,

a. Siège *lombo sacré*,

b. Spoliation proportionnée à la hauteur :

1. *Sous ombilicale*, 10 cc.
2. *De la poitrine*, 20 cc.
3. *De la tête*, 30 cc.

B. **Homogènes**, du type Paul Delmas,

a. Siège *lombo sacré*,

b. Spoliation uniforme de 20 cc., sauf hypertension excessive.

b. **Exceptionnellement**, au cas de difficultés particulières, le sujet sera en *decubitus latéral* et en chien de fusil. Avec des solutions denses, peut donner des *analgésies unilatérales*.

B. — L'INJECTION

a. L'analgésique

1. EN GÉNÉRAL, pour réduire au minimum la réaction méningée, il est recommandable de ne se servir que de produits de marque connue, et non altérés secondairement. Sinon,

α. **Purification et stérilisation** *à froid*, en dissolvant le produit dans l'alcool absolu, d'où il est précipité par l'éther sec, puis desséché dans le vide;

β. **Conservation en poudre** dans une *ampoule de verre neutre et scellée à la lampe*. Selon la formule de Goris, des traces d'acide benzoïque neutralisent l'alcalinité du verre et un soupçon de bisulfite évite l'oxydation,

γ. **Utilisation** :

I. Non en *solutions* PRÉPARÉES A L'AVANCE qui s'hydrolysent,

II. Mais en solution *dans le propre* LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DU SUJET,

III. INUTILITÉ de l'adjonction de caféine, INCONVÉNIENTS de celle d'adrénaline.

2. TROIS COMPOSÉS peuvent être utilisés

α. La **novocaïne** (synonyme : *allocaïne* Lumière, *rachicaïne* Dausse, *scurocaïne* Usines du Rhône, *syncaïne* Clin), le moins toxique, ou mieux le moins actif des analgésiques. *Dose habituelle* 12 centigrammes, en *solution* à 8 p. 100. Pas d'action vasculaire.

β. La **stovaïne** (Billon) deux fois plus toxique, ou mieux plus active. *Dose habituelle* 8 centigrammes, en *solution* à 4 p. 100. Vaso dilatatrice. Touche les racines motrices.

γ. La **cocaïne** (Templier), passe pour plus toxique que les précédentes, deux fois plus que la stovaïne et quatre fois plus que la novocaïne. En réalité plus active. *Dose habituelle* 4 centigrammes en *solution* à 2 p. 100. Vaso constrictive.

3. En principe, DILUTION ET DOSES croissantes (jusqu'au 1/4 en sus), *proportionnelles à la durée, pour les étages supérieurs.*

b. **L'instrumentation**. Seringue de Luer, bien étanche,

1. STÉRILISÉE au Poupinel ou bouillie à l'eau pure; les *alcalins*, comme le *sang*, diminuent le pouvoir analgésique du principe actif.

2. VÉRIFIER si l'embout s'adapte bien à l'aiguille.

3. CAPACITÉ de 2, 10 ou 20 centimètres cubes selon que l'on veut remonter plus haut.

c. **Injection proprement dite**.

1. La SPOLIATION, nulle ou choisie, une fois réalisée,

α. Au cas de **solution préparée à l'avance**, adapter la seringue qui la contient au canon de l'aiguille et diluer son contenu dans une égale quantité de liquide céphalo-rachidien;

β. Au cas de **composé en poudre**, préparer extemporanément la solution en projetant dans l'ampoule environ 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

2. La SERINGUE BIEN AJUSTÉE sur l'aiguille et ne fuyant pas,

α. Soit pousser **avec lenteur** (pas de diffusion, Tuffier),

β. Soit aspirer et refouler alternativement **par barbotage** (diffusion progressive, Le Filliatre),

γ. Soit pousser **rapidement** (diffusion homogène, Paul Delmas).

III. Soins ultérieurs

A. PENDANT L'INTERVENTION, à ne commencer, si Trendelenbourg, qu'au bout de dix minutes,

a. Surveiller la **respiration** : un aide fait parler et respirer le patient,

b. Guetter l'**hypotension** (*angoisse, pâleur, mydriase, pouls rapide*) pour pouvoir sans retard mettre en œuvre la caféine, le nytrite d'amyle, et, au besoin, la respiration artificielle.

B. APRÈS L'INTERVENTION

a. Aussitôt après, se rappeler que *l'analgésie dure de une heure à une heure et demie* : se méfier des **brûlures** par bouillottes trop chaudes,

b. Possibilité d'**alimentation** immédiate, sauf interventions portant sur le tube digestif.

c. L'élimination de l'analgésique se poursuivant de la 6e à la 48e heure, nécessité de garder la **tête basse** deux jours durant.

BIBLIOGRAPHIE DU MÊME AUTEUR. — De la rachianalgésie générale (*Monde méd.*, avril 1918). — Rachianalgésie chirurgicale omni radiculaire par cocaïnisation homogène du liquide céphalo-rachidien (*Revue intern. de méd. et de chir.*, mai 1919). — Rachianalgésie basse et rachianesthésie générale (*Sud méd.* du 15 août 1919). — Nouveau trocart à rachicentèse (*Réunion obstét. et gynéc. de Montpellier*, 4 juin 1919). — Analgésie chirurgicale généralisée par voie rachidienne (*Acad. de méd.*, 18 novembre 1919). — Au sujet de la rachi (*Réunion obstét. et gynécol. de Montpellier*, 15 avril 1928). — La pratique des rachianalgésies (*Médecine pratique*, octobre 1928).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

HYGIÈNE - DÉSINFECTION
CRÉSYL-JEYES
EXIGER BIEN LE "JEYES"
Désinfectant Antiseptique
Adopté par l'Institut Pasteur et les Services d'Hygiène
Échantillon, Tarif et Références Scientifiques
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, rue des Francs-Bourgeois, PARIS (4e).

Fonds d'achat et vente de DROGUERIE et prod. pharmac. à Paris, 14, PASSAGE ETIENNE-DELAUNAY. Adjud. Et. CONSTANTIN, not. Paris, 24 oct., à 14 h. 30. M. à p. (pt ét. b.), 30.000f. S'adr. GATTÉ, synd., 11, place Saint-Michel.

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
ARTHRITISME
Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

DRAGÉES SANS ODEUR
INALTÉRABLES
PEPTONE
de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'ŒUF et de LAIT

PRURIGOS INFANTILES — URTICAIRES — MIGRAINES — TROUBLES DIGESTIFS
DRAGÉES INALTÉRABLES
GRANULÉS
PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINES

GRANULÉS
MÉDICATION
ANTIANAPHYLACTIQUE
POLYVALENTE

Littérature et Échantillons à M.M. les Docteurs
Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA_ Dr E. Perraudin, Phien de 1re cl._ 21, Rue Chaptal_ PARIS IXe

INFECTIONS
AIGUES
FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne
— PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons ; PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ERRATUM. — HÔPITAUX DE PARIS. — La liste d'admissibilité que nous avons publiée dans notre dernier numéro est la liste du concours de l'*internat* et non celle de l'externat.

Nos lecteurs auront sans doute fait eux-mêmes la correction de cette faute d'impression dont nous nous excusons auprès d'eux.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est composé de MM. Le Noir, Roubinovitch, Rouillard, de Massary, Alajouanine, Paul Riche, Rouget, Martin, Berger, Cleisz.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le jury est composé de MM. Dujarier, Ombrédanne, Baudet, Weissenbach.

FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE (série supplémentaire). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale, aura lieu, sous la direction du docteur René Hazard, du 14 au 24 octobre 1929.

Ces travaux comprendront chaque jour :

a. A 14 h., une conférence à l'amphithéâtre Vulpian.

b. De 15 à 16 h. 30, des démonstrations pratiques à la salle des travaux pratiques de pharmacologie.

A ces travaux pratiques seront admis :

1° Les étudiants préparant le quatrième examen de doctorat (ancien régime) ;

2° Les étudiants de quatrième année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1929, ou n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires de pharmacologie de l'année scolaire 1928-1929.

Les élèves inscrits devront verser un droit de laboratoire de 100 fr.

S'adresser au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 h.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Le concours qui devait s'ouvrir lundi 14 octobre 1929 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie médicale et médecine expérimentale et de clinique médicale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est reporté au 21 du même mois.

GUERRE. (Troupes coloniales.) — Le *Journal officiel* du 26 septembre publie un décret réglant l'admission aux emplois de médecin et pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales et une instruction interministérielle relative au concours pour l'admission à ces emplois.

DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé attaché à l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne aura lieu à Laval (préfecture) le jeudi 24 octobre.

Les candidats devront être Français, âgés de 28 ans au moins et de 50 ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes d'admission au concours, rédigées sur timbre, devront être adressées au secrétaire de l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne à la préfecture de Laval.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. (LIÉGE, 4-8 septembre 1930.) — A l'occasion de l'Exposition

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

internationale de Liége et du Centenaire de l'indépendance, le Congrès de physiothérapie retient l'attention du Corps médical français et le Comité national a déjà poussé l'organisation dans ses détails, sous la présidence de M. le professeur E. Gley, de l'Académie de médecine.

Les membres du Comité français sont : MM. A. Béclère, J. Belot, E. et H. Biancani, H. Bordier, Charles Brody, Dariau, d'Arsonval, Delherm, L.-G. Dufestel, Durand-Fardel, P. Duhem, Roger Glénard, Gunsett, G. Haret, J. Heitz, H. Jausion, Latarjet, L. Merklen, R. Molinéry, Laquerrière, P. Rebillard, G. Rechou, Claude Regaud, J.-A. Rivière, G. Rosenthal, J. Saidman, Sigalas, Solomon, Ph. Tissié, Woringer. Les Sociétés françaises d'électrothérapie, de radiologie médicale de France, l'Institut Curie, l'Institut d'actinologie de Paris, la Société de physiothérapie de Paris ont apporté leur adhésion au Congrès de Liége.

D'autre part, voici la liste des rapports et communications qui sont déjà inscrits de la part de nos compatriotes et qu feront honneur à la physiothérapie française.

La cure de rajeunissement par l'exercice pendant l'âge mûr chez l'homme et chez la femme, par Boigey. — L'association systématique de l'hélio et de l'actinothérapie, par Ch. Brody. — Traitement physiothérapique de l'asthme, par Solomon et Gibert. — Les rayons limites, par J. Saidman. — La chronaxie et les affections myopathiques, par Bourguignon. — La diathermie et les affections tuberculeuses de la peau, par H. Bordier. — Traitement électrique de l'incontinence d'urine, par P. Duhem. — Les aliments et provitamines irradiés, par L.-G. Dufestel. — Tuberculose et diathermie, par Delmaseure. — L'éducation respiratoire, par G. Richard. — Traitement des algies par l'actinothérapie, par E. et M. Biancani.

A l'heure actuelle, 18 autres pays ont constitué leur comité et le secrétariat général, 25, rue Louvrex, à Liége, répond à toute demande de renseignements. C'est à lui que les adhésions doivent être adressées avec la cotisation de 150 fr. belges.

Afin de faciliter l'organisation de ce Congrès, prions donc nos confrères de s'inscrire dès à présent; ils contribueront au succès d'une réunion qui s'annonce comme devant spécialement retenir l'attention en 1930.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot fera le mercredi 9 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, en sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations sur la supériorité des méthodes conservatrices pour la guérison des tuberculoses chirurgicales (adénites, épididymites, maux de Pott, coxalgie, etc.), et sur le traitement de choix des luxations et subluxations congénitales de la hanche, avec réduction de plusieurs luxations.

DON A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Plantier (d'Annonay), propriétaire de la « Panbiline », a fait un don de 10.000 fr. à l'Association générale. Cette somme sera répartie entre les confrères et les veuves et orphelins frappés par l'infortune auxquels l'Association vient en aide et qui ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse de ce geste généreux et spontané.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Edouard Long, professeur de neuropathologie à la Faculté de Genève.

Comme son père, Ernest-Louis Long, le professeur Edouard Long avait été interne des hôpitaux de Paris. Privat docent à Genève en 1899, chef de laboratoire, il était devenu professeur de neuropathologie en 1919.

Ancien élève de Déjerine, Long laisse une œuvre considérable, mais il a un autre titre à notre admiration : pendant la grande guerre, il vint mettre sa science et son dévouement au service de notre pays. C'est un souvenir qui nous rend plus chère encore sa mémoire.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le professeur Pugnat (de Genève).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (professeur : M. BRINDEAU). — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (deuxième série), par les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Vaudescal, agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, Suzor, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; Mlle Bardy, M. de Manet, anciens et chefs de clinique adjoints assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aax étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mardi 15 octobre 1929, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 1/2, et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le professeur agrégé de la Faculté de médecine F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Aubin, Maduro et Rémy Néris, assistants du service, commencera le lundi 14 octobre 1929, à 14 h. et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 21 octobre 1929, une série de huit leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie. »

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h.; en outre, les 21 et 22 octobre, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, Service O.-R.-L. de l'hôpital Laennec.

RENSEIGNEMENTS

A 25 kilom. de Paris, PROPRIÉTÉ A VENDRE, confortable, de 10 pièces, dépend. garage, jard. plein rap., dans commune sans secours médicaux. Conviendr. à médecin pour population 15.000 hab. DUCHEMIN, 16, rue de Vaugirard.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

Toux Dyspnée. IODÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

ADOVERNE 'ROCHE'

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée

GOUTTES

GRANULÉS

Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges_PARIS (3e)

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE BISMUTH OLÉO-SOLUBLE

Cardyl

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

INJECTIONS
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86 rue Vieille du Temple PARIS 3e

INJECTION CLIN
Strychno-Phospharsinée

	Formule N° 596	Formule N° 796	Formule N° 940
Cacodylate de soude	0 gr. 05	0 gr. 05	0 gr. 25
Glycérophosphate de soude	0 gr. 10	0 gr. 10	0 gr. 10
Sulfate de strychnine	1/2 mgr.	0 gr. 001	0 gr. 001
	par 1 c.c.	par 1 c.c.	par 5 c.c.
	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 5 c.c. Boîte de 6 et 12.

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques.

Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique et ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

Tonique général du Système nerveux, reconstituant, antianémique

GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES
réalisent la même médication par voie digestive.

1678

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

SUR UN CAS DE

SYNDROME NEURO-ANÉMIQUE

Par MM L. BABONNEIX et L. POLLET.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de syndrome neuro-anémique qu'il nous a paru intéressant de rapporter en raison, d'une part, de la rareté même de ce syndrome, d'autre part, à cause des particularités cliniques et thérapeutiques que présente notre observation.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, M. G..., qui présenta en fin 1926 un tableau typique de maladie de Biermer, pour lequel il fut traité par l'un de nous avec M. P.-E. Weil. Nous n'insisterons pas ici sur les signes, d'ailleurs classiques de son anémie pernicieuse. Disons seulement qu'une enquête étiologique minutieuse n'a relevé qu'un paludisme sévère contracté vingt-cinq ans auparavant au Maroc, une grippe sérieuse en 1918 et aussi un certain degré de pyorrhée alvéolo-dentaire et de sinusite maxillaire. Pas de spécificité apparente ni humorale, pas de bacillose, pas de parasitisme intestinal, ni melæna, ni urémie.

Après six mois de traitement resté peu efficace par les transfusions sanguines et l'insulinothérapie, l'anémie fut rapidement jugulée par la thérapeutique de Whipple au foie de veau, alors à ses débuts en France, et qui fit passer le chiffre des hématies de 1 million et demi à 5 millions en un mois et demi. Ce taux s'est maintenu depuis lors avec d'assez faibles variations. Notons cependant qu'il persista encore de la poïkilocytose, et que la formule leucocytaire reste nettement anormale avec mononucléose marquée.

Nous voulons ici insister sur les troubles nerveux qui ont précédé, accompagné et suivi l'évolution des troubles anémiques, après une amélioration temporaire, contemporaine de la guérison de l'anémie.

Les troubles nerveux jouent en effet un rôle essentiel dans l'histoire de la maladie. Il semble même qu'ils aient précédé l'anémie ou du moins la période de grande anémie.

Depuis deux ans au moins avant de nous consulter, M. G... se plaignait d'asthénie et en particulier d'une grande fatigabilité à la marche, en même temps qu'il avait la sensation de brouillard devant les yeux, au point qu'il subit au début de 1926 un examen ophtalmoscopique qui ne montra rien d'anormal. Bien plus, il avait eu longtemps auparavant, à plusieurs reprises, des phénomènes de dépression nerveuse qu'on expliquait par une vie de surmenage dans un climat subtropical. Enfin, il semble que l'aggravation brusque de l'asthénie et de l'anémie, qui lui fit interrompre ses occupations, ait été provoquée par un facteur nerveux, l'émotion causée par la mort d'un proche parent. C'est alors que l'un de nous fut appelé à l'examiner.

Dès notre premier examen en octobre 1926, nous avions été frappé, en outre du syndrome anémique, par l'abolition de tous les réflexes tendineux des membres inférieurs, alors que ceux des membres supérieurs restaient normaux. A ce moment, pas de signe de Babinski, réflexes pupillaires normaux. La gravité de l'état du malade, orientant toutes nos recherches vers le syndrome anémique, ne nous permit pas de poursuivre alors un examen neurologique minutieux. Mais lors de l'amélioration de l'état sanguin et général nous avons remarqué la réapparition progressive des réflexes rotuliens en même temps que celle de la force musculaire et la disparition de l'amblyopie.

Bientôt le malade peut marcher avec une canne et part achever sa convalescence dans le Midi, considéré alors comme guéri à la fois de son syndrome anémique et de ses troubles nerveux. Mais, revenu à Paris au cours de l'été 1928, il est repris de fatigue intense avec crises de somnolence, sans fièvre, ni altération de l'état général.

Peu à peu la marche devient impossible et même la simple station debout est difficile à maintenir plus de quelques secondes.

On note alors une légère reprise de l'anémie qui cède d'ailleurs vite au traitement par le foie puisque le nombre des hématies de 3.650.000 au 10 septembre 1928 passe au 25 octobre à 4.630.000 et même jusqu'à 6.000.000 au 28 décembre, tandis que le taux d'hémoglobine variait de 75 à 85 p. 100 et que le nombre des leucocytes oscillait de 4.400 à 7.000, toujours avec mononucléose prédominante.

Par ailleurs, urée sanguine normale. Wassermann et Hecht sanguins négatifs constamment. Liquide céphalo-rachidien normal ou presque (lymphocytes, 5; albumine, 0,15). Réaction du benjoin normale. Réactions de Weichbrodt et Wassermann négatives.

L'examen systématique du système nerveux montre alors :

Légère amyotrophie des muscles de la cuisse et du mollet des deux côtés.

Réflexes rotuliens nets et même un peu brusques.

Réflexes achilléens et médio-plantaires abolis.

Signe de Babinski discutable à droite; mais existence du réflexe d'adduction du pied de ce côté.

Réflexes crémastériens et cutanés abdominaux faibles. Aucun trouble de la série pyramidale ou cérébelleuse aux membres supérieurs. On note des troubles sensitifs subjectifs : douleurs assez vives dans la région lombaire et sacrée, paresthésies plantaires : sensation de marcher sur du coton semé de graviers, dit le malade, et même quelques fourmillements des doigts et de la paume des mains.

Peu de troubles de la sensibilité objective superficielle, seulement un peu de retard de perception tactile dans le domaine S_1S_2, mais troubles importants de la sensibilité profonde, perte de sens des attitudes, troubles de la sensibilité osseuse au diapason.

Pas de troubles vaso-moteurs : peau sèche, squameuse, froide.

Pas de troubles sphinctériens ni psychiques.

Peu de troubles sensoriels : l'amblyopie a notablement rétrocédé.

Les autres appareils sont normaux, à part une splénomégalie modérée. La tension artérielle est de 13-8 (Vaquez) au bras et de 15-10 aux chevilles.

Actuellement le syndrome nerveux est resté à peu près stationnaire. Sous l'influence du traitement par le foie toujours continué à dose modérée, joint au massage, à l'ionisation iodurée transcérébro-médullaire, les douleurs et l'amyotrophie sont en voie de disparition, mais les troubles réflexes et sensitifs objectifs persistent à peu près identiques. Le signe de Babinski se confirme du côté droit. L'impotence musculaire reste très marquée, confinant le malade au lit.

En résumé, il s'agit d'un malade atteint d'un des syndromes neuroanémiques bien décrits dans la thèse de Mathieu. La méthode de Whipple a fait presque disparaître le syndrome anémique dont ne persistent que quelques modifications qualitatives des hématies (poïkilocytose et anisocytose modérées) et surtout une inversion de la formule leucocytaire, mais elle n'a pas arrêté l'évolution du syndrome nerveux qui semble l'avoir précédé et qui, après s'être beaucoup amélioré pendant près de deux ans, a subi une recrudescence et se poursuit lentement. Il paraît avoir pris d'abord un aspect pseudo-tabé-

tique pour arriver peu à peu à celui d'une sclérose combinée médullaire.

De tels syndromes neuro-anémiques sont rares et il n'y a guère que cinq observations dans la littérature française qui étudient l'action variable sur eux de la méthode thérapeutique de Whipple, d'ailleurs encore bien récente.

Cliniquement, notre cas tient le milieu entre celui de Dereux, paraplégie flasque avec atrophie optique à évolution fatale en quelques mois et celui de Jacquet et Desbuquois : pseudo-tabes anémique très amélioré par le traitement au foie, où les seules signes persistants sont l'abolition des réflexes achiléens et quelques troubles de la sensibilité profonde.

Il semble difficile, au point de vue pathogénique et pronostique, d'envisager sous le même angle toutes les manifestations nerveuses contemporaines des anémies graves. Peut-être si l'on admet qu'elles sont sous la dépendance du même facteur que l'anémie, y a-t-il des cas d'agressions plus brutales ou plus persistantes sur l'axe nerveux, facilitées par une méiopragie antérieure. Ceci expliquerait que tantôt le syndrome nerveux régresse presque en totalité parallèlement au syndrome anémique sous l'influence du traitement de Whipple, comme dans les cas observés par Weil, Jacquet, que tantôt les signes nerveux se stabilisent comme s'il s'agissait de lésions cicatricielles (cas de Crouzon), qu'enfin parfois ils continuent à évoluer malgré la guérison de l'anémie, comme dans les observations de Dereux et de Picard.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crouzon, Mathieu et Gilbert-Dreyfus. Syndrome neuro-anémique. Remarquables effets thérapeutiques obtenus par la méthode de Whipple, *Soc. de neurol.*, juillet 1927, in *Revue neurol.*, 1927, n° 1, t. II, p. 90.
2. Crouzon. A propos de la communication de M. Dereux, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 mai 1929, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 mai 1929, n° 17.
3. Dereux. Syndrome neuro-anémique avec atrophie optique. Echec du traitement de Whipple, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1929, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1929, n° 15.
4. Jacquet et Desbucquois. Syndrome neuro-anémique traité par l'ingestion de foie. Action simultanée et très favorable du traitement sur l'anémie et le syndrome neurologique, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 janv. 1929, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 28 janv. 1929, n° 2, p. 51.
5. Mathieu. Etude clinique et anatomo-pathologique des syndromes neuro-anémiques, *Th. de Paris*, 1925.
6. Picard. Syndrome neuro-anémique. Action dissociée du traitement de Whipple qui impressionne favorablement l'anémie mais est sans action sur le syndrome neurologique, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1929, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 4 mars 1929, p. 313.
7. Weil, Pollet, Lévy et Flandin. Les traitements nouveaux de l'anémie pernicieuse progressive, *Le Sang*, 1928, n° 3.

Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1929, par le docteur R. Weitz, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien des Dispensaires de l'Assistance publique. Préface de M. le professeur Paul Carnot. 34e édition. Un volume in-16 de 444 pages. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'USAGE DES RACHIS EN OBSTÉTRIQUE [1]

Par le professeur docteur Paul DELMAS
(de Montpellier).

I. — Action de la rachi sur le tractus génital.

Par son action sur les racines sous-arachnoïdiennes, l'analgésique réalise la *section physiologique temporaire* du conducteur.

A. L'imprégnation des **RACINES POSTÉRIEURES** donne l'*insensibilisation* du territoire innervé.

B. A leur tour, les **RACINES ANTÉRIEURES** sont touchées :

a. **Indirectement**, par la *suppression de l'arc réflexe*, d'où *disparition de la contracture*, tant du releveur que de la fibre utérine;

b. **Directement**, par l'interruption de la conductibilité volontaire. *La poussée abdominale est suspendue.*

C. Par contre, **L'APPAREIL SYMPATHIQUE** et les ganglions autonomes intrapariétaux ne sont point touchés. Il en résulte :

a. Que ni la **contractilité**, ni la **rétractilité** utérines ne sont altérées;

b. Qu'au contraire, l'action frénatrice du centre médullaire inhibée, ces deux dernières propriétés sont le plus souvent **exagérées**.

II. — Conséquences cliniques.

Chez une gestante, en fin de grossesse, ou une parturiente, la rachi donne :

A. ABSENCE DE TOUTE DOULEUR

a. Tant **spontanée**, de la *contraction* utérine;

b. Que **provoquée**, dans toutes les *interventions* portant sur le tractus génital, qu'il s'agisse :

1. De la DISTENSION au cours des manœuvres;
2. Ou de la SECTION des opérations césariennes.

B. ASSOUPLISSEMENT

a. **Statique de la partie passive** cervico-vagino-vulvaire, avec comme conséquences, facilité :

1. Des MANŒUVRES D'EXTRACTION, siège, bras relevés, tête saisie au forceps. *Les primipares sont ainsi assimilables à de grandes multipares*;

2. Des MANŒUVRES DE DILATATION, au point qu'en fin de grossesse, au moment choisi par l'accoucheur, ou mieux à celui que lui imposent les circonstances, il est possible, *en quelques minutes, d'obtenir la dilatation* d'un col parturient ou non, ce qui est la base des évacuations extemporanées de l'utérus;

a. **Dynamique de la partie active**, corps utérin, fut-il contracturé, poche depuis longtemps rompue, sur une présentation vicieuse. Ainsi peuvent être aisément tentées, et avec sécurité, des *versions* sans cela prohibées.

C. Intense **RÉTRACTION DU MUSCLE UTÉRIN**. Les conséquences en sont doubles :

a. **Favorables**, en ce qui concerne :

1. L'ÉTANCHÉITÉ des sections utérines dans les diverses *opérations césariennes*;

2. La promptitude du DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE, circonstance éminemment heureuse au cas de placenta prœvia (*bien qu'hypotendus*, avec un minimum de 5, *de tels sujets supportent admirablement la rachi*).

3. La production certaine du GLOBE DE SURETÉ.

b. **Gênantes** quelquefois, quand l'*intensité de la rétraction*,

---

(1) Voir « La rachi-analgésie », *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 77, p. 1373, et « La pratique des rachi-analgésies », n° 78, p. 1392.

au bout de quelques secondes, vient, pour un temps, entraver une version qui paraissait simple.

III. Indications.

A. NÉGATIVES : *s'abstenir* de rachi *dans l'accouchement spontané et normal* dont la terminaison ne peut être prévue à une heure déterminée, alors que l'action de la rachi se limite à une heure ou une heure et demie environ.

B. POSITIVES : toute intervention obstétricale de quelque importance : *proportionner*, en effet, *la nature de l'anesthésie à la valeur de l'acte opératoire* :

a. **Manœuvres d'extraction** :

1. Manuelles, du siège, primitif, ou après version, relèvement des bras, extraction de la tête dernière;

2. Instrumentales par le forceps ou les embryotomies, soit céphaliques (basiotripsie, cranioclasie), soit cormiques (décollation, éviscération).

b. **Libre pratique utérine.**

1. Par les voies naturelles, dilatations du col, et, en particulier, réalisation de l'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse;

2. Chirurgicales, tant vaginale (Duhrssen) qu'abdominale (césarienne basse ou classique).

IV. — Conditions.

Ne demander à la rachi que ce qu'elle peut donner.

A. INSENSIBILISATION : toujours.

B. ASSOUPLISSEMENT FONCTIONNEL

a. A **rechercher** quand le *tonus* ou l'*hypertonie* sont seuls en cause;

b. A **prohiber** formellement, si altération anatomique.

1. Cicatricielle (traumatique, opératoire, par cautérisation ou processus inflammatoire du gonocoque ou du tréponème);

2. Néoplasique, du fibrome ou du cancer.

V. — Technique.

A. PRÉPARATIFS

a. **Le matériel** :

1. Deux aiguilles :

α. L'une à rachicentèse, de **P. Delmas**, construite par Collin, de 10/10 de millimètre de calibre, *destinée à la ponction lombaire.*

β. L'autre de **Tuffier** ou de **Laborde**, *pour prélever la solution analgésique.*

2. Une seringue étanche de 20 centimètres cubes dont l'embout s'adapte exactement au canon de l'aiguille.

3. Une ampoule de scurocaïne, en verre neutre et jaune, contenant une *dose univoque de 10 centigrammes* de sel en paillettes stériles.

b. **La patiente**,

1. Assise a califourchon sur la table, fait le gros dos, mains appuyées en avant, tête hyperfléchie.

2. Tracé d'un losange lombo-ilio-coccygien (points extrêmes : Ire vertèbre lombaire, crête iliaque, naissance du pli fessier), dont la superficie est badigeonnée de teinture d'iode.

B. RÉALISATION

a. **Ponction** paramédiane de l'espace lombo-sacré :

1. Sitôt apparues les *premières gouttes* de liquide céphalo-rachidien :

α. Adapter l'embout de la seringue au canon de l'aiguille demeurée en place;

β. Laisser environ 10 centimètres cubes de liquide (ou un peu plus, si hypertension), *refouler le piston.*

2. *Enlever alors la seringue* et *arrêter le débit* de l'aiguille en l'obturant avec son mandrin;

b. **Répartir**, à l'aide de l'aiguille de Tuffier, le contenu de la seringue en deux parts égales :

1. L'une dans l'ampoule de scurocaïne que l'on vient à l'instant d'ouvrir à la lime :

α. **Rotation** de l'ampoule sur son grand axe;

β. **Dissolution** instantanée de la scurocaïne;

2. L'autre est versée dans une seringue de 20 centimètres cubes bouchée au bas par le doigt de l'aide, et vidée momentanément de son piston. Elle contient déjà 0g25 de caféine et 10 centimètres cubes de solucamphre, *mélange que l'aide va injecter aussitôt dans une veine du pli du coude de la patiente.*

c. Le mandrin de l'aiguille de P. Delmas ôté, réadapter à son canon la seringue chargée de la solution de scurocaïne, aspirer encore 5 centimètres cubes et **injecter**, sans violence comme sans timidité, ce liquide dans l'espace sous-arachnoïdien, en quelques secondes.

d. L'aiguille retirée, et le point de ponction touché à l'iode, **attendre** un instant *pour coucher la patiente.*

C. SOINS ULTÉRIEURS : *Cf* la fiche *La Pratique des rachi-analgésies.*

Bibliographie du même auteur. — De la rachicocaïnisation en gynécologie et en obstétrique opératoires, *Réunion obstétr. et gyn. de Montpellier*, 2 avril 1919, et *Revue franç. de gyn. et d'obstétr.*, avril 1919. — La rachi-analgésie dans la pratique des interventions gynécologiques et obstétricales, *La Médecine*, avril 1920. — Analgésie rachidienne et contracture utérine, *Réunion obstétr. et gyn. de Montpellier*, 5 déc. 1923. — La rachi-analgésie en obstétrique, *Journ. méd. de Madrid*, 21 oct. 1927. — Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse, *Réunion obstétr. et gyn. de Montpellier*, 22 fév. 1928. — L'accouchement à heure fixée, *Fiche de Pratique médicale*, mars 1928. — Contracture ou rétraction, *Réunion obstétr. et gyn. de Montpellier*, 25 avril 1928. — Au sujet de l'évacuation extemporanée de l'utérus, *Notes pratiques d'actualité médicale*, août-sept. 1928. — L'accouchement à heure fixée, *Congrès de méd. tropicale du Caire*, Conférence à l'hôpital du roi Fouad le 20 déc. 1928. — Un an de pratique d'évacuations extemporanées de l'utérus, *Réunion obstétr. et gyn. de Montpellier*, 20 fév. 1929.

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉVIAN

14-15 septembre 1929 (1).

DEUXIÈME QUESTION

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Sur l'hypertension artérielle.

Rapport de M. Charles Laubry, médecin des hôpitaux de Paris.

M. Laubry, d'accord avec ses collègues MM. Halls Dally et Pic, s'est réservé de traiter le côté clinique de l'hypertension, en laissant de côté le point de vue symptomatique si bien mis en lumière dans les traités classiques de Vaquez et de Gallavardin. Il s'attache d'une part à l'exposé critique de nos procédés sphygmomanométriques, d'autre part à l'édification de types cliniques si nombreux qu'on peut dès maintenant dire que l'hypertension n'existe pas, mais qu'il n'y a que des hypertendus.

I. La sphygmomanométrie clinique repose essentiellement sur la compression de l'artère, dont on note les effets en aval (procédé de Riva Rocci) ou au niveau de l'artère (principe de Marey et oscillomètre de Pachon) mais sans insister sur les

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 78, p. 1385.

détails de technique, on doit se demander si l'on peut atteindre ainsi la valeur exacte de la tension. Cette question doit se poser pour les deux tensions maxima et minima.

Pour la tension maxima, il y a de nombreuses causes d'erreur : résistance des parties molles, des parois artérielles, résistance de la pression sanguine et longueur du brassard, et surtout la cause la plus importante sur laquelle l'auteur a déjà insisté avec Ed. Doumer, le caractère dynamique de l'artère qu'il faut comprimer. On s'appuie pour apprécier la tension sur ce fait connu en physique qu'un liquide provenant d'un réservoir sur pression et circulant dans un tube de caoutchouc s'arrête quand on le soumet à une pression équivalente à la pression de l'eau du réservoir. Cette comparaison ne vaut pas en clinique. Le phénomène physique est un phénomène statique. L'artère qui cherche à forcer le brassard est un phénomène dynamique, et ne ressort pas aux mêmes lois que le premier. Le sang est un mobile lancé dans l'artère qui en raison de son mouvement possède une certaine force vive lui permettant d'accomplir un certain travail, de vaincre la compression qui lui est opposée. Ce n'est pas une question d'équilibre de pression mais de force vive. Et celle-ci varie avec l'état du cœur, son énergie, son rythme et surtout l'état des artères qui transmettra sans l'atténuer la force vive issue du ventricule. D'où une surestimation sur la véritable tension, qui, d'après les travaux de Fabre, sur lesquels s'appuient Laubry et Doumer peut aller au double de la valeur réelle de la tension.

A ces critiques fondamentales portant sur l'évaluation de la tension maxima, M. Laubry oppose son opinion sur la valeur des chiffres donnés pour la tension diastolienne et toujours avec Ed. Doumer, il pense que en dehors des cas d'hypertonie durable des parois artérielles, la pression sous laquelle cesse le collapsus diastolique de l'artère fixe sensiblement le chiffre de la tension minima.

Quant aux appareils ils ont chacun leurs avantages et leurs défauts et après les avoir passés en revue, M. Laubry tire les conclusions suivantes :

1° Utilité et nécessité d'apprécier la tension avec deux appareils reposant sur deux principes différents (sphygmotensiophrone Vaquez-Laubry et oscillomètre de Pachon).

2° Supériorité de la tension minima à la valeur fondamentale.

3° Nécessité d'interpréter les chiffres de la maxima à la faveur des circonstances cliniques et surtout en raison de la valeur de la tension minima.

4° Enfin avant d'ébaucher un premier groupement des hypertensions et avant de parler d'hypertension, M. Laubry complète ces conclusions par les règles pratiques suivantes :

a. Ne s'en rapporter au point de vue de la tension normale ou de l'évaluation de l'hypertension qu'à son expérience personnelle fondée sur de nombreuses expériences pratiquées sur des sujets normaux.

b. Tenir compte de la tension relative, c'est-à-dire de la tension propre à chaque sujet.

c. Eliminer les hypertensions physiologiques et surtout l'hypertension de luxe si bien mise en évidence par Vaquez.

II. La tension minima doit dominer le groupement des hypertensions, qui se divise en deux groupes :

1° Les hypertensions pures qui sont ou purement *maximales* ou purement *minimales* ;

2° Les hypertensions *maxima-minimales*.

Tenant compte de considérations physiques, MM. Laubry et Doumer ont montré que dans les conditions physiologiques, non seulement la minima donne un cachet d'authenticité à la maxima, mais *doit en fixer le taux*, qu'ainsi il doit y avoir *harmonie* entre les deux tensions. Si cette tension existe il y a *hypertension équilibrée*, sinon il y a *hypertension déséquilibrée* à prédominance maximale ou minimale.

M. Laubry passe rapidement en revue tous ces types qui à leur tour lui servent de cadres sur lesquels il va multiplier les types cliniques.

1° *Hypertension maxima-minimale équilibrée.* — C'est la forme commune, pure.

M. Laubry, tout en n'énumérant pas ses symptômes qu'il groupe en accidents (spasmes transitoires) et complications, signes définitifs et graves, si connus depuis Vaquez, fait à leur sujet quelques remarques qui sont les suivantes pour les accidents du premier groupe :

Leur absence de spécificité, c'est-à-dire leur éclosion chez des sujets qui ont ou une tension normale ou une hypotension;

Leur relation possible avec des poussées locales d'artérite, ce qui donne à ces accidents transitoires un caractère de gravité;

Leur généralisation à tous les appareils mais la prédominance sur le système nerveux;

La carence des phénomènes objectifs urinaires, cardiaques et aortiques, aussi bien clinique que radioscopique.

Pour les complications (second groupe), M. Laubry insiste sur la prédominance des signes objectifs, d'insuffisance artérielle (hémorragies, sclérose, thrombose), cardiaque, rénale et cérébrale, progressive, rapide ou lente, mais définitive, mais il insiste sur l'absence de fixité dans l'hypertension des périodes de tolérance et de décompensation, le caprice de l'évolution symptomatique et l'existence des hypertensions silencieuses ou bien tolérées.

Ceci dit, M. Laubry *groupe les types cliniques en deux catégories : les formes aiguës et les formes chroniques.*

Dans la première, il critique les formes indiquées au cours des néphrites aiguës par Kylin, et il apporte au contraire toute son attention sur les formes paroxystiques mises en évidence par Vaquez, à propos de l'éclampsie, du saturnisme et du tabes. Le caractère clinique de ces formes n'est pas douteux, la relation de l'hypertension avec les symptômes l'est davantage et c'est ce que s'attache à démontrer M. Laubry à la faveur de faits personnels.

De plus, il rappelle, à propos de l'hypertension idiopathique paroxystique, le cas récemment publié par Vaquez, Donzelot et Géraudel, sur le nom de surrénalome hypertensif, ce que M. Laubry a eu l'occasion d'observer pendant un an, de traiter et d'améliorer par la radiothérapie. Il en montre l'intérêt pathogénique, mais il en rapproche d'autres absolument analogues, observés par Harvier, par Villaret, Sigismond Bloch et Lappaz où la surrénale n'était pas en cause, seul le système végétatif était intéressé.

Dans les formes chroniques, M. Laubry étudie tour à tour le type permanent, le type oscillant, les formes progressives et régressives, celles-ci indubitables mais exceptionnelles.

2° *Hypertension maxima minimale déséquilibrée à prédominance minimale.* — Il existe dans ce cadre plusieurs variétés. La plus connue est celle qui résulte de l'insuffisance cardiaque. Elle est de toute gravité.

Mais il y a d'autres formes : la première qu'on pourrait appeler bénigne est due aux travaux de Doumer. Elle concerne les goutteux, les obèses qui font transitoirement de petites hypertensions sur la forme 16-11, 17-12, 18-13 et qui guérissent par le repos et le régime.

La seconde est celle qui accompagne certaines myocardites et qui constitue de cette affection une forme spéciale individualisée par Laubry et Walser. Les malades ont une tension déséquilibrée, mais antérieure à leur insuffisance cardiaque et qui de ce fait n'a pas été modifiée.

Les hypertensions déséquilibrées à *prédominance maximale* rentrent dans le cadre suivant :

3° *Hypertensions pures.* — Il en existe deux variétés, les hypertensions purement maximales et les hypertensions purement minimales.

a. *Hypertensions purement maximales.* — Les critiques formulées à l'égard de la tension maxima montrent avec quelle circonspection il faut regarder ces formes d'hypertensions. Il

est possible que dans les variétés étiologiques que M. Laubry en distingue, il y ait de véritables hypertensions, mais en général il s'agit de faits où l'application du brassard compressif donne des renseignements trompeurs sur la pression et susceptibles d'autres interprétations. Ces variétés sont formées :

Par l'*hypertension des aortiques* où plusieurs modalités doivent être distinguées, ce qui, à part les cas où une aortite avec insuffisance vient compliquer une hypertension, représente en majorité de fausses hypertensions ;

Par l'*hypertension des neurotoniques et des basedowiens*, dont les symptômes fonctionnels sont d'ailleurs un peu différents des symptômes de l'hypertension maladie ;

Par l'*hypertension des vieillards*, de signification souvent nulle et même favorable ;

Par l'*hypertension de la ménopause*, où se multiplient de façon plus marquée les variétés, mais qui souvent s'apparente à la fausse hypertension des neurotoniques.

b. *Hypertension purement minimale.* — Elle est la plus grosse de toutes et se rapporte aux formes terminales d'une insuffisance cardiaque terminale.

III. Toutes ces formes cliniques donnent des renseignements intéressants sur la destinée des hypertendus. M. Laubry la complète par quelques précisions sur le *pronostic*. Il dépend : de la forme d'hypertension ; les hypertensions maximales n'ayant qu'une signification toute relative, la minimale étant grave, les hypertensions maxima minimales méritant discussion ;

Des commémoratifs : l'âge (on sait la gravité des hypertensions juvéniles), l'hérédité qui pèse aussi lourdement sur l'hypertension que sur les angines de poitrine, les notions étiologiques, en particulier la syphilis qui permet d'espérer quelque effet préventif au point de vue du traitement ;

Des données numériques sur l'hypertension ; ce ne sont souvent pas les plus fortes hypertensions qui sont les plus grosses ;

De la variété des accidents et de leur évolution ; les formes à paroxysme étant naturellement dangereuses, les complications ayant une gravité définitive et inéluctable.

Malgré le nombre de facteurs qui tendent à assombrir le pronostic, il n'en faut pas moins insister sur la possibilité d'une régression et d'une amélioration qui équivalent à la guérison.

IV. Laubry s'excuse de ne pas aborder le *traitement* de l'hypertension et de se contenter de quelques indications sommaires.

Etant donné l'incertitude de la pathogénie, les cas exceptionnels où l'on peut parler de traitement étiologique, force est de recourir au traitement symptomatique. Les hypotenseurs sont certes de mise dans les accidents et le paroxysme, mais dans les autres formes c'est l'élément nerveux qui semble prédominer et c'est lui qui doit retenir l'attention. Il en résulte une série de considérations psychothérapiques qui atténueront quand faire se pourra la rigueur des régimes. Il en résulte l'utilité incontestable de l'hydrothérapie associée à la climatothérapie, et à cet égard Evian réalise les conditions requises. M. Laubry tient à en faire l'éloge et à joindre à l'action de ses eaux celle de son site exceptionnel.

A propos de l'hypertension.

Rapport de M. le professeur Pic, MM. Pierre P. Ravault et H. Thiers (de Lyon).

Après une longue et très remarquable étude des théories pathogéniques de l'hypertension, les rapporteurs apportent des déductions thérapeutiques qu'il faut retenir.

Quelques déductions thérapeutiques.

« Il importe de chercher à appliquer les acquisitions récentes de la pathogénie à la pratique courante, en d'autres termes de rechercher quelles directives nouvelles les progrès de la science médicale nous donnent pour lutter contre l'hypertension.

Une notion, naguère désuète, nous paraît aujourd'hui incontestable ; c'est que l'hypertension est *dans une certaine mesure* une réaction de défense de l'organisme ; une certaine hypertension est utile à l'hypertendu ; le but de la thérapeutique ne doit donc pas être de ramener à tout prix la tension à un niveau normal, mais seulement de la maintenir en deçà d'un seuil dangereux.

Cette réserve étant admise, le but de la thérapeutique doit être de lutter, *dans une certaine mesure*, contre les réflexes presseurs et de provoquer, si possible, des réflexes dépresseurs.

La première partie de cette lutte sera constante, persévérante, et sera l'œuvre, partie de l'hygiéno-diététique, partie de la cure hydro-minérale ; elle sera individualisée suivant l'origine probable de l'hypertension envisagée.

La deuxième partie sera temporaire, épisodiques, s'adressant aux paroxysmes hypertensifs ; elle sera l'œuvre surtout des médicaments hypotenseurs, dont l'action est éminemment passagère ; accessoirement, elle comportera le renforcement de la cure hygiéno-diététique et quelques pratiques hydrominérales.

Enfin, le médecin devra prévenir si possible les complications viscérales de l'hypertension, et notamment ses conséquences sur le fonctionnement du cœur, des reins, du foie, des centres nerveux et modifier en conséquence son hygiène, sa diététique, sa thérapeutique.

L'hygiéno-diététique comporte essentiellement, d'une part le dosage rationnel du repos et de l'exercice, d'autre part le régime des aliments et des boissons.

Chez ces hypertendus, les bénéfices de l'hygiène et de la diététique sont renforcés par ceux d'une cure hydro-minérale, telle une cure de diurèse bien dirigée, suivant les préceptes magistralement formulés par Cottet, si bien mis en œuvre dans nos stations du bassin de Lorraine et surtout dans cette belle station de Haute-Savoie où vous tenez aujourd'hui vos assises, et où la beauté du spectacle, l'abondance des eaux permettant la balnéothérapie, concourront, avec la cure de lixiviation, à abaisser la tension par leur action remarquable sur le système nerveux. Ces divers facteurs concourent à rétablir l'équilibre vago-sympathique dont le trouble est à l'origine de bien des hxpertensions, et à améliorer, par voie de conséquence, le fonctionnement des glandes endocrines qui interviennent dans le maintien de la tension au taux compatible avec une vie normale.

Mais si au fonds commun de l'hypertension, décelable par des explorations minutieuses manométriques ou cliniques et par un minimum de symptômes fonctionnels et physiques, se surajoutent des poussées pendant lesquelles, à l'élévation du niveau manométrique, se superpose un syndrome évident, une vraie crise hypertensive, le renforcement du régime hygiéno-diététique, qui est absolument indiqué d'ailleurs, ne suffit plus ; c'est alors qu'entrent en jeu les médicaments hypotenseurs, dont l'action est incontestable, mais temporaire, qu'il s'agisse des plus anciennement connus comme les nitrites, le gui, l'ail ou des plus récemment introduits dans l'arsenal thérapeutique, comme le benzoate de benzyle ou l'acétylcholine. Chacun de ces médicaments devra être prescrit pour une période limitée de quelques jours, et leur action sera non seulement accompagnée, mais aussi prolongée par le renforcement de la cure hygiéno-diététique.

A cette phase, l'hypertension est encore utilement influencée, non seulement par les stations de diurèse, mais aussi par les stations comme Nauheim et comme notre Royat qui utilisent, comme mécanisme producteur d'un réflexe dépresseur, le dégagement à la surface du corps de bulles de gaz carbonique à l'état naissant. Sous leur influence, les crises

hypertensives s'espacent et l'hypertension redescend à un chiffre moins élevé, comme l'ont si bien montré Heitz, Richard, et la légion de cliniciens que compte cette station justement célèbre.

Néanmoins, l'hypertension progresse, le cœur se fatigue dans la lutte contre les barrages; la minima reste élevée, la maxima descend, s'effondre, c'est la tension défaillante, la tension décapitée; parallèlement le cœur lui-même, par des troubles du rythme, révèle le commencement de son insuffisance ventriculaire gauche. Avant même que n'apparaissent ces troubles avec leur cortège fréquent de coups d'œdème pulmonaire, de poussées d'insuffisance rénale, il faut savoir les prévenir, les dépister alors qu'ils ne sont qu'à peine ébauchés; il faut alors combiner aux cures de repos, de restriction des liquides, puis de diète lactée mitigée et souvent hypochlorurée, des cures alternantes, cardiotoniques par la digitale, diurétiques par de petites doses de théobromine. On sait bien, surtout depuis Josué, que la digitale ne mérite pas l'ostracisme, dont elle était frappée jadis, en ce qui concerne l'hypertension.

De petites saignées pourront être indiquées au cours des crises hypertensives; elles ont été recommandées naguère en dehors même des crises dans toutes les variétés d'hypertension, c'était peut-être un abus, mais elles restent un bon agent thérapeutique préventif chez les hypertendus rouges, les pléthoriques avec hypertension artérielle.

La notion étiologique pourra parfois orienter vers un traitement causal à mettre en œuvre parallèlement à celui de l'hypertension : traitement de la néphrite si elle existe, de l'insuffisance hépatique, de la syphilis parfois; de l'hypercholestérinémie, de l'adrénalinémie, si elle est démontrée, et à ce titre nous devons simplement mentionner, en dehors des préceptes diététiques, et pour des cas tout exceptionnels, les tentatives chirurgicales, telles que la surrénalectomie gauche, si bien étudiée récemment par Leriche et son élève Stricker.

Une remarque, en tout cas, est à retenir, et s'applique à tous les traitements anciens ou nouveaux de l'hypertension : de quelque façon, en effet, que l'on considère le problème, qu'on l'envisage sous l'angle de l'hygiène, de la diététique, de la thérapeutique médicamenteuse ou hydro-minérale, partout, contre l'hypertension, il faudra une persévérance de plusieurs mois, de plusieurs années, de la part du malade comme de la part du médecin, pour obtenir un régime de pressions satisfaisant et durable : « Contre une maladie au long cours, il faut un régime au long cours », a écrit L. Gallavardin. »

Variétés d'hypertension artérielle

Par M. J. F. Halls Dally, M. A., M. D. Cantab., M. R. C. P. Lond.; médecin de l'hôpital de Mount Vernon; directeur du Centre de surveillance du rhumatisme infantile de Marylebone; médecin consultant de l'hôpital Shriner, Montréal, Canada.

« Il existe une ressemblance frappante entre les manifestations des états de haute et de basse pression artérielle. Il me suffira de vous signaler la lassitude, la fatigue, la céphalée occipitale et du vertex, le manque de mémoire et de concentration, insomnies, vertiges, défaillances, dyspnée, palpitations et douleurs angineuses, troubles gastro-intestinaux et névralgies; ces symptômes, vous le savez, se rencontrent aux deux extrémités de l'échelle des pressions, et, bien qu'ils résultent de deux causes opposées, l'excès et le défaut de circulation, ils sont en réalité identiques.

On ne doit jamais oublier que la haute et la basse pression artérielle sont toutes deux l'expression d'une cause ou de causes sous-jacentes dues à ce manque d'harmonie vitale dont j'ai déjà parlé. Remarquons que, dans un autre domaine, les méthodes bio-chimiques modernes nous permettant d'évaluer en chiffres les déviations de l'équilibre acido-basique dans le sens, soit de l'acidité, soit de l'alcalinité, il nous devient possible de nous faire une idée plus exacte de la manière dont on peut corriger un métabolisme défectueux et redresser un équilibre faussé.

A l'état de santé, entre vingt et cinquante ans, la pression différentielle est presque constante égale à 44 milligrammes de mercure. Toute modification accusée de ce « standard » indique une augmentation ou une diminution de la charge que supporte le cœur.

Pour obtenir d'utiles indications relatives au contrôle de la pression artérielle, il sera très important de savoir différencier ses diverses variétés. Tout d'abord on notera avec soin les antécédents personnels et familiaux du malade; ils révèlent souvent des infections causales, des toxémies ou des troubles du métabolisme. Certaines familles sont hyper- ou hypotendues. Un poids corporel excessif indique, en général, un défaut d'élimination; des infections multiples font redouter la défaillance cardiaque, et une trop grande activité mentale, l'hémorragie cérébrale.

Ensuite, vous mesurerez la pression avec un instrument digne de confiance. Mes préférences vont à un manomètre à mercure soigneusement calibré, de type moderne, tel le « Baumanometer ». Parmi les appareils à manomètre métallique, le Vaquez-Laubry est un des plus exacts; le sphygmo-oscillomètre de Pachon, présenté par moi pour la première fois en Angleterre, possède l'avantage supplémentaire de rendre apparentes toutes les irrégularités cardiaques. Relevez chaque fois sur la fiche du cas observé, la pression systolique la pression diastolique, la pression différentielle et la vitesse du pouls. Ces quatre données réunies constituent ce que j'ai appelé « le tableau complet de la pression artérielle » (1).

La pression varie largement sous l'influence de nombreux facteurs physiologiques, dont l'un des plus importants est le poids corporel. Il en résulte qu'une haute pression n'est pas en elle-même un signe obligé de mauvaise santé et n'exige point qu'on s'efforce de la réduire. De même temporairement et dans certaines conditions, une élévation modérée de la pression peut devenir un processus utile qui, de façon mécanique, constitue une protection ou une compensation vis-à-vis du désordre fonctionnel; elle est indispensable, par exemple, pour assurer une élimination rénale suffisante. Que l'on abaisse inconsidérément une telle pression, il peut en résulter un dommage considérable.

Le terme d'hyperpiesis nous sert à désigner toutes les formes de haute pression artérielle, physiologiques ou pathologiques, temporaires ou permanentes, rénales ou non rénales. Pour l'observation des malades, il est commode de subdiviser l'hyperpiesis en ses différentes variétés :

Hypertension simple sans symptômes.
Hypertonus artériel primitif.
Artério-sclérose.
Hyperpiesis (hypertension primitive ou essentielle).

« La note dominante du traitement est la réadaptation de toute la manière de vivre du sujet, à qui l'on doit conseiller « la modération en toutes choses ». L'exercice est indiqué quand il est possible, c'est-à-dire en l'absence d'insuffisance cardiaque. Une obésité marquée doit être combattue en excluant du régime les substances grasses et certains hydrocarbones. Il ne faut restreindre les éléments azotés que si l'urée sanguine est élevée. On recommandera une hygiène morale dont la condition indispensable sera le calme de l'esprit; tout sera mis en œuvre, par conséquent, pour réduire au minimum les inconvénients de notre super-civilisation : bruit, hâte, excitations, veilles et tension nerveuse. Souvent on voit prescrire un régime strictement déchloruré, mais, d'après mon expérience, la suppression du sel, si

(1) *Hypertension artérielle, ses variations et sa surveillance*, 2e édition, Londres, Wm Heinemann (medical Books) Ltd.

pénible pour le malade, ne lui procure aucune diminution de pression; elle est cependant utile dans certaines variétés d'œdème. Les mêmes remarques s'appliquent aux purgatifs drastiques. Le volume et la fréquence des repas seront réduits avec avantage, mais on prendra soin d'assurer un apport suffisant de vitamines et de prévenir l'acidose en recommandant les fruits frais, les légumes, le lait et le beurre.

A Evian, je n'ai pas besoin d'insister sur les bienfaits de la thérapeutique hydro-minérale et balnéaire, puisque ces bienfaits s'y réalisent chaque jour. »

COMMUNICATIONS SUR L'HYPERTENSION

Action de l'irradiation surrénale dans les hypertensions artérielles. — MM. LANGERON et DESPLATS. Par l'irradiation de la région surrénale, et sans pouvoir dire exactement si l'action affecte principalement la glande surrénale ou les éléments sympathiques de voisinage, on a obtenu des modifications tensionnelles nulles dans le cas d'hypertension continue solitaire ou rénale, mais une sédation remarquable de crises hypertensives surajoutées à une hypertension continue d'origine rénale. La méthode, en agissant différemment sur les hypertensions d'adaptation et de dérèglement, semble donc discriminer des deux mécanismes différents de processus hypertensifs, en paraissant indiquée surtout dans le second.

Adrénaline dosée dans les capsules surrénales et tension artérielle. — MM. LANGERON, PAGET et LOHEAC. Les dosages effectués dans les meilleures conditions expérimentales avec recherche de l'adrénaline virtuelle, par la méthode de Bailly, dans des cas de tension normale, chez des hypertendus et dans des tumeurs surrénales, ne permettent pas d'établir de rapport entre le chiffre de la tension artérielle et le taux d'adrénaline surrénale.

Hypertension et aortite chronique. — M. Pr. MERKLEN, après avoir remarqué que la plupart des travaux sur l'hypertension envisagent soit l'hypertension solitaire, soit l'hypertension associée à la néphrite, après avoir souligné que l'absence de faits nouveaux oblige pour l'instant les discussions à demeurer sur le terrain doctrinal, rappelle que l'observation des malades apprend l'existence d'une hypertension liée à de l'aortite chronique. Celle-ci connue depuis longtemps, est trop laissée dans l'ombre.

La clinique montre des signes objectifs ou fonctionnels d'aortite dans d'autres cas, seule la radiologie révèle l'aortite. Un examen détaillé de l'aorte s'impose, par conséquent, avant de porter le diagnostic d'hypertension solitaire.

Cette forme d'hypertension est compatible avec une longue survie, réserve faite pour l'évolution locale du processus aortique. Les malades peuvent vivre plusieurs années en poursuivant leurs occupations. Encore convient-il de faire le départ entre les aortites spécifiques et athéromateuses; pratiquement, les seules en cause. Par le traitement, l'hypertension des premières est susceptible de baisser de quelques degrés et de rester longtemps à ce taux.

Bien entendu, les complications habituelles de l'hypertension sont toujours à redouter, rétiniennes, cérébrales, rénales, etc. La survenue d'albumine et de phénomènes rénaux est sérieuse. Il convient de distinguer l'aortique hypertendu sans albuminurie, à existence normale ou presque, de l'aortique devenu albuminurique, bien plus fragile. L'atteinte rénale est au tournant du chemin qui mène à l'issue fatale.

Que l'aortite provoque l'hypertension ou que toutes deux relèvent d'une même origine, il convient de mettre en relief l'absence de symptômes rénaux, cliniques ou biologiques, chez les hypertendus aortiques. Il y a là un argument en faveur de l'hypertension primitive, à moins de poser en principe que toutes les hypertensions sont rénales, ce qui est encore à démontrer. Est-ce par ailleurs l'hypertension des aortiques qui crée leurs lésions rénales? L'idée est séduisante et volontiers admise. Mais on ne saurait émettre de conclusions sans être fixé sur la nature de l'hypertension, problème de fond qui tient tous les autres sous sa dépendance.

Quelques modalités cliniques de l'hypertension en Tunisie. — M. UZAN, se plaçant strictement sur le terrain local, montre dans les cas classiques la « touche » particulière au pays dans ce syndrome : fréquence des aortites paludéennes, fréquence des aortites rhumatismales prenant plutôt l'aspect de la maladie de Hogdson, fréquence des néphrites nécifiques, fréquence aussi très grandes des formes d'hypertension par hypo-ovaire chez la femme.

Mais il insiste surtout sur une forme particulière où au syndrome d'hypertension « solitaire » s'ajoute la notion « d'instabilité tensionnelle » forme comprenant surtout les hommes de quarante-cinq à cinquante ans, actifs, surmenés.

Pour éclaircir l'étiologie d'un tel syndrome, l'auteur fait appel aux notions de « milieu » (climatolopie, ethmographie, conditions de vie), insiste sur le rôle du sympathique dans l'éclosion de ce cas d'hypertension.

Le repos moral et physique, l'éloignement des affaires, avec un régime moyennement azoté et en dehors de toutes médications influencent favorablement ces malades.

La cure d'Evian paraît toute indiquée.

Action de l'albuminurie sur l'hypertension artérielle. — M. le professeur DERRIEN (de Montpellier), apporte son auto-observation. A la suite d'une atteinte de grippe il a conservé une légère albuminurie de 10 à 20 centigrammes par litre. Il a constaté qu'après son cours à la Faculté l'albuminurie passait de 15 centigrammes à 1 gramme et cela parallèlement à l'augmentation de la tension artérielle. Cette albuminurie diminuait sous l'influence du régime lacto-végétarien associé à un peu de repos.

Le bain de paraffine dans l'hypertension. — M. BARTHE DE SANDFORT indique les modifications que le bain de paraffine dont il est l'inventeur apporte dans la tension artérielle. Il produit une vaso-constriction suivie d'une vaso-dilatation amenant une véritable saignée hydrique par une sudation sans fatigue et sans danger pour les personnes âgées. F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1929)

Etude expérimentale de l'action de l'eau d'Evian dans les néphrites provoquées. — MM. A. DESGREZ et P. RÉGNIER ont constaté que le symptôme albuminurie est nettement influencé dans le sens favorable par l'ingestion de 50 centimèt. cubes d'eau minérale (Evian-Cachat) par animal, alors qu'une même quantité d'eau de source (eau de la Vanne à Paris) n'a pas donné lieu à une amélioration partielle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 113. BAGOT (Armand). — Contribution à l'étude de l'influence de l'acide combiné sur une base anesthésique. La carbaïne.

433. BODART. — Les fistules pancréatiques.

415. CADORÉ. — Existe-t-il une vraie grossesse prolongée?

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223; Strasbourg, n° 71, p. 1271; Alger, n° 72, p. 1286; Lille, n° 73, p. 1302; Bordeaux, n° 75, p. 1334.

435. COURTIER. — Contribution à l'étude du rôle étiologique et pathogénique de l'hérédo-syphilis dans les psychopathies de l'âge adulte.

420. COUTIN. — Contribution à l'étude clinique et étiologique de la paralysie antibrachiale pseudo-saturnine.

418. CRÉANGE. — Considérations sur le traitement de la syphilis.

411. DESJARDIN. — Contribution à l'étude des fractures du bassin chez l'adulte.

424. FRANCFORT. — Les traitements modernes des infections urinaires à colibacilles.

430. GENEY. — Rôle du terrain névropathique et psychopathique dans le développement de la démence sénile.

427. GIRARD. — La fonction de résorption des plexus choroïdes et l'origine du liquide céphalo-rachidien.

419. GIRY. — Contribution à l'étude des consultations prénatales et des primes à la natalité en Meurthe-et-Moselle.

423. GOUSSET. — Des traitements biologiques dans l'érysipèle.

410. GUEUTAL. — Contribution à l'étude de l'atonie gastrique.

421. HERGOTT. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par ascarides.

434. LACASSAGNE. — Contribution à l'étude du syndrome de Hanot.

402. LEJEUNE. — Le chylothorax traumatique.

422. LÉVY. — La réaction de Vernes à la résorcine au cours de l'infection tuberculeuse. (Evolution et période latente.) Réaction de Vernes et vaccination par le B. C. G.

404. MEYER. — L'hallus varus congénital.

417. MOINET. — Contribution à l'étude du traitement des métrites et des annexites par la vaccinothérapie.

416. MUNIER. — Les infections gärtneriennes.

436. NADALON. — Etude scientifique de l'eau minérale de Velleminfroy.

409. NOENNINGER. — Les angiomes musculaires juxta-osseux.

403. PACAUD. — Contribution à l'étude du mécanisme du rire. Le rire réflexe associatif et le rire automatique.

429. PERNET. — Le gluconate de calcium en injections chez les tuberculeux.

432. POIGNANT. — Contribution à l'étude du rôle de l'hypophyse au cours de la gestation.

407. RAPP. — Contribution à l'étude des arythmies respiratoires au cours de l'encéphalite épidémique.

425. RIVALLAND. — Occlusion par malformations congénitales de la valvule iléo-cæcale ou de Bauhin.

431. ROUSSEL. — De la lutte contre l'abandon de l'enfant nouveau-né. Etude médicale et sociale.

414. THIRIET. — Syndromes polynévritiques ourliens.

426. VUILLAUME. — L'éducation physique à l'école. Conditions actuelles. Améliorations à apporter.

408. WOLGENSINGER. — Des phénomènes nerveux dans le syndrome de Klippel-Feil.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 406. EL AZZAZI. — Déformations secondaires consécutives au décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adolescent.

412. — GÉBARA. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'imperméabilité tubaire.

405. PÉTROFF. — Contribution à l'étude des rapports du cancer et des traumatismes.

428. WAJNBERG. — Déterminisme et signes précurseurs de l'accouchement.



Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.
Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE
Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phcies.
R. C. 48.283, Seine.
Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE
0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, Boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr.54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons de 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927) :

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au **SUC D'ORANGE**
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif - Délicieux
AUBRIOT 56, Boul^d Ornano PARIS



Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.

Exempt de **Drastiques**, de **Phtalleïne** de **Phénol**, de **Belladone.**

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Le Noir, Roubinovitch, de Massary, Alajouanine, Paul Riche, Rouget, Martin, Berger, Cleisz, qui acceptent; Hutinel, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Dujarier, Ombrédanne, Baudet, qui acceptent; Loeper, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1929, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du service de santé) avant le 16 novembre 1929, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le Concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Un concours pour la nomination à sept places d'internes en médecine à l'hôpital civil de Reims s'ouvrira le mardi 22 octobre 1929, à 9 h. du matin, à l'hôpital civil.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat des hospices, 1, place Museux. Les inscriptions devront être parvenues le 12 octobre au soir au plus tard. Passé ce délai, nul ne sera inscrit.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — *Travaux pratiques supplémentaires.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 7 au 19 octobre 1929. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 1/2 à 16 h.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : cytologie, tissus et organes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., jusqu'au 5 octobre 1929.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours pour un emploi de chef des travaux pratiques de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le 7 janvier 1930 au siège de ladite Ecole.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 3 octobre publie un décret instituant un concours, en principe annuel, pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservés aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien. Ce concours a lieu au Val-de-Grâce.

— Une instruction ministérielle règle les conditions du concours.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-arts est autorisé à accepter, au nom de l'Etat, le legs fait à celui-ci par Mlle Haber (Edma-Eugénie-Félicie) suivant son testament olographe du 18 août 1925 et consistant en une somme de 100.000 fr., pour les arrérages en être affectés à la fondation d'un prix destiné à récompenser les médecins, pharmaciens ou chimistes de nationalité française pour leurs recherches scientifiques tendant à combattre les maladies notamment le cancer, la tuberculose et autres affections qui déciment le genre humain.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

MISSION. — MM. Lardennois et Chiray viennent de faire des conférences à Sofia sous les auspices de l'Alliance française.

FONDATION QUIVY. — *Bourse d'études à attribuer à un étudiant en médecine originaire du Nord.* — Cette bourse sera attribuée en décembre 1929 à un étudiant originaire du Nord si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

Les candidats devront adresser leur demande *avant le 1er novembre 1929*, au président du *Nord médical*, 53, rue de Varennes et y joindre tout document utile tel que carnet scolaire et toutes pièces indiquant leur situation matérielle et celle de leur famille, livret de famille, feuilles d'imposition. (Dans les conditions des bourses d'Etat).

Pour tout renseignement, s'adresser au docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, Paris (8e).

(Voir la suite, p. 1426.)

Alphonse MOUCHET

(1842-1929)

Par H. ROUVILLOIS.

L'Académie de médecine vient de perdre dans la personne du docteur Alphonse Mouchet (de Sens), qui s'est éteint le 24 août dernier, un de ses plus anciens membres correspondants nationaux de la Section de chirurgie.

Nommé à l'internat des hôpitaux de Paris en 1865, il était le seul survivant de cette brillante promotion qui comprenait entre autres : Dieulafoy, Lucas-Championnière, Jacques Reverdin, etc...

Elève d'Alfred Richet, de Gosselin, lié d'amitié avec notre ancien président Charles Périer, il désirait suivre la voie des concours, mais il dut interrompre son internat au bout de deux ans pour répondre au désir de ses parents qui voulaient le voir s'installer à Sens, où ils venaient de se retirer.

Il s'y créa rapidement une brillante situation. Nommé quelques années plus tard chirurgien en chef de l'hôpital de Sens, il surmonta mille difficultés pour obtenir dans un hôpital de petite ville l'installation nécessaire à la pratique de la chirurgie. Il eut le grand mérite de suivre pas à pas le mouvement chirurgical de son époque, et, seul, sans aides spécialisés, de pratiquer les opérations les plus délicates de la chirurgie viscérale (utérus et ses annexes, intestin, estomac).

Le dévouement sans bornes dont il a fait preuve au cours de sa longue pratique remontait à ses années d'internat puisque, dès 1866, il avait reçu une médaille d'argent du ministre de l'Intérieur pour l'abnégation dont il avait fait preuve au cours de l'épidémie de choléra de 1866.

En 1889 et 1890, il était récompensé par l'Académie de médecine pour ses travaux sur la vaccine.

En 1896, il était fait chevalier de la Légion d'honneur par le ministre de la Guerre pour les soins qu'il avait donnés pendant vingt ans aux soldats de la garnison de Sens.

Nommé membre correspondant de la Société nationale de chirurgie en 1887, il était élu membre correspondant de l'Académie de médecine en 1902. Il avait donné, il y a quelques années, sa démission de membre correspondant de la Société de chirurgie « pour faire place, disait-il, à un jeune ».

Depuis 1906, il avait quitté Sens, et était venu se retirer à Neuilly d'abord, puis, dans ces derniers temps, à Fontainebleau, auprès de sa fille et de son gendre.

C'est là que, le 24 août dernier, deux jours avant d'avoir atteint ses quatre-vingt-sept ans, il s'est éteint doucement, ayant conservé jusqu'au dernier moment l'élégance du corps, la vivacité de l'allure, et l'entière lucidité de l'esprit. Il avait eu le rare bonheur de fêter, l'an dernier, le 60e anniversaire de son mariage.

***

Ses travaux scientifiques sont nombreux :

Sa thèse de doctorat, en 1867, sur les accidents secondaires du choléra, maladie, dont il venait, au cours de son internat, d'observer une épidémie meurtrière, contient des descriptions de gangrène de la peau et des muqueuses qui sont classiques encore aujourd'hui et citées dans les traités de médecine.

Malgré ses occupations multiples, il trouve le temps nécessaire pour faire des publications dans les périodiques, et de nombreuses communications à la Société nationale de chirurgie et à l'Académie de médecine.

Pour ne parler que de ces dernières, il y a lieu de signaler les suivantes qui, toutes, font honneur à sa science et à son habileté chirurgicale :

— Vomissement incoercible dans le cours d'une huitième grossesse. Curetage. Guérison.

— Deux arthrotomies du genou pour extraction de corps étrangers.

— Elongation des nerfs dans les paralysies post-traumatiques.

— Ovariotomie double chez une femme enceinte. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme.

— Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale pour fibrome. Extraction d'un enfant vivant. Guérison.

— Deux cas de rétrodéviation de l'utérus gravide. Réduction par laparotomie. Accouchement à terme.

— 16 opérations diverses pratiquées sur le rein.

— Kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne opéré six jours après la naissance. Guérison.

— Occlusion intestinale chez une femme avec utérus gravide en rétrodéviation. Laparotonie. Guérison. Accouchement à terme.

***

Nous avons le devoir d'admirer sans réserve une telle existence, toute de labeur, de conscience, de loyauté professionnelle et de bonté pour les humbles, comme en donnent si souvent l'exemple les modestes chirurgiens de province.

Nous avons aussi la consolation de constater que cet exemple n'a pas été perdu, puisque le docteur Mouchet dont nous déplorons aujourd'hui la perte, a eu la joie de voir son fils le docteur Albert Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, honorer la même profession que lui, en restant fidèle à la belle tradition qu'il lui avait léguée, et son petit-fils Alain Mouchet, interne des hôpitaux, entrer dans la même voie, où ses débuts laissent augurer qu'il fera honneur à ceux dont il ne peut mieux faire que de suivre l'exemple.

(Notice lue à l'Académie de médecine, le 1er octobre 1929.)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

Le Résyl

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

*Le **RÉSYL** réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.*

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

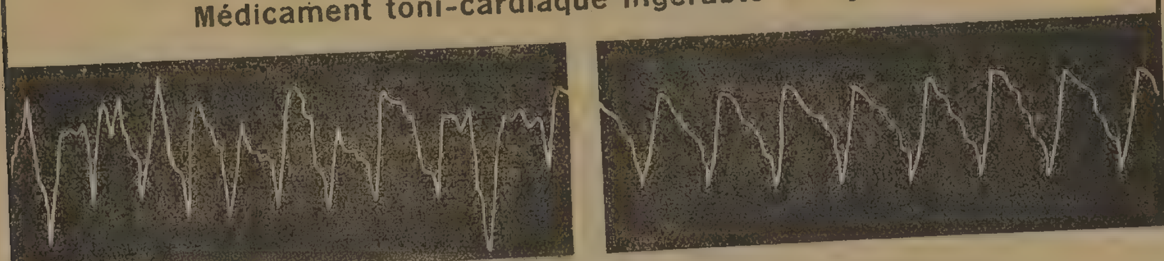
Laboratoires O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

(241)

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Médicament toni-cardiaque ingérable et injectable



Arme puissante et fidèle pour combattre la défaillance cardiaque,
les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses — **Injection indolore vite résorbée**

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

TOUX. EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 „
AMPOULES : 0.02 „
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

LE PROBLÈME DE L'ADÉNOME THYROIDIEN TOXIQUE

Par M. GILBERT-DREYFUS,
Interne des hôpitaux de Paris.

A peine décrite, certains auteurs tentaient déjà de démembrer la maladie de Graves-Basedow. Ebauchée par Gauthier de Charolles, Duhamel, la différenciation entre goitre exophtalmique vrai et goitre basedowifié est établie en 1897 par Pierre Marie, et reprise par Bérard qui oppose goitres exophtalmiques primitif et secondaire. Poncet, Leriche, Lecène préfèrent au terme de goitre basedowifié celui de goitre basedowifiant. Alamartine, Delore, Lenormant approuvent cette dualité du syndrome. En 1912, enfin, Plummer décrit l'adénome toxique, et, depuis lors, ce vocable est universellement adopté.

Cependant, P. Marie, Lenormant avaient déjà montré combien peut être délicate la distinction entre goitre basedowien et goitre basedowifié. Plus récemment, Achard, Holst et plusieurs auteurs américains (Judd, Porter, Allen, Graham, Rienhoff) se refusent à admettre une opposition aussi formelle que celle émise par Plummer. Dans une thèse remarquablement documentée, Peycelon (de Lyon) vient d'exposer les arguments de la « théorie uniciste ». C'est aux débats de cette discussion que nous versons aujourd'hui les conclusions qui se dégagent de deux cents observations recueillies, avec la collaboration de notre collègue Azerad, dans le service de notre maître commun le professeur Marcel Labbé.

Sous le terme d'adénome toxique, on groupe avec Plummer toutes les variétés de syndromes basedowiens étiquetés jadis : goitre exophtalmique fruste, goitre avec hyperthyroïdie ou goitre basedowifié secondaire, goitre toxique ou thyrotoxique, thyrotoxicose cardiaque, névrose thyroïdienne, basedowoïde... (Bérard et Dunet),

Ainsi envisagé, l'adénome thyroïdien englobe une multitude de faits qu'un seul caractère commun réunit : leur atypie par rapport au goitre exophtalmique classique. Ce caractère ne suffit pas à justifier leur groupement nosologique ; il convient, au contraire, d'en analyser séparément les diverses variétés.

* * *

I. **Hyperthyroïdisme fruste.** — La mesure systématique du métabolisme basal permet de rejeter formellement l'origine thyroïdienne de certaines manifestations cardio-vasculaires ou psychiques, sur la nature desquelles Alquier, Gallavardin, Lian ont montré combien il pouvait être, cliniquement, délicat de se prononcer à coup sûr. Bien plus, au déséquilibre circulatoire ou nerveux s'adjoignent parfois une augmentation de volume du corps thyroïde et même une exophtalmie véritable. Ainsi se trouve réalisé un syndrome *parabasedowien* (faux hyperthyroïdisme) — dont Marcel Labbé a envisagé quelques cas sous le nom de goitre sympathicotonique, et auquel nous consacrerons un travail ultérieur basé sur l'étude de 24 observations.

Ailleurs, une élévation du métabolisme basal comprise entre + 15 et + 20 p. 100 — contrôlée à plusieurs reprises et enregistrée en dehors de toute autre cause perturbatrice du métabolisme — fait porter le diagnostic d'*hyperthyroïdisme fruste*. L'amaigrissement, qui constitue à notre avis le symptôme le plus important de la série thyroïdienne, est ici (contrairement à ce qu'écrit Dautrebande à propos des adénomes thyrotoxiques bénins) retrouvé de façon constante. La courbe pondérale est même parallèle à celle du métabolisme ; et leur relèvement commun, sous l'influence du repos et du traitement iodo-ioduré, constitue le seul critère de guérison.

Mais, parmi nos huit cas d'hyperthyroïdisme fruste (les cas-limite et les cas douteux étant éliminés de notre statistique) :

— tantôt le corps thyroïde ne présente aucune modification apparente (2 cas : hyperthyroïdisme sans goitre) ;

— tantôt, il est l'objet d'un processus d'hyperplasie diffuse (1 cas) ;

— tantôt il présente un nodule isolé (1 cas) ou plusieurs nodules accompagnés d'une hypervascularisation de la glande (1 cas) ;

— tantôt, enfin, il était le siège d'un goitre ancien, diffus (2 cas) ou nodulaire (1 cas), secondairement basedowifié.

Pas plus que celle d'adénome thyrotoxique, la notion d'hyperthyroïdisme ne saurait donc servir de base à l'établissement d'un cadre distinctif homogène.

II. **Hyperthyroïdisme sans goitre ni hyperplasie thyroïdienne.** — Bien plus fréquentes que ne le disent les Traités classiques sont les observations d'hyperthyroïdisme, non seulement fruste, mais franc (23 cas sur 173 cas d'hyperthyroïdisme), avec :

— corps thyroïde de volume et de consistance normaux (17 cas) ;

— de volume normal mais de consistance exagérément ferme (4 cas) ;

— ou encore présentant comme seule anomalie une vascularisation excessive (2 cas).

La seule considération de ces faits montre déjà qu'il serait illusoire de tenter une classification rationnelle des syndromes basedowifiens d'après l'aspect anatomo-clinique de la glande.

III. **Hyperthyroïdisme primitif avec goitre nodulaire.** — Il s'agit bien ici d'adénomes thyroïdiens à proprement parler mais qui se distinguent chronologiquement des goitres secondairement basedowifiés. Sans doute est-il souvent difficile d'affirmer, d'après les dires seuls d'un malade, que son corps thyroïde était morphologiquement normal avant l'établissement des troubles fonctionnels qui l'amènent à consulter ; il existe cependant des cas indubitables où l'apparition du ou des noyaux glandulaires est *contemporaine* du syndrome hyperthyroïdien et même *consécutive* à lui.

Dans 5 de nos observations, le corps thyroïde a été reconnu nodulaire lors de notre premier examen.

Dans un autre cas, c'est au centre du moignon thyroïdien qu'apparut, onze mois après l'intervention chirurgicale, un noyau de néoformation.

Ailleurs, enfin, c'est au cours du traitement que se constituent, dans un parenchyme plus ou moins uniformément hyperplasié, les nodules en question. Cette dernière éventualité est considérée comme le facteur étiologique prédominant des adénomes thyrotoxiques par Rienhoff, dont les intéressants travaux ont été divulgués en France par M. P. Weil et Marc Iselin.

Pour Rienhoff — et nos constatations personnelles concordent parfaitement avec les siennes — le métabolisme basal renseigne avec une très grande exactitude sur le degré de l'intoxication thyroïdienne, intoxication dont la thérapeutique iodée réalise une rémission expérimentale.

Imbu de ces notions, Rienhoff pratique une étude biopsique du goitre avant tout traitement, puis mesure le métabolisme basal tous les cinq jours. Quand celui-ci est descendu au-dessous de + 20 p. 100, il procède à l'ablation chirurgicale du corps thyroïde suivie d'un examen au microscope.

La guérison histologique de la glande se traduit essentiellement par un retour de la sécrétion colloïde — antérieurement tarie —, par une diminution de la vascularisation et de la hauteur des épithéliums, qui contraste avec l'hypervascularisation et l'hyperplasie basedowiennes. Mais cette « involution » ne se produit pas de façon uniforme dans tout le parenchyme thyroïdien; et c'est ainsi qu'en certaines zones se constituent des nodules.

Parmi ces nodules, les uns (20/40) sont restés en hyperplasie pathologique au milieu d'une glande par ailleurs involuée (et c'est ce qui explique certains faits d'iodo-résistance); les autres (18/40) sont des nodules involués au milieu d'une glande demeurée en état d'hyperplasie et d'hyposécrétion colloïde; certains de ces derniers nodules ont même dépassé le stade habituel, ils ont subi la dégénérescence kystique ou cellulaire.

De tels noyaux, pense Rienhoff, peuvent également apparaître en l'absence de toute thérapeutique : on les découvre alors au déclin d'une de ces poussées dont la répétition est si habituelle au cours de la maladie de Basedow. Seules les formes aiguës de la maladie, qui évoluent sans poussées successives, ne s'accompagnent jamais d'un goitre nodulaire.

En regard de ses 38 observations de nodules d'involution, l'auteur ne relève que 2 observations d'adénome thyroïdien vrai. Le terme général d'adénome toxique apparaît donc comme doublement impropre : 1° les noyaux thyroïdiens ne sont pas, sauf exception, des noyaux adénomateux; 2° ils ne sont pas, dans la majorité des cas, toxiques par eux-mêmes.

IV. **Goitres avec hyperthyroïdisme secondaire.** — Il nous reste à déterminer encore si, parmi les adénomes thyrotoxiques, les goitres basedowifiés ou goitres avec hyperthyroïdisme secondaire méritent d'être opposés aux formes d'hyperthyroïdisme primitif.

1° Age de la malade au moment de l'installation des troubles thyrotoxiques. — Alors que, selon Boothby, le goitre exophtalmique serait une affection du sujet jeune, l'adénome toxique se révélerait entre quarante-cinq et cinquante ans, l'hyperthyroïdisation se produisant en moyenne seize ans après la formation de l'adénome (Plummer, Jackson).

Nos statistiques personnelles ne nous permettent pas d'admettre une distinction aussi formelle. L'hyperthyroïdisme primitif s'installe indifféremment entre vingt et trente, trente et quarante, quarante et cinquante ans. L'hyperthyroïdisme secondaire, parfois très précoce (avant vingt-cinq ans dans 5 cas sur 35) ne s'installe pas plus fréquemment entre quarante et cinquante (11 cas) qu'entre trente et quarante ans (11 cas également).

Quant à l'intervalle entre le début du goitre et le début de l'intoxication, nous l'avons trouvé : 10 fois inférieur à cinq ans, 5 fois inférieur à dix ans, 7 fois inférieur à vingt ans, 4 fois inférieur à trente ans, 2 fois inférieur à quarante ans.

Sans être aussi catégorique que les auteurs américains, on peut donc admettre que l'hyperthyroïdisme secondaire frappe, en général, des sujets de cinq à dix ans plus âgés que l'hyperthyroïdisme primitif. Ce fait, qui semblait vraisemblable à priori, explique selon nous certaines variations symptomatiques dont il serait erroné de rechercher la cause ailleurs.

2° Circonstances d'installation de l'hyperthyroïdisme. — Lorsqu'on en vient à analyser les circonstances déterminantes de l'hyperthyroïdisme, on se heurte à la même carence étiologique, qu'il s'agisse de formes secondaires ou primitives, syphilis, tuberculose, rhumatisme articulaire aigu sont, de fait, aussi rares ici que là. Dans 45 cas où nos malades présentaient un passé infectieux, il n'en est guère plus d'une demi-douzaine où l'on ait été en droit de suspecter, entre l'affection antérieure et le dérèglement thyroïdien, une relation de cause à effet.

Pareillement, la coïncidence d'un hyperthyroïdisme à son début avec une émotion, un accident, un épisode de la vie génitale (accouchement, avortement, ménopause), se rencontre avec une fréquence égale dans le Basedow vrai (18 p. 100) et le goitre basedowifié (22 p. 100).

Quant à la prétendue lenteur de développement (quatre ans selon Jackson) du syndrome basedowien secondaire, opposée à la constitution rapide (neuf mois : Plummer; un an : Judd.) du syndrome basedowien primitif, nous ne l'avons pas retrouvée. Dans des proportions comparables, hyperthyroïdisme primitif et secondaire présentent un début mono, bi ou pluri symptomatique, une installation aiguë (Peycelon) ou par étapes successives.

3° Métabolisme basal et amaigrissement. — « Dans l'adénome thyroïdien le métabolisme resterait inférieur à + 30 ou + 35 p. 100 pour n'atteindre qu'ex-

ceptionnellement le taux de + 50 p. 100 ». Cette assertion de Plummer, confirmée par la plupart de ceux qui se sont occupés de la question, est dénuée de tout fondement. Si, en effet, dans 17 de nos cas de goitre basedowifié, le métabolisme basal est compris entre + 20 et + 40 p. 100, dans 8 autres cas il s'élève entre + 50 et + 100 p. 100, et, dans 5 cas enfin, dépasse + 100 p. 100. De leur côté, Florence, Creyssel et Enselme ont enregistré des chiffres de + 94 et + 100 p. 100.

C'est cette élévation importante du métabolisme qui explique la gravité de certains hyperthyroïdismes secondaires (adénome toxique grave), et non, comme l'ont écrit certains auteurs, le défaut de parallélisme entre une intoxication intense et un métabolisme modéré.

Rappelons, par ailleurs, qu'il n'est pas, dans les états thyroïdiens, d'élévation du métabolisme basal sans amaigrissement notable. Ce dernier peut se chiffrer, au cours de l'adénome thyroïdien, par 10, 15 kilogr. et plus en l'espace de quelques mois.

4° Tachycardie et signes cardio-vasculaires. — Au cours de l'adénome thyroïdien, la tachycardie est, dit-on, modérée : 80 à 100, toujours inférieure à 110 (Dautrebande). Dans le tiers de nos observations, cependant, on note des chiffres compris entre 110 et 148!

L'hypertension artérielle y serait de règle; les troubles du rythme — allant jusqu'à la fibrillation auriculaire, — la dégénérescence du myocarde avec insuffisance cardiaque particulièrement fréquents (40 à 50 p. 100 des cas).

Or nous ne trouvons la tension maxima que deux fois sur dix-neuf supérieure à 16 (au Vaquez ou au Lian); de même, nous ne relevons, sur plus de 30 goitres basedowifiés, que 2 cas d'arythmie complète et 2 cas d'asystolie manifeste.

Les modifications de la tension et de la dynamique cardiaque nous paraissent d'ailleurs, à intoxication égale, plutôt fonctions de l'âge et de l'état antérieur du malade que du caractère (primitif ou secondaire) de l'hyperthyroïdisme.

Il ne faut pas oublier non plus combien sont banales, aux abords de la quarantaine ou de la cinquantaine, l'hypertension et la myocardite chronique, indépendamment de tout dysfonctionnement thyroïdien.

En ce qui concerne enfin l'hypertension maxima sympathicotonique (selon l'expression de notre maître C. Lian), elle semble, au même titre que la plupart des troubles de la régulation neuro-végétative, plus facilement réalisée chez l'adolescent et l'adulte jeune que chez le vieillard.

5° Tremblement. — Théoriquement le tremblement est nul, ou du moins exceptionnel chez les sujets porteurs d'un adénome thyrotoxique (Dautrebande). Nous relevons au contraire, à côté de 91/99 cas de Basedow vrai, 31/34 cas de goitre basedowifié où existe le tremblement. Tout au plus peut-on remarquer que dans le goitre exophtalmique vrai, il est trois fois sur quatre intense, et seulement trois fois sur cinq dans l'adénome toxique.

6° État du corps thyroïde. — Aucune classification basée sur l'aspect du corps thyroïde ne saurait, avons-nous dit, être valable. Tandis qu'en effet le syndrome d'hyperthyroïdisme primitif peut s'accompagner d'un goitre nodulaire, associé (2 cas) ou non (5 cas) à une hyperplasie diffuse de la glande, inversement la constatation de noyaux pathologiques est fort inconstante chez les sujets porteurs d'un goitre basedowifié. Sur 36 cas, nous n'avons nettement perçu de noyaux que 12 fois, et encore 4 fois ces noyaux étaient-ils noyés dans une hypertrophie globale. Dans les 24 autres cas, le corps thyroïde avait toutes les apparences d'une glande basedowiene typique. On sait que Dautrebande a décrit également les adénomes thyroïdiens invisibles et impalpables.

Dans 14 de nos cas, nous avons pu obtenir des précisions sur l'aspect qu'avait le corps thyroïde avant l'installation des troubles toxiques : 6 fois seulement il était nodulaire, et 2 fois très modérément augmenté de volume.

Signalons aussi qu'en opposition avec les données généralement admises, les signes d'hypervascularisation de la glande existent dans près des deux tiers de nos cas de goitre basedowifié.

Comme nous voilà loin de la description de Plummer, selon qui l'adénome thyrotoxique serait constitué par une tumeur nodulaire à limites nettes sans battements, ni souffle, ni thrill thyroïdiens!

7° Syndrome oculaire. — D'après Boothly, l'adénome thyroïdien se caractérise par l'absence d'exophtalmie (moins de 3 p. 100 des cas). Or c'est exactement dans la proportion de 1 fois sur 3 qu'une exophtalmie nette est observée chez nos 36 malades de cette catégorie. Dix fois seulement n'existe aucune modification oculaire (ni élargissement de la fente palpébrale, ni éclat brillant du regard, ni petit signe oculo-basedowien).

D'autre part l'exophtalmie (dont Graham a déjà signalé l'inconstance) ne se rencontre pas dans plus de 50 p. 100 de nos cas d'hyperthyroïdisme primitif; et l'absence de toute modification oculaire y est notée 20 fois sur 100.

L'exophtalmie n'est donc pas, malgré l'opinion américaine un signe de thyrotoxicose primaire (Peycelon); elle n'est même pas du tout, dirions-nous volontiers, un signe direct de thyrotoxicose.

8° Syndrome de déséquilibre ou d'hyperexcitabilité neuro-végétative. — Les troubles *vaso-moteurs* (bouffées de rougeur et de chaleur, thermophobie, sueurs) seraient inhabituels au cours de l'adénome thyroïdien. Mais nous avons observé l'un au moins d'entre eux 24 fois sur 29, alors qu'ils manquent assez souvent dans le Basedow vrai (Graham, nous-même).

Les troubles *psychiques* seraient eux aussi atténués, notamment l'instabilité et l'irritabilité. Cependant, sur 36 cas nous avons noté 13 fois l'instabilité et 21 fois l'irritabilité; alors que sur 110 cas d'hyperthyroïdisme primitif nous notions 46 fois l'instabilité et 62 fois l'irritabilité. Donc, ici encore, pas de différence appréciable. Quant à la modalité particu-

lière des troubles psychiques au cours de l'adénome thyrotoxique (agitation inquiète, angoisse avec teint blafard, subictérique; Dautrebande), nous ne sommes pas éloigné de croire qu'il faille, lorsqu'on la retrouve, l'attribuer surtout à l'âge des patientes considérées.

Si enfin, d'après notre statistique, les troubles digestifs et intestinaux ne sont pas la règle dans l'hyperthyroïdisme secondaire, on y relève pourtant 6 cas de boulinie et 4 cas de diarrhée nets.

Ce n'est pas le lieu d'exposer ici notre conception de la genèse des troubles neuro-végétatifs chez les hyperthyroïdiens. Disons cependant qu'ils nous semblent conditionnés et par l'intensité de la toxicose, et par la plus ou moins grande susceptibilité individuelle du système sympathique — susceptibilité qui s'altère chez le vieillard. Rien d'étonnant, par conséquent, qu'un Basedow vrai puisse n'entraîner ni exophtalmie ni troubles nerveux marqués, — qu'à l'inverse un goitre basedowifié revête tout l'aspect classique d'un goitre exophtalmique vrai.

9° ÉVOLUTION. — Continue, régulière, progressive, telle devrait être l'évolution de tout adénome thyroïdien. Combien de fois l'avons-nous vue au contraire entrecoupée de poussées paroxystiques et capricieuses — poussées qui seraient responsables de certains échecs de l'iode (Marcel Labbé). Santy, Bérard ont insisté à plusieurs reprises sur le polymorphisme évolutif de l'affection : à côté des formes bénignes et graves, ils ont décrit des formes nerveuses, cardiaques, cachectisantes. Peycelon désigne sous le nom de formes alternantes les cas d'adénome thyroïdien où se trouve temporairement réalisé, à l'occasion d'une phase aggravative, le syndrome basedowien et sympathique au complet.

10° LÉSIONS HISTOLOGIQUES. — Longtemps on a cru que les lésions responsables de l'intoxication thyroïdienne étaient cantonnées à l'adénome. On sait actuellement qu'à côté du noyau encapsulé, dont l'aspect histologique est variable, il existe des lésions surajoutées, diffuses et étendues, du même type exactement que celles d'une glande basedowienne vraie. Roussy, Clunet, Huguenin, Zander, Boothly, Holst, Bérard et Dunet ont bien insisté sur ce fait, et trouvé, à distance de l'adénome, des formations papilliformes dispersées, des plages de raréfaction colloïde, quelques amas lymphoïdes épars.

Peu importe que le nodule soit toxique par lui-même ou qu'il agisse à la façon d'une épine irritative, par excitation du parenchyme voisin (Poncet, Delore, Alamartine) : dans le goitre basedowifié comme dans le goitre basedowien, l'hyperplasie épithéliale avec hyposécrétion colloïde paraît responsable de la toxicose.

11° Au point de vue PATHOGÉNIQUE, l'hypothèse de Plummer (goitre exophtalmique = dysthyroïdie; adénome thyroïdien = hyperthyroïdie) reste douteuse et même invraisemblable. Toute une série d'arguments majeurs nous incite au contraire à penser que l'hyperthyroïdisme est à la base de tous les états pathologiques du type basedowien.

12° Les résultats de la THÉRAPEUTIQUE ne font que confirmer cette façon de voir. On sait que, d'après Plummer, la médication iodée (susceptible, dans le Basedow vrai, de normaliser la composition chimique de la thyroxine, viciée par une carence moléculaire en iode : Kendall) est à rejeter en cas d'adénome thyroïdien comme capable d'entraîner une crise d'hyperthyroïdisme aigu, analogue aux crises d'Iod-Basedow (Kocher, Plummer, Boothly, Pemberton).

Pratiquement il n'est en rien. L'iode représente, au cours de tous les états thyrotoxiques, primitifs ou secondaires, la médication de choix. Marcel Labbé, Graham, Elliot, Starr, Dautrebande et Lemort, Florence et ses collaborateurs, Peycelon, ont été, sur ce point, formels. Notre expérience personnelle nous montre que les succès éphémères, les succès durables, les échecs partiels ou totaux de l'iode, se rencontrent avec une fréquence égale dans toutes les formes d'hyperthyroïdisme.

De même, les chirurgiens rejettent aujourd'hui l'énucléation simple du seul noyau toxique (longtemps considérée comme suffisante : Santy) un profit d'une thyroïdectomie subtotale étendue (de Quervain, Bérard, etc.).

Pas plus au point de vue thérapeutique qu'aux points de vue clinique et pathogénique, l'adénome thyroïdien ne se différencie donc nettement du goitre exophtalmique véritable.

*
* *

En conclusion, la thèse dualiste ne résiste pas à l'analyse critique des faits. L'*hyperthyroïdisme est un*. Certes pourrait-on en multiplier à loisir les formes cliniques en tenant compte de l'aspect du corps thyroïde, des troubles oculaires et sympathiques, du degré de la toxicose.

Mais ni théoriquement ni pratiquement de telles formes ne mériteraient d'être individualisées. Elles ont toutes la même signification physiopathologique, et entraînent les mêmes sanctions thérapeutiques, qu'il s'agisse :

— d'hyperthyroïdisme fruste, primitif ou secondaire;

— d'hyperthyroïdisme primitif franc, avec ou sans goitre;

— ou de goitre avec hyperthyroïdisme secondaire.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. *Progrès méd.*, 1922, nos 20-25; — *Revue de méd.*, 1924, p. 193.

ALAMARTINE. *Th. de Lyon*, 1910.

BÉRARD et DUNET. Les adénomes thyroïdiens toxiques, *Presse méd.*, 23 juin 1928.

BOOTHBY. *Endocrinology*, 1921, n° 1, et 1924, p. 727.

DAUTREBANDE. La classification physiopathologique du goitre, *Presse méd.*, 22 janv. 1927.

DAUTREBANDE et LEMORT. Les adénomes thyrotoxiques impalpables, *Presse méd.*, 27 août 1927.

DELORE. Rapport au *XXIIIe Congrès de chir.*, Paris 1910.

Florence, Enselme et Crespel. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 30 oct. 1928; — *Journ. de méd. de Lyon*, 5 mars 1929.
Gallavardin. *Arch. des mal. du cœur*, 1916, p. 45.
Graham. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1926, n° 9.
Graham et Cutler. *Ann. of surg.*, 1926, p. 417.
Hobst. *Acta chir. Scandinavica*, 1927, p. 385.
Judd. *Ann. of surg.*, avril 1920.
Labbé (Marcel). *Pratique méd. franç.*, avril 1927; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juin 1928.
Labbé (M.) et Stévenin. *Revue franç. d'endocrinologie*, mai 1923; — *Le Métabolisme basal*, Masson, 1929.
Labbé (M.), Stévenin et Nepveux (F.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1922, p. 902.
Lenormant. *XXIIIe Congrès de chir.*, Paris 1910.
Lian (C.). Les accidents cardiaques d'origine thyroïdienne, *Journ. méd. franç.*, juillet 1920.
Pierre Marie. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 janv. 1897.
Peycelon. *Th. de Lyon*, 1929.
Plummer. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1913, p. 650.
Rienhoff. *John Hopk. hosp.*, nov. 1925.
Roussy et Clunet. *XXIVe Congrès des neurol.*, Strasbourg, août 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1929)

Le Caloncoba à huile antilépreuse du Cameroun. — M. Peirier. Jusqu'à la fin de 1927 le Caloncoba echinata était la seule Flacourtiacée africaine qui fut signalée comme donnant des graines à huile antilépreuse.

L'auteur signale deux autres espèces, le Caloncoba glauca et le Caloncoba Welwitschii dont le pouvoir rotatoire très élevé ressemble à celui des huiles antilépreuses à acides chaulmoogrique et hydrocarpique.

Les essais cliniques qui vont être entrepris montreront si ces Caloncoba très répandus au Cameroun peuvent être utilisés avec efficacité dans le traitement de la lèpre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1929)

M. Béclère, président, annonce la mort de M. Capitan, professeur au Collège de France, décédé pendant les vacances.

Il déclare vacante une place dans la section de pharmacie, par suite de la mort de M. Moureu, membre titulaire.

Le président salue M. Manceron, résident général de France à Tunis; M. de Saint-Quentin, directeur de l'Afrique française au ministère des Affaires étrangères, et Si Kadour Ben Ghabrit, chef du protocole du Sultan du Maroc, président de la Société des Habous des lieux saints de l'Islam, qui assistent à la séance; puis il donne la parole à M. B. Dinguizli (de Tunis), membre correspondant étranger, pour une communication.

Les réformes hygiéniques à introduire dans les pèlerinages musulmans. — M. B. Dinguizli, rentrant de mission de la Mecque, a été frappé par le manque d'hygiène des pèlerins. Il entretient l'Académie des principaux points qu'il y a lieu de réformer d'une manière urgente.

1° *Moyens de transport.* — M. Dinguizli propose de faire à l'avenir choix des navires dits « *cargos* » qui permettraient d'installer les voyageurs suivant leurs mœurs, us et coutumes, en raison de l'étendue de la surface globale de ces navires. Les paquebots actuels avec leurs cabines de toutes classes ne suffiraient pas à loger à leur aise et suivant une bonne hygiène les pèlerins. Lors du dernier pèlerinage les voyageurs étaient entassés les uns sur les autres. Dans les cabines on avait logé jusqu'à sept personnes alors qu'elles sont faites pour deux ou trois personnes. Les pèlerins faisaient leur cuisine dans les cabines, s'y livraient à leurs ablutions rituelles, etc. Ce fut là une source certaine de maladies contagieuses et épidémiques due à cette surcharge de vies humaines qui manquaient de lumière et d'air.

2° *Alimentation des voyageurs.* — Suivant une habitude séculaire les pèlerins emportaient avec eux des provisions dont la préparation est presque toujours à base carnée. Ces matières alimentaires se décomposent sous le climat de l'Arabie où la chaleur est excessive. Comme conséquence de cette détestable et dangereuse habitude, M. Dinguizli a eu à enregistrer des cas d'infections intestinales et des intoxications alimentaires ayant occasionné le décès de pèlerins.

Pour remédier à cet état de choses déplorables, les Pouvoirs publics de la Régence devront interdire d'une façon absolue aux pèlerins d'emporter avec eux au Hedjaz des préparations culinaires et de s'en tenir au linge de corps, aux vêtements et au savon. Toute infraction à ces mesures de prophylaxie entraînerait pour les pèlerins la défense de partir en pèlerinage avec l'application d'autres mesures de coercition.

Autres graves dangers constatés par l'auteur de cette communication :

Les pèlerins ont adopté depuis quelque temps pour la préparation de leur nourriture des fourneaux à pétrole dont ils connaissent mal le maniement et le réglage. Aussi, à l'occasion de la dernière campagne de pèlerinage, le feu s'est déclaré à bord à trois reprises différentes et n'a pu être conjuré que grâce au sang-froid des officiers du bord et de l'équipage du steamer *Jérusalem*.

Les pouvoirs publics devraient exiger des affréteurs français de prendre à leur charge la nourriture des gens qu'ils embarquent et de prendre à leur bord des cuisiniers musulmans qui se chargeraient de la préparation des repas et de l'abattage du bétail. Ainsi les affréteurs se conformeraient aux principes rituels des pèlerins.

3° *La question de l'eau douce et de la glace à bord des bateaux transporteurs.* — Au lieu de cinq litres d'eau douce distribués chaque jour à chaque unité de voyageurs, *quantité notoirement insuffisante*, il y a lieu de donner à chaque pèlerin de vingt à vingt-cinq litres : les pèlerins, en dehors de leur consommation, sont obligés de laver leur linge de corps et de le savonner, ce qu'ils ne peuvent faire avec de l'eau salée.

Quant à la glace, elle devient une impérieuse nécessité sous ces climats caniculaires pour la consommation et pour les usages thérapeutiques. Sa présence à bord de ces navires devra donc être assurée d'une manière abondante et permanente.

En terminant, M. Dinguizli demande à l'Académie de bien vouloir soumettre sa communication à la Commission d'hygiène et par un vote d'un vœu ultérieur y inviter les pouvoirs publics de la Régence à mettre en pratique les conclusions de cette communication.

— L'Académie décide de renvoyer la communication de M. Dinguizli à l'examen de la Commission d'hygiène.

Notice. — M. Rouvillois lit une notice nécrologique sur M. Alphonse Mouchet (de Sens) que nous publions plus haut.

M. Achard rend compte des fêtes du Centenaire de l'Académie Nationale de médecine de Rio-de-Janeiro, auxquelles il a assisté avec MM. Chauffard et Darier.

Enfin, M. le Secrétaire donne lecture d'une note de M. Carrière sur les résultats de dix années d'expérience de l'asso-

ciation tartrate-borico-potassique-gardénal dans le traitement de l'épilepsie et de certains accidents nerveux.

Au début de la séance M. L. CAMUS au nom du docteur Ed. CHAUMIER (de Tours) avait offert à l'Académie pour le Musée Jenner un dossier de quatre pièces autographes signées docteur Colon. Trois de ces pièces sont particulièrement intéressantes pour l'histoire du développement de la vaccine en France.

REVUE DES THÈSES

L'Etat mental au cours des périviscérites (1), par F. JAULMES.

Ce travail envisage un aspect clinique des périviscérites abdominales telles que les ont décrites récemment Lardennois, Trémolières et Olivier, Soupault, Joulia, Carnot et ses élèves. Jaulmes a tout d'abord été frappé de la fréquence, au cours des observations publiées par ces auteurs, des troubles nerveux présentés par bien des malades atteints de périviscérite; il tend à établir que ces troubles nerveux constituent un élément constant du symptôme périviscéritique.

La prédominance de cet élément dans l'ensemble symptomatique, avec abolition plus ou moins complète des manifestations digestives, aboutit à la constitution de véritables formes mentales de périviscérite. Quatorze cas inédits de ces formes mentales, observés pour la plupart dans le service du professeur Euzière, sont apportés à l'appui de cette conception. Il s'agit presque toujours de déprimés, de psychasthéniques, d'anxieux, parfois de mélancoliques ou d'hypocondriaques qui se présentaient comme de purs mentaux et chez lesquels la périviscérite fut souvent une découverte fortuite (par exemple dépistée grâce à la connaissance d'un passé abdominal opératoire ou douloureux); tous ces diagnostics de périviscérite sont fondés d'ailleurs sur des examens radiologiques complets du tractus intestinal. L'auteur croit qu'il n'y a pas, dans ces cas, simple coïncidence de la périviscérite et de l'état dépressif, mais que la première est à l'origine du second, sans que soient encore bien connues les modalités de cette réaction; il tend à retenir à ce sujet deux influences possibles : celle de l'auto-intoxication d'origine digestive et celle de l'excitation sympathique. A son avis, les cas analogues sont plus fréquents qu'on ne croit et méritent d'être signalés et étudiés; recherchée systématiquement chez tous les déprimés et les psychasthéniques, la périviscérite viendra souvent expliquer l'apparition de ces troubles mentaux.

Une thérapeutique étiologique de ces manifestations mentales — pour aussi logique qu'elle paraisse — ne semble pas, jusqu'ici, pouvoir donner des résultats intéressants.

En premier lieu, des libérations opératoires d'adhérences viscérales sont délicates, ne donnent qu'une amélioration passagère et ne mettent aucunement à l'abri des récidives; encore ne sont-elles possibles que sur des lésions limitées et non généralisées. En second lieu, une intervention même suivie de succès local devrait être extrêmement précoce pour ne pas être vaine : la suppression de l'épine irritative ne pourra rien sur les cellules corticales (siège de modifications fonctionnelles, sinon anatomiques) déjà frappées d'inhibition. Il ne faut enfin pas oublier que l'on s'adresse à des psychasthéniques ou à des mélancoliques, malades dont on ne sait jamais jusqu'à quelles extrémités les poussera (et parfois à l'égard du chirurgien) la déception d'un échec opératoire.

Ce travail, très personnel, présenté sous une forme très soignée, mérite à tous points de vue d'être consulté.

ANDRÉ GUIBAL.

(1) *Th. de Montpellier*, 66 pages, Imprimerie de l'Abeille.

Étude clinique de la médication par le cacodylate de soude et l'allylarsinate monosodique (1), par M. le docteur GRAT.

Aux composés minéraux, à peu près seuls employés il y a trente ans, sont venus s'ajouter successivement les arsenicaux organiques étudiés surtout par A. Gautier et Ehrlich. Des recherches récentes (professeur Roch) ont mis à l'ordre du jour thérapeutique un nouveau produit arsenical, l'acide allylarsinique, qui, sous forme d'arsylène, a été utilisé avec succès en médecine par de nombreux cliniciens. Son emploi est désormais classique dans la sclérose en plaques, le parkinsonisme, la chorée, dans les anémies de toute nature, et aussi dans les dermatoses, en particulier dans les eczémas chroniques et les psoriasis (voir les thèses des docteurs Meynadier, Valois, Culty, Schneider, les travaux des professeurs Pouchet, Roch, Euzière, Vigne Fournier).

Pour vérifier et confirmer les résultats obtenus chez l'homme, M. Grat a, dans sa thèse de médecine vétérinaire, fait un parallèle entre le cacodylate de soude et l'arsylène. Il insiste sur le fait que le cacodylate, très stable, n'est que très incomplètement utilisé dans l'économie, contrairement à l'arsylène dont la molécule est plus facilement dissociable. Peut-être même comme le dit Ritz, le groupement allyl modifie-t-il l'action thérapeutique du corps qui le contient, comme c'est le cas pour l'allylthéobromine ou théobryl, produit beaucoup plus actif que la théobromine pure et aussi pour l'allyl-isopropyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ou allonal, véritable analgésique renforcé dont on connaît les propriétés antalgiques, sédatives et progressivement hypnogènes.

De fait, l'arsylène s'est montré très supérieur au cacodylate dans les cas d'eczémas rebelles où l'auteur l'a employé. Les eczémas ont été guéris dans la proportion de quatre sur cinq. Dans toutes ses observations d'ailleurs, l'auteur insiste sur la tolérance parfaite de l'organisme animal pour l'arsylène. Même dans les cas de traitement intensif et prolongé, aucun accident d'arsenicisme n'a été observé et il semble qu'il suffise, pour éviter tout ennui de ce côté, de commencer les traitements par des doses faibles et de les augmenter progressivement. L'auteur a employé les ampoules de 2 centimètres cubes contenant 0gr05 d'arsylène. Il est allé, chez le chien, jusqu'à 6, 8 et même 10 centimètres cubes par injection, sans aucun inconvénient.

Il aurait donc pu très bien utiliser les ampoules de 5 centimètres cubes contenant 0,20 d'arsylène. Il n'a pas eu l'occasion d'employer les granules dosés à 1 centigramme qui, chez l'homme, permettent toutes les modalités de la méthode de Fowler. En résumé, il résulte du travail excessivement intéressant de M. Grat, qu'en médecine vétérinaire comme en médecine humaine, l'arsylène est l'arsenic organique le plus maniable, le plus sûr et le mieux toléré.

VARIÉTÉS

COMMENT SE MARIENT LES MÉDECINS

Plus que jamais, à notre époque, médecins et pharmaciens se marient jeunes. C'est là un sujet inépuisable de conversations dans les salles de garde. Elles résonnent de discussions passionnées où les arguments de Pantagruel et de Gargantua pour et contre le mariage sont exposés avec véhémence.

Il n'en est pas moins vrai que, actuellement, reçu interne ou docteur, le désir du jeune médecin ou de l'élève en pharmacie, est, en général, de se marier. Si lui-même n'y songe

(1) *Th. de Toulouse*, 1928.

pas, d'autres y pensent pour lui. En dehors de sa famille ou de ses amis, des femmes de ses relations, éternelles marieuses, toujours préoccupées de l'avenir d'autrui, s'abattent sur lui avec les meilleurs intentions du monde. On lui propose des occasions multiples quand il n'a pas trouvé seul, dirai-je sans euphémisme « le chemin du bonheur ».

N'en a-t-il pas été toujours ainsi? Je me souviens d'un camarade d'internat, très beau garçon, qui nous déclara, un soir, en développant sa haute taille : « Moi, je vaux un million, et je ne me marie pas à moins. » Il a trouvé son million, agrémenté d'une femme charmante, une vraie compagne de travail, qui lui a fait une vie heureuse, et, pendant toute son existence, a parfumé son intérieur. Mais « non licet omnibus adire Corynthum » a dit le poète, et le mariage a toujours été une loterie aussi bien pour l'homme que pour la femme. Deux vieux proverbes disent, l'un, que : « les mariages sont écrits au ciel », et l'autre que : « l'homme a la femme qu'il mérite ». Ce ne sont pas là des vérités absolues, et nous avons tous connu des hommes charmants, distingués, travailleurs émérites, médecins d'avenir, mariés avec des « chipies », pour employer une vieille expression française qui dépeint admirablement ces créatures qui se rendent odieuses à tout leur entourage, y compris leur mari. Socrate n'avait certainement pas mérité Xantippe, et peut-être que « malgré son tempérament excessif », il lui aurait préféré Lampito. C'est par antithèse et protestation sans doute, qu'il a vanté les charmes de Phryné et de Thaïs.

Quoi qu'il en soit, le jeune médecin ne doit jamais se diminuer par le mariage, et il ne faut pas que la femme qu'il épouse soit un élément de discorde. Au contraire, il doit choisir une compagne qui lui ménagera ses amitiés et l'aidera à se hausser au cours de l'existence, en ne créant pas le vide autour de son mari.

Mais, pharmaciens ou médecins, comment se marient-ils, nos jeunes?

D'abord, par relations directes de camaraderie de laboratoire ou de salle de garde. Ces mariages sont fréquents depuis la guerre, et depuis la période qu'on peut appeler « scientifique » de la jeune fille moderne. Dès lors, de part et d'autre, toutes les conditions de bonheur sont assurées. En contact quotidien pendant les heures d'études ou de service, ou de salle de garde, médecin et jeune fille pharmacienne, ou étudiant en pharmacie et jeune doctoresse ont le temps de se connaître. Leurs fiançailles sont longues, mais ils peuvent s'apprécier avant de s'engager pour la vie, et c'est vraiment par amour qu'ils se décident.

On se marie aussi au hasard des relations mondaines, parce que les familles sont alliées, ou parce que, depuis longtemps, des amis ont songé à réunir les deux jeunes gens. Dans ce cas, malgré les belles assurances des intermédiaires, c'est affaire de chance.

Il arrive aussi qu'un médecin ne recherche une jeune fille que par ambition et intérêt; grosse fortune, ou relations de la famille. Tel interne épouse la fille de son patron pour être recommandé, quand viendra l'heure des concours et être plus sûr « d'arriver ». Tel pharmacien épouse la fille d'un gros industriel ou d'un notable commerçant uniquement parce qu'il lui faut de l'argent pour acheter sa pharmacie. Ces mariages ne sont pas toujours heureux et, parfois, le calcul est mauvais. Ils sont encore nombreux ceux qui ont connu un de nos camarades, jeune médecin, riche d'avenir, qui, marié avec la fille d'un professeur célèbre, s'est suicidé, pour échapper aux reproches de son beau-père et aux paroles méprisantes de sa fille, parce qu'il avait échoué à l'agrégation.

Enfin, il existe encore, au temps de la jeunesse, le mariage irréfléchi par coup de foudre, ou entraînement passionnel. Dans le premier cas, c'est le saut dans l'inconnu, et, dans le second, une heure de passion peut se payer par toute une vie d'ennuis et de soucis. Telle femme qui, à vingt ans, et pour plaire à son ami, se montre charmante et désintéressée, devient, en vieillissant, la plus désagréable des « harpies », ménagère avare et cupide, ou coquette effrénée.

Je sais bien que, mal marié, l'homme a la ressource de se rappeler la vieille chanson de salle de garde : « Notre père a bien raison tire-lon-lon » et tous les droits de s'excuser quand il trompe une femme acariâtre ou grossière, ou prude et bigote. C'est là ce que me disait un de mes amis, un de ceux qui vous confient tout : « Lorsque je rentre chez moi, m'avouait-il, après avoir quitté une amie douce et accueillante, et, qu'à mon foyer, ma femme m'injurie, je suis heureux. J'ai l'impression que je la domine malgré tout, puisqu'elle ignore ma duperie, et, hypocritement, je suis armé contre elle d'une patience surnaturelle ».

Mais ce sont là jeux d'oisif, et ils sont défendus au médecin trop occupé et surveillé par sa clientèle. Il existe d'autres moyens de dominer sa femme, et c'est une obligation pour le médecin, s'il veut pouvoir travailler en toute liberté d'esprit. Aussitôt marié, posséder sa femme dans toute l'acception du terme, la faire sienne d'esprit et de corps, tel est, je crois, le secret du bonheur. La femme, en effet, quels que soient son rang et son éducation, n'aime pas les résignés et les passifs. Elle court au vainqueur, *au mâle*, à celui qu'elle sent supérieur et sur qui elle sait pouvoir compter en toutes circonstances. Mais, se diront les jeunes, si le problème du mariage est si redoutable, pourquoi ne pas nous en tenir à notre vieille chanson : « Si tu ne veux pas que ta femme t'emm...ielle, ne te marie pas ». Sans doute, mais rester célibataire, quelle triste vie pour un médecin! Subir les exigences de la clientèle et de la profession la plus absorbante qui soit, et n'avoir pas de foyer, ne pas pouvoir partager préoccupations et soucis, ou avantages et bénéfices, rester célibataire, quel faux calcul et quel triste avenir!

A mesure que l'individu vieillit, les vertus et les défauts dont il a hérité en naissant, s'épanouissent avec l'âge. Le véritable tempérament s'affirme, et des deux visages que tout homme présente dans la vie, celui qu'il montre et celui qu'il dissimule, c'est le visage caché qui se dévoile. C'est alors que se révèle l'état d'esprit, égoïste, si fréquent chez l'homme *qui a voulu* rester célibataire par goût, pour échapper aux charges et aux responsabilités qu'entraînent le mariage et la famille. En effet, même avec une femme agréable et des enfants affectueux et bien élevés, il faut que le chef de famille prenne et garde l'habitude de se contraindre et de penser à son entourage, tandis que le solitaire s'est accoutumé à rapporter tout à lui, sans se préoccuper des autres. Plus il avance en âge et plus cet egocentrisme qui lui a fait craindre autrefois les charges et les soucis de la vie, se précise et s'accuse. N'ayant pas eu d'enfants, il a l'horreur de ces petits êtres bruyants qui disent tout ce qui leur vient à l'esprit et bousculent tout dans la maison. Il en arrive à s'enfermer dans sa tour d'ivoire, et, par crainte d'être dérangé dans ses habitudes, à s'éloigner même de ceux de ses amis qu'il affectionnait le plus pendant sa jeunesse.

Le médecin, au contraire, qui, en se mariant, n'a rien abdiqué de sa personnalité, et a su choisir une femme capable de partager ses goûts et ses affections, vieillit, entouré des amis qu'il a su garder depuis sa jeunesse et de ceux qu'il a réchauffés à son foyer ou conquis plus tard, à l'aide de sa compagne, au cours de sa vie. Si, par surcroît, son foyer est peuplé d'enfants qui lui donnent des petits-enfants, son existence se renouvelle par l'affection dont il est enveloppé, et les images successives de sa vie qu'il retrouve dans ses fils. Il vieillit moins vite, parce que, oubliant dans son intérieur, les soucis de sa clientèle et les risques de sa profession, il connaît les vraies joies de l'existence : le travail, l'amitié et l'amour.

Dr A. RODIET,
Médecin de Ville-Evrard.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — VIe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL. — Deux semaines sur la Côte d'Azur, du 26 décembre 1929 au 8 janvier 1930, avec excursions en Italie, dans les Alpes et en Corse.

Marseille (arrivée). — *Jeudi 26 décembre.* — Arrivée à Marseille. — Concentration à l'hôtel du Louvre et de la Paix, Cannebière, 53 (le transport de la gare à l'hôtel est à la charge des voyageurs). — Dîner et coucher.

Marseille. Aix. — *Vendredi 27 décembre.* — Petit déjeuner à l'hôtel à 8 h. — Réception à la Chambre de Commerce. — Embarquement sur le vieux port. — Visite de la Rade. — Réception à l'Ecole de médecine. — Déjeuner à midi au Cercle nautique. — Départ à 14 h. — Visite de l'établissement thermal d'Aix-en-Provence (Aquae Sextiae). — Départ pour Marseille à 17 h. 30. — Dîner à l'hôtel. — Soirée dans les théâtres.

Toulon. Hyères. — *Samedi 28 décembre.* — Départ à 8 h. pour Toulon par voitures réservées. — MM. les voyageurs sont priés de veiller, chaque jour, au chargement de leurs bagages à main qui les suivront, désormais, dans tout le Voyage. — Arrivée à Toulon à 9 h. 21. — Embarquement au quai Cronstadt, devant la mairie, à 9 h. 45. — Visite du Port militaire et de la Rade. — Déjeuner au grand hôtel à 12 h. — Concert par la musique des équipages de la flotte. — Départ pour Hyères par train spécial à 15 h. 50. — Arrivée à 16 h. 30. — Causerie sur la climatologie de Hyères et de sa région, à 18 h. 30. — A 19 h., réception, dîner et soirée au casino d'Hyères.

Hyères. Saint-Raphaël. — *Dimanche 29 décembre.* — Départ en auto-cars à 8 h. 30. — Visite de l'Institut héliomarin, de la plage et des établissements de Giens et de San-Salvadour. — Démonstration de cure hélio-marine. — Déjeuner dans les hôtels à 12 h. précises et départ à 13 h. 50 par train spécial (gare des chemins de fer de Provence). — Route des Maures. — Arrivée à Saint-Raphaël à 17 h., hôtel Napoléon. — A 19 h., réception, dîner et soirée au grand casino.

Saint-Raphaël. Cannes. — *Lundi 30 décembre.* — Départ en auto-cars à 9 h. — Tous les parcours auront lieu désormais avec les mêmes auto-cars. — Visite de Boulouris, Fréjus et Valescure. — A 11 h., départ pour Agay. — Déjeuner à l'hôtel de la Baumette, à 11 h. 45. — A 13 h. 30, départ pour Cannes par la Corniche de l'Estérel. — Arrêt au Trayas. — A 15 h., visite de Super-Cannes. — A 16 h. 30, réception à l'Hôtel de Ville de Cannes et conférence sur la météorologie de la Côte d'Azur. — Arrivée à l'hôtel Meurice, 58, boulevard Carnot, à 18 h. — Dîner à l'hôtel et soirée au Casino municipal.

Le Cannet. Grasse. — *Mardi 31 décembre.* — Départ à 8 h. 30. — Le Cannet. — Visite d'une maison de santé et d'une clinique hélio-marine, à Cannes. — A 10 h. 30, démonstration d'exercices physiques sur la plage (Flots Bleus). — Départ à 11 h. 15 et déjeuner au casino de Grasse, à midi. — Visite d'une clinique et des jardins de la princesse Pauline, à 14 h. — Causerie sur le climat de la zone intérieure. — Visite d'une fabrique de parfums, à 15 h. 30. — Départ pour Cannes, à 16 h. — A 19 h. 30, réception et dîner.

Cannes. Juan-les-Pins. Nice. — *Mercredi 1er janvier.* — Départ à 9 h. — Le Cap d'Antibes. — Conférence sur l'his-

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boulᵈ Haussmann, Paris (9ᵉ). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 157.143, Seine.

Adral — BACILLOSES ET TOUTES ANÉMIES

Stannoxyl — FURONCULOSES ET TOUTES STAPHYLOCOCCIES

Ercérhinol — GRIPPE ET TOUTES INFECTIONS DU RHINO-PHARYNX

Iodo-Bismuth-Ercé — SYPHILIS ET TOUTES SPIROCHÉTOSES

Vaccin Weill-Dufourt — BRONCHO-PNEUMONIES ET TOUTES PNEUMOCOCCIES

Draeger

Laboratoires
ROBERT & CARRIÈRE
37, rue de Bourgogne - PARIS

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

toire et la géographie climatiques de la Côte d'Azur, à 9 h. 30. — Départ à 10 h. 30. — Juan-les-Pins, démonstration d'exercices physiques sur la Plage, à 11 h. — Déjeuner au Casino, à 11 h. 30. — Départ à 13 h. 30. — Arrivée à Nice par la promenade des Anglais. — Visite des usines d'ozonation, le musée Masséna, les Arènes romaines de Cimiez. — Arrivée au Régina-Palace, à 17 h. — Dîner et soirée libres.

Nice. Menton. — *Jeudi 2 janvier.* — Départ à 8 h. — Visite de l'Observatoire de Nice, à 8 h. 30. — La Voie Romaine (Grande Corniche). — Visite du monument d'Auguste à la Turbie, à 9 h. 45. — Causerie sur l'histoire romaine. — Château de Roquebrune, à 11 h. — Déjeuner au Cap Martin (hôtel du Cap), à 12 h. — Départ à 14 h. pour Menton. — Visite du château de Grimaldi (docteur Voronoff), des Jardins de la Mortola et du préventorium départemental. — Arrivée à l'hôtel Majestic, à 17 h. — Dîner et soirée libres.

Bordighera. San Remo. — *Vendredi 3 janvier.* — Départ à 8 h. 30 avec les passeports. — Arrêt à la frontière, à 9 h. — Départ à 10 h. 30 (heure italienne). — Bordighera et la via Aurelia. — Arrivée à San-Remo à 11 h. 30 et déjeuner à midi au Casino. — A 14 h., visite de la vieille ville et de l'Eglise. — Départ à 15 h. et tour de la Corniche. — Thé à Ospedaletti, à 16 h. — Départ à 17 h. (heure italienne). — Arrivée à Menton à 17 h. (heure française). — Réception et dîner à l'hôtel Majestic.

Monaco. Monte-Carlo. — *Samedi 4 janvier.* — Départ à 9 h. — Arrivée à Monaco à 9 h. — Visite du palais des princes de Monaco. — A 10 h., visite des musées d'anthropologie et d'océanographie. — Répartition et déjeuner dans les hôtels à 12 h. — Après-midi libre. — A 19 h. 30, réception et dîner offerts par le gouvernement de la Principauté à l'Hôtel de Paris de Monte-Carlo.

Monaco. Beaulieu. — *Dimanche 5 janvier.* — Réunion à 10 h. à l'établissement de physiothérapie. — Départ à 10 h. 45 pour la visite de l'hôpital. — Déjeuner à 12 h. précises dans les hôtels. — Départ à 13 h. 30 par la route de la Moyenne-Corniche. — Visite des jardins exotiques. — A 15 h., départ pour Beaulieu. — Arrivée à l'hôtel Bristol, à 16 h. 30. — Causerie sur la Flore du Littoral à 18 h. 30. — A 19 h. 30, réception, dîner et soirée au casino.

Beaulieu. Nice. — *Lundi 6 janvier.* — Départ à 8 h. 30. — Visite d'une villa grecque et des jardins de Beaulieu. — Le Cap Ferrat. — Villefranche. — Le Mont-Boron. — Visite d'une maison de santé à 11 h. — Résumé des indications thérapeutiques générales de la Côte d'Azur. — A 12 h. 30, réception de la Société médicale et déjeuner au palais Miramar. — Concert par la fanfare des chasseurs alpins. — A 16 h., les voyageurs seront conduits à l'hôtel d'Angleterre, à l'hôtel de France, à l'hôtel Royal, à l'hôtel Ruhl, à l'hôtel Savoy (sur la promenade des Anglais), selon les places disponibles. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

Les Alpes. — *Mardi 7 janvier.* — Départ à 8 h. 30. — Déjeuner à Peyra-Cava ou à Saint-Martin-Vésubie, à 12 h. — Départ pour Nice à 14 h. — Halte à Luceram à 15 h. — Arrivée à Nice à 17 h. — Dîner dans les hôtels. — Soirée dans les théâtres.

Nice (départ). — *Mercredi 8 janvier.* — Déjeuner d'adieux au buffet de la gare P.-L.-M. à midi précis. — Départs selon l'horaire des trains.

N. B. — Pour les instructions générales du Voyage, les renseignements et les adhésions, écrire au président de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice. — Demander le programme de l'excursion en Corse.

INFORMATIONS

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Mornard, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, qui vient de succomber aux suites immédiates d'un accident d'automobile (fracture du crâne). La nouvelle de la mort de ce chirurgien aussi distingué que sympathique cause une profonde émotion parmi ses maîtres, ses collègues, ses amis, ses malades; — Jacques Chevallereau (de Paris), Ernest Rapuc (de Toulon), Louis Vacher (d'Orléans), Charles Fournel (de Paris), décédé à Houdan.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire*, sous la direction de M. CHAMPY, professeur. — Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Les séances auront lieu tous les jours, de 15 h. à 18 h. au Laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 7 jusqu'au 26 octobre 1929.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4).

Le nombre des élèves est limité à vingt.

Droit d'inscription : 250 fr.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — COURS DE REVISION D'UNE SEMAINE SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE EN PATHOLOGIE INTERNE. — Ce cours aura lieu du 4 au 9 novembre 1929, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux; Joannon, agrégé; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin, dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à midi, exercices et démonstrations pratiques au lit des malades.

II. L'après-midi, à l'hôpital de la Charité : 3 à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire auprès du docteur Blondel, assistant du docteur Lian, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE SÉROLOGIE. (Ecole fondée en 1912.) — L'enseignement pratique de la sérologie appliquée à la clinique, professé par M. Rubinstein dans son Laboratoire, 54 *bis*, rue Saussure (XVIIe) aura lieu sans interruption durant l'année scolaire 1929-1930.

Les élèves pourront s'exercer par séries de travaux, soit individuellement, soit par petits groupes à toutes les applications des réactions sérologiques, de même que se perfectionner dans une branche spéciale de sérologie.

Pour tous renseignements s'adresser au Laboratoire de 9 à 12 h. et de 14 à 18 h.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

> La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
> L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
> Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.

Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales. etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — Nous publions plus loin le texte du nouveau règlement concernant le statut des assistants d'électro-radiologie des hôpitaux.

Un avis spécial fait connaître que la Commission chargée d'examiner les titres des docteurs en médecine qui seront admis à effectuer la deuxième année de stage à l'issue de laquelle aura lieu en 1930 l'épreuve pratique du concours d'assistant d'électro-radiologie, se réunira à l'administration centrale le jeudi 28 novembre 1929, à 16 h. 30.

Le registre d'inscription sera ouvert à l'administration centrale (bureau du Service de santé), tous les jours, de 14 à 17 h., du 8 au 17 novembre 1929 inclusivement. Les candidats désireux de s'inscrire devront produire à l'appui de leur demande les pièces exigées par le nouveau règlement.

Le nombre des candidats qui seront admis à effectuer la deuxième année de stage est fixé à 10 au maximum.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Le jury est définitivement composé de MM. Le Noir, Roubinovitch, Hutinel, de Massary, Alajouanine, Paul Riche, Rouget, Martin, Berger, Cleisz.

— Concours de l'adjuvat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Dujarier, Mauclaire, Ombrédanne, Baudet, qui acceptent; Ramond, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Jules Legrand est nommé, pour un an, chef de clinique ophtalmologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. le docteur Lhuillier, démissionnaire.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Octave Riche (de Jeumont).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :
Officier d'Académie. — M. le docteur Cézilly (de Marseille).

GUERRE. — Service de santé. — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1929 :

Section de médecine. — *a.* Candidats à quatre inscriptions : 1. MM. Bertrand, Fricaud, Sabatier (Paul), Lapeyre, Villat, Deniau, Laquintinie, Desgeorges, Liscoet, Bonnefond,

11. Le Roux, Dardill, Ghemard, Chaumonnot, Brunies, Rimbal, Cenet, Godeau, Gouverner, Mathias,

21. Dagorn, Le Minor, Sabatier (Louis), Robineau, Courtel, Carli, Liger, Mauze, Bouissou, Barrau,

31. Santini, Bies, Laporte, Loubet, Cazaux, Notin, Grancolas, Jeantet, Vergnes, Tarride,

41. Garitan, Pocreaux, Sergent, Berest, Mole, Robert, Roussel, François, Brigandat, Caillot,

51. Verprat, Feraud, Cordier, Gillet, Michaux, Aiguier.

b. Candidats P. C. N. : 1. MM. Grau, Charlin, Thomas, Chabeuf, Le Flem, Le Roux, Lacroux, Desorthes, Jassin, Le Tensorer,

11. Derobert, Senechal, Abecassis, Bourland, Decouze, Boquet, Chambon, Fourault, Sibel,

Dans le cas où un certain nombre de candidats à quatre inscriptions démissionneraient avant la date fixée pour l'entrée à l'Ecole ils seraient remplacés par des candidats dont la liste serait publiée au *Journal officiel*. La répartition des candidats admis entre les sections « Troupes métropolitaines » et « Troupes coloniales » sera effectuée ultérieurement.

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies
LABORATOIRE NATIVELLE 49, Bd de Port-Royal

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE. — La Fédération des syndicats médicaux de la Seine, groupant les quatre syndicats existants : Seine, Paris, banlieue ouest-nord et banlieue est-sud, a son bureau ainsi formé :

Président : docteur Boyer (S. M. S.);

Vice-présidents : docteurs Piot (S. M. P.) et Fanton d'Andon (banlieue est et sud);

Secrétaire général : docteur Jolly (S. M. S.);

Trésorier-archiviste : docteur Hilaire (banlieue ouest et nord).

Font, en outre, partie du Conseil d'administration huit autres membres, chacun des syndicats étant représenté suivant son importance numérique.

La nouvelle Fédération s'occupera de faire aboutir les questions spéciales à la région parisienne lorsque l'accord intersyndical aura été réalisé. Elle constituera aussi, dans son sein, un Conseil de famille pour arbitrer les conflits entre les membres ne dépendant pas d'un même syndicat et servir, d'autre part, de tribunal d'appel.

HÔPITAL TENON. — Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (*Insuffisance cardiaques. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes.* — Ce cours qui aura lieu du 11 au 21 novembre 1929, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. Haguenau, médecin des hôpitaux; A. Blondel, ancien interne, lauréat des hôpitaux, premier assistant du service; H. Welti, prosecteur, chef de clinique chirurgicale; Viau, Vidrasco et Mme Barras, assistants du service; Gilbert Dreyfus, P. Puech, Alibert et Thoyer, anciens internes et internes du service; Bréant, chef du laboratoire du service; Frain, chargé de la radiologie du service.

Tous les matins, à 10 h., conférence clinique avec projections; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi, à 15 h., démonstrations pratiques; à 17 h. et à 17 h. 3/4, deux conférences cliniques avec projections.

Programme. — Lundi 11 novembre : 10 h., M. Lian, considérations générales sur l'insuffisance cardiaque. — 11 h., M. Lian, examens cliniques. — 15 h., Mme Barras, épreuves cliniques d'insuffisance cardiaque. — 17 h., M. Blondel, dyssystolie et hyposystolie. — 17 h. 3/4, M. Gilbert Dreyfus, la toux cardiaque.

Mardi 12 novembre : 10 h., M. Lian, consultation clinique. — 15 h., M. Blondel, démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h., M. Blondel, asystolie. — 17 h. 3/4, M. Thoyer, encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 13 novembre : 10 h., M. Lian, le bruit de galop. — 11 h., M. Lian, exercices cliniques. — 15 h., M. Frain, démonstration de radiologie. — 17 h., M. Blondel, encombrement ventriculaire gauche. — 17 h. 3/4, M. Haguenau, l'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 14 novembre : 10 h., M. Lian, le pouls alternant. — 11 h., M. Frain, examens radiologiques. — 15 h., M. Blondel, démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h., M. Blondel, encombrement ventriculaire droit. — 17 h. 3/4, M. Thoyer, l'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 15 novembre : 10 h., M. Lian, consultation clinique. — 15 h., M. Viau, démonstration d'électrocardiographie. — 17 h., M. Blondel, diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque. — 17 h. 3/4, M. Bréant, les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Samedi 26 novembre : 10 h., M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 h., M. Lian, exercices cliniques. — 15 h., M. Viau, démonstration d'électrocardiographie. — 17 h., M. Alibert, accidents gravido-cardiaques. — 17 h. 3/4, M. Vidrasco, électroradiographie et insuffisance cardiaque.

Lundi 18 novembre : 10 h., M. Lian, considérations générales sur les angines de poitrine. — 11 h., M. Lian, interprétations des électrocardiogrammes de la semaine. — 15 h., M. Frain, démonstration de radiologie. — 17 h., M. Blondel, forme commume de l'angine de poitrine. — 17 h. 3/4, M. Viau, l'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 19 novembre : 10 h., M. Lian, consultation clinique. — 15 h., M. Puech, examen du cœur à l'autopsie. — 17 h., M. Vidrasco, électrocardiographie et angine de poitrine. — 17 h. 3/4, M. Blondel, angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 20 novembre : 10 h., M. Lian, traitement médical des angines de poitrine. — 11 h., M. Lian, exercices cliniques. 15 h., M. Viau, démonstration d'électrocardiographie. — 17 h., M. Welti, traitement chirurgical des angines de poitrine. — 17 h. 3/4, M. Frain, radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 21 novembre : 10 h., M. Blondel, douleurs précordiales. — 11 h., M. Frain, exercices radiologiques. — 15 h., M. Viau, démonstration de méthode graphique. — 17 h., M. Blondel, les syncopes. — 17 h. 3/4, M. Lian, traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours, ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnnement sur les affections cardiovasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours : 1° arythmies; 2° grands syndromes; 3° endocarde, péricarde, myocarde et aorte; 4° artères, veines et capillaires. Le cours de juin 1930 portera donc sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde et de l'aorte.

S'inscrire auprès du docteur Blondel, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. — Droit d'inscription : 250 fr.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Mise en service de lits-salons a une place dans les rapides 5 et 6. — Les rapides 5 et 6, qui circulent toute l'année entre Paris et Vintimille (lits-salons avec draps, lits-salons ordinaires, couchettes, 1re classe, wagon-restaurant), comportent des compartiments de lits-salons avec draps à une place (chaque lit étant disposé dans le sens transversal). Ces compartiments (avec toilette et W.-C.) peuvent être groupés par deux au gré des voyageurs, auxquels ils offrent le maximum de confort.

Départ de Paris 19 h. 35. Arrivée à Marseille-Saint-Charles 7 h. 44, à Nice 12 h., à Menton 13 h. 01, à Vintimille 13 h. 19.

Départ de Vintimille à 13 h. 15, de Menton 13 h. 37, de Nice 14 h. 45, de Marseille-Saint-Charles 19 h. 20. Arrivée à Paris 8 h. 15.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

LABORATOIRES CARTERET

MÉDICATION ANTIBACILLAIRE
HYPEROXYDANTE & RECALCIFIANTE

BACTIOXYNE

Manganate calcico-sodico-potassique

Gouttes
Ampoules pour instillations rectales
Ampoules pour injections intraveineuses

Échantillons & Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

NOVAR SENOBENZOL

BILLON

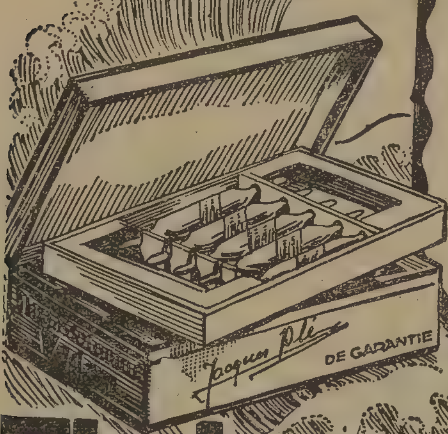
RESTE LE MÉDICAMENT DE CHOIX DU TRAITEMENT D'ASSAUT DE LA SYPHILIS

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

FORMULE :

Nucléino-phosphoglycérate de Soude 0.100
Cacodylate de Soude . 0 050
Sulfate de Strychnine. 0.001
Eau de mer isotonique. 5.000



Déficiences générales cellulaires

Une injection indolore sous-cutanée profonde tous les 2 jours ou plus souvent suivant l'état du malade de

Thalassotonine Vadam

Triade Leucocytogène et tonique associée à l'action catalytique de l'Eau de Mer

exalte la phagocytose, reconstitue la cellule, agit rapidement dans tous les cas de dépressions, convalescences, neurasthénie, asthénie lymphatisme, prétuberculose, paludisme, pyrexies, soins ante et post opératoires.

Littérature et échantillons franco à Messieurs les Docteurs.

Laboratoires J. PLÉ
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Licencié es-sciences.
111 bis, Rue de Turenne, Paris (3e)
Téléphone : Archives 08-27

Thalassotonine Vadam

PARALYSIE DES SIX DERNIERS NERFS CRANIENS ET DU VIe GAUCHES

PAR TUMEUR NÆVIQUE DU CONDUIT AUDITIF A MARCHE TRÈS LENTE

Par Henri ROGER, Paul MASINI et Yves POURSINÈS
(de Marseille).

Cien... (Raphaël), âgé de cinquante-cinq ans, dans les *antécédents* duquel nous ne trouvons ni syphilis, ni éthylisme, commence à présenter vers 1916-1917 un suintement intermittent de l'oreille gauche.

En 1923 le docteur Seigneurin constate alors un épaississement douloureux du tragus, sans changement de coloration de la peau, et une néoformation, occupant la zone postérieure du conduit auditif, rouge, irrégulière, douloureuse au contact, ne saignant pas. L'électrocoagulation améliore momentanément l'état du malade.

Mais la néoformation se reproduit, obstruant tout le conduit, et, malgré des séances de radiothérapie profonde et une récente application de radium en janvier 1929, les douleurs deviennent de plus en plus vives, intolérables, occupant l'oreille et la région temporale.

En dehors de l'*abolition de l'ouïe*, s'installent progressivement une série de paralysies des nerfs craniens du côté gauche :

1. D'abord en 1926 une *paralysie faciale* du type périphérique, actuellement complète.

2. Au début de 1928, des *troubles paralytiques linguo-palatopharyngolaryngés*, qui actuellement déterminent une dysphagie très pénible, ne permettant l'alimentation qu'avec des liquides ou des semiliquides (reflux nasal, quintes de toux et engouement fréquents) et qui se traduisent objectivement : d'une part par une paralysie de l'hémivoile, de la corde vocale (avec dysphonie), du trapèze (avec atrophie), sans dyspnée ni tachycardie, d'autre part par un mouvement de rideau pharyngé des plus nets, enfin en une hémiatrophie linguale avec contractions fibrillaires et gêne des mouvements de la langue vers la gauche.

3. Plus récemment, depuis quelques mois, des *douleurs* du type de lancées violentes, en éclair, *occupant le territoire du nerf maxillaire inférieur*, survenant par crises durant quelques jours et séparées par des accalmies de cinq à six jours, et une gêne progressive de la mastication. L'examen montre une atrophie temporale, des contractions fibrillaires du masseter, une hypoesthésie légère de la lèvre supérieure et inférieure gauches.

Enfin nous trouvons une *parésie des muscles de la racine scapulaire gauche* : impossibilité de l'abduction et de l'élévation de l'épaule avec atrophie du deltoïde, du pectoral, des muscles sus et sous-épineux, qui sont le siège de quelques contractions fibrillaires et un début d'atrophie de l'éminence thénar et du premier espace interosseux.

Il n'existe aucun autre trouble du côté des autres nerfs craniens, en particulier aucune parésie oculaire intrinsèque ni extrinsèque; vision, champ visuel et fond d'œil normaux, olfaction conservée. L'examen ne décèle aucune atteinte des voies pyramidales ni cérébelleuses. Les quelques troubles de l'équilibre que le malade accuse, en particulier dans l'obscurité, paraissent d'origine labyrinthique : épreuve de Babinski-Weill nettement positive.

Localement on constate : une tuméfaction arrondie de la région sus et préauriculaire du volume d'une mandarine, faisant corps avec l'os (cette saillie a commencé à s'installer au début de 1928), indolore à la percussion — une obturation complète du conduit auditif par un bourgeon néoplasique suintant — une saillie de la mastoïde avec décollement du pavillon.

La *radiographie* montre de profil un élargissement considérable du conduit auditif externe, une zone opaque à centre cependant moins dense correspondant à la tumeur temporale, une visibilité peu nette des apophyses clinoïdes postérieures; de face à travers l'orbite le rocher gauche est moins net que le droit.

La malade n'ayant fait qu'un très court séjour dans notre service, nous n'avons pu faire d'autres radiographies, ni examiner le liquide céphalo-rachidien, la ponction lombaire n'ayant pas été acceptée. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

En résumé, paralysie progressive des six derniers nerfs craniens gauches avec en outre atteinte du trijumeau gauche. Evolution d'une tumeur à point de départ auriculaire envahissant le rocher et l'écaille du temporal, se propageant au carrefour condylo-déchiré postérieur, et actuellement en avant au trou ovale et poussant par le trou occipital un prolongement vers les racines supérieures du plexus brachial (on ne pourrait expliquer autrement la paralysie atrophique des muscles du groupe Duchenne-Erb).

La nature histologique de la tumeur nous est fournie par une biopsie du bourgeon auditif faite en février 1924 par les docteurs Ranque et Senez : épithélioma de revêtement intact, mais dans le tissu sous-jacent, îlots d'éléments de forme arrondie, groupés sans ordination bien définie autour de petites cavités vasculaires. Les éléments, soit par leur structure, soit par leur ordination générale, rappellent « les éléments des tumeurs næviques au début de leur dégénérescence ».

L'*évolution* des tumeurs intracraniennes se développant ainsi en surface et envahissant plusieurs nerfs, sans provoquer de syndrome d'hypertension intracranienne, est souvent assez longue. Mais la période de douze à treize ans qui s'est écoulée entre les premiers suintements d'oreille (vraisemblablement symptôme du début de la néoformation du conduit auditif) et les troubles actuels est vraiment exceptionnelle, d'autant qu'il y a déjà cinq ans le microscope avait permis de porter le diagnostic de tumeur nævique en voie de dégénérescence.

ACTUALITÉS

OPOTHÉRAPIES GÉNITALES

L'opothérapie n'a plus à réclamer en thérapeutique une place qui ne lui est plus contestée; il est seulement évident que nous ne connaissons encore qu'imparfaitement les ressources dont nous disposons grâce à elle.

Le domaine des sécrétions endocrines est en effet parmi les plus malaisés à explorer en physiologie. Les procédés habituels ont leur valeur, mais ils agissent ici de façon complexe. Les symptômes que font apparaître les manœuvres expérimentales sont tantôt des signes de carence complète ou incomplète dans un domaine glandulaire unique, tantôt et fréquemment des signes de déséquilibre dans un groupe glandulaire aux composants nombreux mais imparfaitement reconnus. D'autres fois, il est difficile de distinguer entre l'action de suppléance et l'action homostimulatrice des substances adminis-

trées. De plus, davantage peut-être encore que dans d'autres domaines physiologiques, il faut ici se garder d'étendre sans correctif à l'homme les conclusions tirées de l'expérimentation sur l'animal; chez l'homme, la complexité des équilibres est plus grande et réserve des surprises au physiologiste et au thérapeute.

En dépit de ces dificultés il est des glandes dont nous n'ignorons plus tout; nos connaissances en physiologie thyroïdienne permettent à l'heure actuelle de sortir de l'empirisme pur. Au contraire, les travaux pourtant nombreux consacrés au fonctionnement endocrine des glandes génitales ne nous ont pas donné encore de connaissances aussi précises. A vrai dire le problème est ici d'une complexité particulière; il ne semble pas que d'un sexe à l'autre la fonction endocrine puisse être comparée même dans des lignes assez générales; de plus, chez la femme tout au moins, l'intrication du domaine endocrine et du domaine exocrine semble assez complexe. On se trouve donc à l'heure actuelle en présence de données théoriques incomplètes, affectées d'un coefficient mal évalué de probabilité, de constatations cliniques assez précises au contraire mais dont l'explication pathogénique est sujette à révision, de résultats thérapeutiques enfin dont l'estimation n'est pas non plus à l'abri des contestations.

***

Les propriétés des glandes génitales sont difficiles à synthétiser; l'homologie de leur origine et les analogies dans leur développement sont insuffisants à faire naître des similitudes physiologiques.

On peut seulement dire que les glandes génitales tant mâle que femelle semblent avoir une sécrétion polyvalente, qui par certains caractères au moins semble être de nature hormonale, sans pouvoir encore affirmer qu'il s'agit uniquement d'une hormone.

Il paraît certain que les glandes génitales jouent un rôle dans la morphogénèse; c'est sous l'influence de leur sécrétion endocrine, entre autres, que se produit la croissance, que se développent et que se maintiennent aussi bien chez le sujet jeune que chez l'adulte les caractères sexuels secondaires. Elles possèdent enfin une action sur certains centres nerveux et sur la nutrition générale et l'appareil circulatoire.

Mais c'est à ces traits très généraux que se bornent les ressemblances; dans le détail de leur action, glande mâle et glande femelle ont chacune leurs effets particuliers et doivent être étudiées séparément.

Opothérapie ovarienne. — *Fonction glandulaire.* — Elle est particulièrement complexe dans le sexe féminin à cause de l'existence du cycle menstruel où l'ovaire a une importance prépondérante. La fonction endocrine est par ailleurs, au point de vue expérimental, partiellement indépendante de la fonction exocrine ou fonction ovulaire.

L'administration à l'animal d'extrait ovarien intramusculaire produit de l'*abaissement de la tension artérielle*, *du ralentissement du pouls*; son action sur le réflexe oculo-cardiaque variable est encore mal connue.

Ces effets sont d'ailleurs plus nets expérimentalement chez un animal dont les ovaires ont une fonction s'exerçant normalement qu'en clinique chez des femmes hypo ou anovariennes. Chez de tels sujets les effets sur la tension et le pouls sont faibles ou nuls; il est habituellement impossible d'arriver à un état d'hyperovarie provoquée; tout au plus arrive-t-on à provoquer l'inversion du réflexe oculo-cardiaque.

On a essayé comme pour les autres glandes à sécrétion interne d'établir par injection intramusculaire (1 gramme d'extrait frais) une mesure du fonctionnement glandulaire. C'est un mode d'exploration imparfait. On sait seulement qu'au lieu d'obtenir hypotension et bradycardie comme chez le sujet normal en prémenstruation l'injection semble demeurer inactive chez un sujet dont la fonction est supprimée ou notablement diminuée. Cette preuve par défaut n'est pas sans inconvénient. (Parisot et Richard.)

Effets sur la croissance. — La *sécrétion interne tend à stabiliser la croissance.* La puberté ne commence en effet que chez des sujets ayant atteint un certain développement et la croissance se ralentit à partir de ce moment. Toute cause, normale ou anormale susceptible de hâter l'éclosion de la puberté semble agir en même temps en inhibant la croissance.

Effets sur la nutrition générale. — Il semble y avoir un *antagonisme* du même ordre. Macht et Saago, Wang, Richter et Guttmacher ont, en ces derniers temps, insisté sur l'*action mobilisante* des sécrétions ovariennes vis-à-vis *des réserves*, ce qui est à rapprocher de l'embonpoint des sujets castrés et des dictons populaires sur la maigreur des bons coqs.

La mesure du métabolisme basal a corroboré ces notions; *insuffisance ovarienne et castration amènent un abaissement du métabolisme.*

Autres effets. — La sécrétion ovarienne agit *sur le système nerveux général* qu'elle rend plus excitable et donne à l'organisme un coup de fouet particulier. Elle a donc une *action dynamogénique* et agit comme un mécanisme de dépense et non d'épargne.

En sa qualité de glande endocrine, l'ovaire tient sous sa dépendance le *développement et le maintien des caractères sexuels secondaires.* Parmi ces derniers est à ranger la menstruation dont la saignée physiologique dépend pour beaucoup du fonctionnement ovarien mais qui peut aussi l'influencer en retour.

Il ne faut cependant pas tout attribuer ici à l'ovaire; d'autres facteurs locaux (utérin, circulatoire) sont doués d'un rôle des plus importants; de même le système nerveux, sympathique en particulier).

L'activité de l'ovaire est d'ailleurs peut-être (Parisot et Richard) rythmée comme la menstruation elle-même puisqu'on observe au niveau des divers appareils et des humeurs des modifications périodiques qui lui sont parallèles et constituent, en quelque sorte, des oscillations physiologiques autour d'une position d'équilibre fonctionnel.

Origine et nature de la sécrétion. — Il semble s'agir d'une *hormone*. Quel est son substratum? La substance agissante est-elle unique ou multiple ?

Les données histologiques permettent à diverses conceptions de s'affronter et l'on peut supposer l'action de deux éléments : l'un intermittent, corps jaune, après la ponte ovulaire ; l'autre permanent, cellule interstitielle (Parisot et Richard).

Les travaux des chimistes ont montré que la substance active accompagnait les lipoïdes et était vraisemblablement une phosphatide assez voisine de la cholestérine. Cette substance circulerait dans le sang au moment du prémenstruum et serait capable injectée à une femelle castrée, de provoquer chez celle-ci les phénomènes du rut. Frank, Allen et Doisy, Courrier ont montré que chez la femelle normale, il se produisait de la congestion des organes génitaux et une modification corrélative des sécrétions vaginales de même signification. Cette substance aurait aussi la propriété de hâter la puberté chez la femelle impubère.

Selon Courrier, il semble que la substance active existe surtout dans la liqueur folliculaire mais disparaît bientôt à mesure que se forme le corps jaune.

Indications de l'opothérapie ovarienne. — Elles sont nombreuses et sanctionnées par des succès inégaux.

Avant la puberté, l'opothérapie peut être employée contre une *puberté difficile ou tardive*; mais elle ne remplace ni les précautions d'hygiène générale ni le traitement médicamenteux ou opothérapique (thyroïde) associés selon un mode qui varie avec chaque cas.

Dans certaines *dysménorrhées* et dans le cas *d'insuffisance du développement utéro-ovarien*, l'opothérapie a enregistré des succès à la condition cependant que le traitement soit prolongé un temps suffisant.

Chez l'adulte, elle est indiquée dans certaines aménorrhées nerveuses et émotives, dans les aménorrhées de la convalescence, en l'associant aux classiques médicaments qui agissent sur la circulation.

C'est surtout contre les *accidents de la ménopause et contre ceux de la castration* que les effets de l'opothérapie sont précieux. Tous les symptômes n'en sont cependant pas influencés à un égal degré; l'obésité, la dépression nerveuse semblent les plus aisés à faire disparaître; les succès sont plus rares vis-à-vis de l'hypertension, des congestions viscérales, des palpitations, des bouffées de chaleur. Les médicaments classiques de l'appareil circulatoire (hamamelis) font parfois aussi bien mais il nous semble excessif de nier pour tous les cas l'activité des extraits ovariens dans ce domaine et d'attribuer au temps seul le succès d'une opothérapie prolongée.

De même on a pu, avec quelques succès, moins fréquents il est vrai employer l'opothérapie dans la mélancolie (Chauvet), le Basedow, les vomissements incoercibles mais c'est dans ces cas surtout qu'il faut faire appel à l'opothérapie associée. Contre la sénilité précoce, contre la stérilité, les essais semblent à peu près constamment infructueux.

Les produits employés sont nombreux et divers ce qui rend les comparaisons difficiles, même en faisant la part des susceptibilités individuelles toujours très importantes dans ce domaine. Le mode de préparation du médicament a aussi une grande importance ; d'une manière générale, il convient de ne fier qu'à des produits *préparés récemment* et au moyen de *glandes jeunes.*

Nous n'insisterons pas sur la greffe, procédé physiologique et efficace, mais technique d'exception. Les voies d'administration habituelles sont la *voie digestive*, moins active, mais pourtant encore efficace et que les circonstances peuvent rendre seule applicable; la *voie sous-cutanée* (*principalement intramusculaire*), la plus active et pour laquelle les produits désalbuminés présentent un particulier intérêt.

Selon les préférences et selon les cas on peut employer les *extraits totaux* (à raison de vingt centigrammes de poudre d'ovaire par jour répartis habituellement en deux ou trois doses) ou des extraits partiels (dérivés du corps jaune dosés à dix centigrammes par jour).

Avec ces derniers, il faut ranger les *extraits folliculaires*, préparés au moyen de follicules mûrs d'ovaires animaux; ils sont particulièrement actifs et se prêtent à un dosage tout au moins physiologique. La dose à employer varie selon le mode de préparation et l'origine du produit choisi.

Opothérapie testiculaire. — La fonction testiculaire a pour siège les cellules interstitielles dont le fonctionnement semble jouir vis-à-vis de la sécrétion spermatique d'une indépendance quasi-absolue. Une même cause peut cependant les intéresser toutes deux, mais elle ne semble agir que d'une façon à la fois simultanée et indépendante pour chacune.

Action physiologique. — Elle porte *sur la croissance*, croissance du squelette en particulier, et peut se comparer à celle de l'ovaire. Comme la sécrétion ovarienne, la sécrétion orchitique semble modérer la rapidité de la croissance une fois la puberté éclose. Comme elle aussi, elle *mobilise les réserves de l'organisme.* Sauf correction, mal connue du reste, du fait d'une autre glande, on voit chez les castrats le squelette s'accroître en certains points, un certain degré d'engraissement se produire, le métabolisme basal s'abaisser, probablement par action exercée sur le métabolisme des graisses.

Les produits orchitiques exercent *sur le système nerveux une action excitante* : action locale aphrodisiaque, action générale de stimulation (augmentation de la force musculaire, accélération de l'influx nerveux).

La sécrétion testiculaire, enfin, *règle le dévelop-*

pement des caractères sexuels secondaires, physiques et psychologiques.

Injecté à un animal normal, l'extrait glandulaire ne semble modifier en rien le pouls ni la tension artérielle. Chez un sujet à sécrétion déficiente ou absente, un léger ralentissement du pouls, une inversion passagère du réflexe oculo-cardiaque peuvent être notés, mais il n'y a aucune action sur la tension artérielle.

Ces faits expérimentaux sont donc comparables, mais en partie seulement, à ceux des produits ovariens.

Aucun test ne nous permet actuellement d'explorer l'état fonctionnel de la glande.

Indications. — Chez des sujets jeunes, on peut utiliser l'opothérapie testiculaire au *cas d'infantilisme,* lorsqu'une maladie antérieure (oreillons, tuberculose) ou lorsque l'hérédo-syphilis a compromis le fonctionnement de la glande. De même chez les sujets chez qui il y a *persistance de l'état infantile* avec ou sans cryptorchidie et arriération mentale.

Mais il faut dans ces cas que le traitement soit intensif, aussi précoce que possible et prolongé.

On l'a essayé aussi, mais sans résultat encore bien probant, comme adjuvant dans le traitement du rachitisme.

Chez l'adulte, les indications sont moins nombreuses : infantilisme réversif, déchéance intellectuelle prématurée, anorexie sexuelle.

Chez le vieillard, enfin, on l'a employée contre la *sénilité*, lorsque celle-ci apparaît prématurément ou au contraire dans l'espoir d'atténuer les incommodités ou les infirmités d'un âge extrêmement avancé. Il semble dans ces cas y avoir une action dynamogénique heureuse, mais sur la durée de laquelle il est difficile de se prononcer.

On l'a enfin employée chez des sujets castrés pour un motif quelconque, chez des sujets stériles par oligospermie ou par diminution de la vitalité des spermatozoïdes, chez certains pervertis par insuffisance glandulaire. Ce sont là des emplois encore exceptionnels et pour lesquels il est nécessaire de pousser plus loin la recherche.

Modes d'administration. Doses. — Nous n'insisterons pas sur la question très actuelle cependant des greffes testiculaires; cette technique très physiologique est très délicate et il sera certainement difficile de la faire entrer dans la thérapeutique courante; le temps manque encore pour juger de ses effets et de leur durée ; peut-être sont-ce les cas où une homostimulation de la glande autochtone était seule nécessaire qui représentent les succès les plus complets.

Nous n'insisterons pas non plus sur l'opération de Steinach (ligature du déférent) qui vise indirectement un but analogue.

Les extraits orchitiques peuvent être administrés *per os*, mais leur activité toujours restreinte peut se trouver totalement annulée de ce fait. La dose est de *trente centigrammes par jour en deux ou trois prises*. Le plus souvent on procède *par voie sous-cutanée*; on injecte *1 à 2 centimètres cubes* d'un extrait glycériné tous les jours ou tous les deux jours. Les effets sont en général plus nets que par la voie digestive.

Mais dans tous les cas il importe d'employer des préparations fraîchement effectuées au moyen de glandes jeunes.

Opothérapie croisée. — C'est une technique récente qui dès maintenant a fait l'objet de trop de recherches pour qu'on puisse l'ignorer, mais dont il n'est pas sûr que la thérapeutique doive jamais s'enrichir.

Certains faits ont donné à penser qu'il existait un certain antagonisme entre les glandes des deux sexes. Outre qu'un certain degré de carence hormonique semble nécessaire à la réussite des greffes, on a remarqué qu'un extrait orchitique pouvait, chez les animaux inférieurs, masculiniser l'animal femelle; que chez le rat femelle il pouvait hâter la puberté, et chez l'adulte castrée provoquer un cycle oestral comme le ferait un extrait folliculaire.

Reiprich a montré récemment chez le lapin qu'une greffe testiculaire pouvait stériliser une femelle habituellement féconde ou selon le moment de l'intervention interrompre la gestation ou éclaircir les portées.

L'injection d'extrait mâle chez la femme ne semble, par contre, pas avoir donné d'effets notables.

D'autre part, un tel antagonisme n'est sans doute que relatif comme le montrent les faits d'hermaphrodisme spontané ou expérimental.

Quoi qu'il en soit, on a tenté de suppléer au manque d'activité d'un extrait ovarien en administrant des extraits frais de testicule habituellement actifs. Il semble qu'on ait obtenu quelques résultats au cas de menstruation insuffisante ou en cas de stérilité prématurée. Mais là se bornent les faits précis, d'ailleurs rares. Dans ce qu'on a appelé troubles de carence et dont l'existence reste à prouver, il semble y avoir eu bien souvent des faits de suggestion.

On peut, si l'on veut, voir dans cette technique un procédé d'opothérapie pluriglandulaire. Ce n'est pas une technique dans laquelle on puisse se confier à l'heure actuelle; l'association aux extraits génitaux d'extraits de thyroïde, d'hypophyse, et, le cas échéant, d'extraits mammaires ou placentaires sont, malgré leur fidélité relative, des procédés d'une efficacité plus éprouvée.

R. LEVENT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

I processi di guarigione della tuberculosi polmonare col pneumotorace artificiale, par le professeur G. Costantini. — Bologna, Stabilimenti poligrafici riuniti, 1928. (Extrait de la *Rivista di patologia e clinica della tuberculosi*, an. II, fasc. 17.)

Sobre la vacunación contra la tuberculosis en el hombre. Reflexiones ortodoxas de un heterodoxo, par le docteur R. Pla y Armengol. (Extrait de la *Clinica*, Barcelone, nov. 1928.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AU TOURNANT DES ASSURANCES SOCIALES

Depuis le 5 avril 1928, on chemine, en France, sur la route qui attribue à l'Etat toutes les sollicitudes, qui peuvent atteindre les humains et les familles, depuis leur naissance jusqu'à leur mort. On rencontrait partout des fonctionnaires du ministère de l'Hygiène, du Travail, de la Prévoyance et des Assurances sociales. Qu'ils fissent de la propagande, i n'y avait pas lieu de s'en étonner. Une légion de zélateurs gravitait autour des officiels pour solliciter les passants par des affiches, des tracts, des prospectus, parfois même par du racollage dans une église. On était sur la route du « tout à l'Etat ».

La direction n'est plus la même, lorsque M. Louis Loucheur parle en confiance à ses électeurs d'Avesnes, il ne leur dissimule pas ses embarras ministériels. On a voulu un règlement d'administration publique pour sortir des difficultés superposées dans les 72 articles échafaudées par des législateurs candidats à la réélection. Tout le monde s'y est mis au ministère. Des commissions ont été constituées; on s'est réuni; on a délibéré; il y a eu des rapports, des relevés statistiques et même des votes; enfin on a obtenu un règlement d'administration publique. Depuis ce produit nouveau, le nombre des articles à connaître dépasse la centaine. Les juristes arrivent à s'y retrouver; mais les intéressés (qui sont ouvriers), n'y comprennent plus rien. Cette fois, il y a une force majeure : la route s'incline vers une autre direction. M. le ministre s'en aperçoit. La loi n'est pas applicable dans le socialisme d'Etat. Parlant à ses électeurs d'Avesnes, M. le ministre dit tout net qu'il faut recourir à des initiatives privées.

Et il n'hésite plus à dire que, pour appliquer la loi, il faut se servir des « Mutualités »; puis il écarte, sans sourciller, la fameuse perspective des subsides de l'Etat; et il prononce hardiment que les mutualités auront à faire application de la loi du 25 avril 1928; et ce sera à leurs risques et périls.

*
* *

A peu de temps de là, un autre personnage est intervenu, qui ne parle pas inconsidérément : C'est M. Raoul Péret. Ce sénateur, ancien président de la Chambre, présidait à Valenciennes, le Congrès national de toutes les mutualités de France, le 21 juillet 1929. A l'assemblée générale, il a demandé nettement la suppression de ces organismes étatistes et budgétivores qu'on appelle les comités départementaux. — « Pourquoi, demanda-t-il, tous ces organismes départementaux, qui seront une coûteuse pépinière de fonctionnaires? Pourquoi ne pas se servir demain, pour les assurances sociales des rouages déjà existants pour les retraites ouvrières?... Qu'on utilise la mutualité, conclut M. Péret, puisqu'elle n'émarge pas sur les deniers publics! » Cette motion a été si fortement appuyée par l'auditoire que l'orateur a recommencé au banquet.

« La mutualité, dit-il, s'est, dès le premier jour, déclarée prête à appliquer la loi dans ses cadres à administrateurs éprouvés et suivant ses méthodes. Elle voudrait éviter au pays la charge écrasante que ferait peser sur nos budgets une organisation à forme bureaucratique. Mais, pour remplir sa tâche, elle a besoin de toute la confiance des pouvoirs publics et de celle des bénéficiaires de la loi.

« Il faut agir avec elle loyalement, ne pas la traiter en suspecte ou en incapable... » Puis, soutenu par de plus vifs applaudissements, dans un beau mouvement d'éloquence, il conclut : « A la bureaucratie, nous opposons l'administration familiale; aux promesses inconsidérées, nous préférons les possibilités; au rêve insaisissable et trompeur, les réalités immédiates... dans le respect des croyances de chacun et en donnant à tous la garantie rigoureuse d'une absolue neutralité. »

Comme si ce n'était pas encore assez explicite, M. Raoul Péret a donné, un mois plus tard, un article pour exposer son point de vue : « Les assurances sociales se feront par la mutulité ou ne se feront pas. » (*Journal de Roubaix*, 20 août 1929).

Cette fois, la direction n'est plus la même : la route a tourné; mais, tandis qu'on suit volontiers et en ordre suffisant, on s'aperçoit que la route serpente; et il est temps de s'orienter.

*
* *

Depuis le Congrès de Valenciennes, les caisses départementales ont été supprimées avec les comités départementaux... Les pouvoirs publics ont compris l'utilité de cette coupe sombre dans le système primitif de la loi pour dégager la route d'un encombrement.

Il reste à gagner la confiance des bénéficiaires de la loi. Ce sont des Français; et leur esprit d'indépendance ne tolère pas que l'argent, par eux gagné, soit géré par un organisme d'Etat. Chacun se réserve de disposer de ses ressources personnelles pour subvenir aux surprises et aux nécessités de la vie. Plusieurs sont intraitables, irréductibles, sur ce point qui touche leur dignité d'hommes libres.

Depuis toujours, on garde en banque des disponibilités pour le cas de besoin. Un bon Français a compris que les assujettis de la loi doivent pouvoir agir de même : c'est le docteur Paul Specklin, de Mulhouse. Il a montré au Groupement médical corporatif qu'on peut faire application de la loi des assurances sociales sur la base d'une caisse d'épargne, tout aussi méthodiquement que sur le crédit d'une caisse d'assurance, comme on en voit tant, en Alsace et ailleurs.

*
* *

Tandis que les caisses d'assurances ont fait faillite à leurs promesses, on peut adapter les mutualités à la forme et aux principes des caisses d'épargne. Pour gagner la confiance des bénéficiaires de la loi, il faut commencer par leur reconnaître le libre choix de la caisse, avant même le libre choix du médecin et du pharmacien.

Le *Journal de Roubaix* donne (vendredi 23 août 1929), une communication de la société de secours mutuels « La Famille », à propos des assurances sociales et de la liberté de choix des caisses. Il est exact que le Sénat et la Chambre ont voté un « rectificatif » à l'article 26 de la loi. Le libre choix d'une caisse expirait primitivement le 5 août 1929. Ce délai est désormais reporté à trois mois, soit au 5 novembre 1929. Ce qui cesse d'être exact, c'est de donner à entendre que le libre choix se borne aux caisses mutualistes.

Le libre choix s'étendra aux caisses d'épargne, dès que les sociétés de secours mutuels se seront adaptées à la législation du 5 avril 1928. Le texte est formel. — « Quant aux caisses autonomes mutualistes, il suffira qu'elles existent un mois avant la mise en vigueur de la loi pour être admises à créer une caisse de capitalisation gérant la vieillesse et l'invalidité. Même délai pour les caisses patronales de retraites.

« Quant aux sociétés de secours mutuels et aux unions de sociétés, le délai de six mois, avant la mise en vigueur de la loi, est réduit à trois mois. La date du 5 août, au delà de laquelle la présomption d'affiliation ne pouvait plus être évoquée, est donc reportée au 5 novembre 1929. »

On dit que les assujettis ont intérêt à s'inscrire parce que le gouvernement se propose de bonifier les cotisations versées (par les assurés facultatifs) par des subventions de l'Etat.

C'est une perspective aléatoire, qui peut séduire la Société de secours mutuels « La Famille ».

Les chambres d'agriculture ne s'y laissent pas prendre : elles réclament, pour leurs assurés, « le droit d'option » entre les assurances sociales et les caisses d'épargne préconisées par le docteur Paul Specklin.

Le « libre choix » est acquis à tous les assujettis, et il persiste à l'encontre de tous les monopoles. Chacun donne son adhésion à une caisse, mais il ne peut pas s'enchaîner. La durée de l'adhésion a été fixée au minimum nécessaire à la stabilité des caisses et compte tenu du besoin de ne pas multiplier les écritures qu'entraînent forcément les mutations. — L'adhésion, dit l'article 35, n'est valable que pour deux ans (c'est le premier mot de l'art. 35); elle est donc révocable au gré du bénéficiaire. Le délai écoulé, l'assuré reprend sa liberté; il décide à nouveau du choix de la caisse.

*
* *

Parmi les agriculteurs, on se méfie des ingérences de l'Etat; mais on a l'intelligence et l'habitude de l'épargne.

Pour répondre aux demandes des Chambres d'agriculture, les sociétés de secours mutuels deviennent des caisses d'épargne pour subvenir aux surprises et aux nécessités de la vie, telles que les prévoient les assurances sociales.

Dans cette caisse d'épargne spéciale entrent ensemble la retenue sur le salaire et la cotisation patronale. Tout ce qui est versé dans cette caisse reste propriété individuelle de l'assuré, qui ne peut en disposer que dans certains cas et suivant certaines règles. Au moment où l'assuré prend sa retraite (soixante ans au minimum), le capital ainsi constitué peut, à son gré, lui être versé intégralement ou converti en une rente viagère calculée au taux de 10 p. 100 dudit capital. Si l'assuré meurt avant l'âge de la retraite, le capital est transmis à ses héritiers avec exemption complète d'impôts. Enfin, les comptes-épargnes individuels produiront des intérêts qui ne pourront être touchés qu'au moment de la liquidation du compte.

Les agriculteurs ont compris que la pratique des sociétés de secours mutuels ne changera pas de mains en devenant celle des caisses d'épargne. Ils n'ont pas besoin de le dire quand ils prévoient que la gestion sera plus avantageuse pour leurs comutualistes que par des fonctionnaires relevant du ministère du Travail. Et, par dessus tout, ils comptent bien ne pas se laisser gruger par de faux malades; ils choisiront leur personnel pour s'en garantir.

Les chambres d'agriculture ont bien posé le problème. Employeurs et salariés peuvent encore accorder leur confiance à une législation mal assise; mais il faut tout d'abord leur reconnaître « le droit d'option » entre caisse d'assurance et caisse d'épargne.

*
* *

Le groupement médical corporatif n'a pas à prendre parti dans un « libre choix », qui appartient aux assujettis; mais il voit, dans l'innovation du docteur Paul Specklin, une ressource puissante pour départager les tendances que l'expérience acquise dresse toujours en contradiction. Il y a des médecins honnêtes et des malades sincères : ils se porteront surtout vers les caisses d'épargne spéciales.

Les assujettis ont droit au libre choix entre les unes et les autres.

La décision est au tournant de la route suivie par les assurances sociales. En France, il faut une liberté sincère pour orienter les uns et les autres devant cette bifurcation.

FR. GUERMONPREZ.

DOCUMENTS OFFICIELS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Nouveau règlement concernant le statut des assistants d'électro-radiologie des hôpitaux.

Les textes des articles 48 et 284 du règlement sur le Service de santé relatif au statut du personnel médical des laboratoires d'agents physiques sont modifiés ainsi qu'il suit :

B. Assistants d'électro-radiologie.

Art. 48. — Les assistants d'électro-radiologie prennent le titre d'assistant d'électro-radiologie de l'hôpital auquel ils sont attachés.

Tout docteur en médecine de nationalité française et titulaire du diplôme d'Etat obtenu devant une Faculté de médecine de France désireux de prendre part au concours d'assistant d'électro-radiologie sera tenu de se conformer aux prescriptions suivantes :

1° Il devra effectuer un premier stage d'une année comportant deux séjours consécutifs de six mois dans un service central d'électro-radiologie.

En vue de ce stage les inscriptions seront reçues à l'Administration générale de l'Assistance Publique (bureau du Service de santé) où un dossier spécial établi au nom de chaque candidat mentionnera :

— La date à laquelle commence le stage;

— Les deux services dans lesquels le stage sera effectué;

— Copie de l'ordre de service portant affectation du stagiaire;

— Les certificats délivrés par les chefs de service constatant que le stage a été effectué correctement, certificats visés par les directeurs des hôpitaux intéressés;

— Le relevé du nombre des présences accomplies dans l'année.

Un certificat de stage signé par le directeur général de l'Administration sera remis à tout candidat qui aura obtenu les certificats prévus au paragraphe précédent sous la réserve que le nombre des présences constatées au cours de l'année ne soit pas inférieur à 240, compte tenu des absences par congé régulièrement autorisé (deux mois au maximum) et abstraction faite des absences pour cause de maladie dûment justifiée.

Le dossier de chaque intéressé portera en fin de stage la mention « certificat accordé » ou « certificat refusé » suivant le cas.

2° Sous la réserve qu'ils justifient qu'ils sont titulaires de certificats de radiologie et d'électrothérapie de la Faculté de médecine de Paris, les candidats qui seront en possession du certificat de stage prévu au paragraphe précédent (*in fine*) seront admis à prendre part à l'épreuve sur titres qui sera jugée par une Commission spéciale de classement.

Celle-ci établira, par ordre de mérite, une liste de candidats, en nombre déterminé un mois à l'avance par décision du directeur général de l'Administration, autorisés à accomplir un deuxième stage d'une année dans les services centraux d'électro-radiologie;

Ce stage sera obligatoirement accompli dans le même service.

A l'expiration de la deuxième année un certificat de stage sera délivré à chaque intéressé, à la condition qu'il ait satisfait aux obligations prévues au paragraphe précédent en ce qui concerne le premier stage.

La répartition des stagiaires — tant pour la première que pour la deuxième année de stage — sera faite par le directeur général de l'administration.

Les stagiaires qui n'auront pas été déclarés admis par la Commission spéciale de classement chargée d'examiner les

titres des candidats, seront tenus de recommence leur première année de stage dans les conditions fixées par le présent règlement.

3° Les candidats titulaires des certificats afférents aux deux années de stage ci-dessus réglementées seront admis à prendre part à l'épreuve pratique qui constituera le deuxième degré du concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux; le nombre des candidats à admettre à la suite de cette épreuve sera fixé un mois à l'avance.

A la suite de cette épreuve, les candidats déclarés admis seront nommés assistants d'électro-radiologie des hôpitaux et affectés en cette qualité à un service central pendant les deux années qui suivront leur titularisation.

Les candidats éliminés seront tenus d'effectuer un nouveau stage d'une année dans les conditions ci-dessus déterminées à l'effet d'être admis à prendre part au concours (épreuve pratique) ouvert l'année suivante.

Commission de classement (épreuves sur titres) et épreuve pratique.

L'examen des titres universitaires, hospitaliers et scientifiques des candidats sera soumis à une Commission spéciale comprenant cinq membres; un médecin et un chirurgien des hôpitaux tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination, trois électro-radiologistes tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires en exercice, l'un d'eux toutefois, devant être tirés au sort parmi ceux qui se trouvent inscrits sur la liste des électro-radiologistes des hôpitaux spécialisés en électrologie.

Les candidats disposent de dix minutes pour l'exposé oral de leur titres. Cette épreuve sera cotée de zéro à dix.

Le classement des candidats est effectué d'après la note obtenue par chacun d'eux.

Toutefois, les candidats qui auront obtenu le même nombre de points que le candidat classé le dernier seront également compris dans la liste d'admission.

L'épreuve pratique sera jugée par le jury de la Commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats; elle aura donc lieu pour les candidats ayant accompli leurs deux années de stage prévues par le présent règlement immédiatement après la clôture des opérations de la Commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation consistera en un exercice de pratique électro-radiologiste pour lequel les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à vingt.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions au nombre de trois (dont une devra porter obligatoirement sur l'électrologie) sont rédigées et arrêtées par le jury chaque jour d'épreuve immédiatement avant la séance. La question à traiter est désignée par le sort.

Le programme des matières qui pourrait faire l'objet des questions posées par le jury sera arrêté par le directeur général de l'Administration.

Le classement des candidats est effectué d'après la note obtenue par chacun d'eux.

Pour les candidats classés *ex æquo* le classement s'établira de la manière suivante : d'abord les anciens internes des hôpitaux de Paris, puis les anciens externes (les externes en premier étant classés comme externes), enfin ceux qui n'ont été ni interne, ni externe, la priorité dans chacune de ces catégories résultant de la plus grande ancienneté de thèse.

La liste générale de classement des assistants est établie par le directeur général de l'administration en tenant compte d'abord de leur rang sur la liste des assistants ayant été reconnus admissibles à la suite des épreuves d'admissibilité de l'un des concours ouverts pour l'emploi d'électro-radiologiste des hôpitaux, les assistants étant classés sur cette liste d'après la date du concours auquel ils ont été déclarés pour la première fois admissibles et le rang obtenu par eux aux épreuves d'admissibilité de ce même concours. Il est ensuite tenu compte, pour le classement des assistants non encore admissibles à un concours d'électro-radiologiste des hôpitaux, de la date du concours à la suite duquel ils ont été nommés.

Dès leur nomination les assistants sont affectés au service central d'électro-radiologie de l'hôpital qu'ils choisissent suivant leur ordre de classement et sous réserve de l'assentiment du chef de service.

Pendant les deux premières années qui suivent leur nomination, les assistants sont affectés exclusivement à un service central. Après ce délai, ils pourront être détachés dans les services particuliers dotés de poste de radioscopie; dans ce dernier cas, ils continuent néanmoins à être rattachés au service central d'électro-radiologie de l'hôpital où ils devront se tenir à la disposition de l'électro-radiologiste de l'établissement les jours où ils ne seront pas retenus dans le service spécial auquel ils sont affectés.

Les assistants des postes de radioscopie annexés aux services spéciaux et aux services de clinique de la Faculté participent avec les assistants du service central au service de garde et au service radiologique de l'hôpital pendant la période des congés annuels (fêtes de Pâques et période du 1er août au 1er octobre).

Les assistants d'électro-radiologie ont droit à un congé annuel de deux mois qui sera accordé par le directeur général de l'administration.

Les assistants qui ne rempliraient pas correctement les fonctions pour lesquelles ils ont été désignés seront passibles de l'une des sanctions disciplinaires prévues au présent règlement.

Les assistants, bien qu'ils soient nommés sans autre limite préalable que la limite d'âge ci-dessous fixée, ne sont affectés que pour une année à un service central d'électro-radiologie ou à un poste de radioscopie. Ils peuvent, toutefois, être maintenus dans leur emploi par périodes successives d'une année à la demande de l'électro-radiologiste ou du chef de service intéressé.

(Le reste sans changement.)

Art. 284. — Sont allouées les indemnités annuelles suivantes au personnel médical désigné ci-dessous :

. . . .

4.800 francs aux chefs adjoints des services centraux d'électro-radiologie des hôpitaux et au chef adjoint du laboratoire d'hydrothérapie et de thermothérapie de l'Hôtel-Dieu; — 4.200 francs aux assistants d'électro-radiologie des hôpitaux situés à Paris, et 5.400 francs aux assistants d'électro-radiologie des hôpitaux situés hors Paris.

Mesures transitoires.

Les mesures transitoires ci-dessous seront appliquées en 1929.

Les docteurs en médecine désireux de s'inscrire en vue de leur nomination dans le cadre des assistants d'électro-radiologie seront admis à se présenter devant la Commission spéciale de classement chargée de l'examen des titres universitaires, scientifiques et hospitaliers moyennant la production des pièces suivantes :

— Justification de la nationalité française;

— Diplôme de docteur en médecine (délivré par une faculté de médecine de France, diplôme d'Etat);

— Certificat établi par un électro-radiologiste des hôpitaux constatant qu'ils ont accompli à un titre quelconque un

stage d'une année révolue au jour de la réunion de la Commission spéciale précitée;

Certificats de radiologie et d'électrothérapie de la Faculté de médecine de Paris.

REVUE DES THÈSES

Le Gluconate de calcium en injections chez les tuberculeux (1), par R. Pernet.

Après avoir montré que le calcium a été surtout employé dans la tuberculose sous la forme de chlorure de Ca, l'auteur expose les inconvénients et les dangers de ce sel calcique auquel il faut préférer le gluconate de calcium.

Celui-ci est un calcium organique, soluble, assimilable, dérivé de l'acide gluconique et agissant uniquement par les propriétés physiologiques de l'ion calcium. Il n'a aucun des inconvénients du chlorure, et, administré en injection intraveineuse ou intramusculaire, n'amène aucun des phénomènes de nécrose, aucune infiltration dans les tissus.

M. R. Pernet a traité les hémoptysies de la tuberculose, soit par l'injection intraveineuse de 10 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100 de gluconate de Ca (une ampoule), soit par la méthode des injections conjuguées : une ampoule intraveineuse plus une ampoule intramusculaire. Les résultats ont été constamment favorables et, même dans des cas où les hémoptoïques habituels avaient échoué, des hémoptysies abondantes furent arrêtées en vingt-quatre heures par le gluconate de Ca.

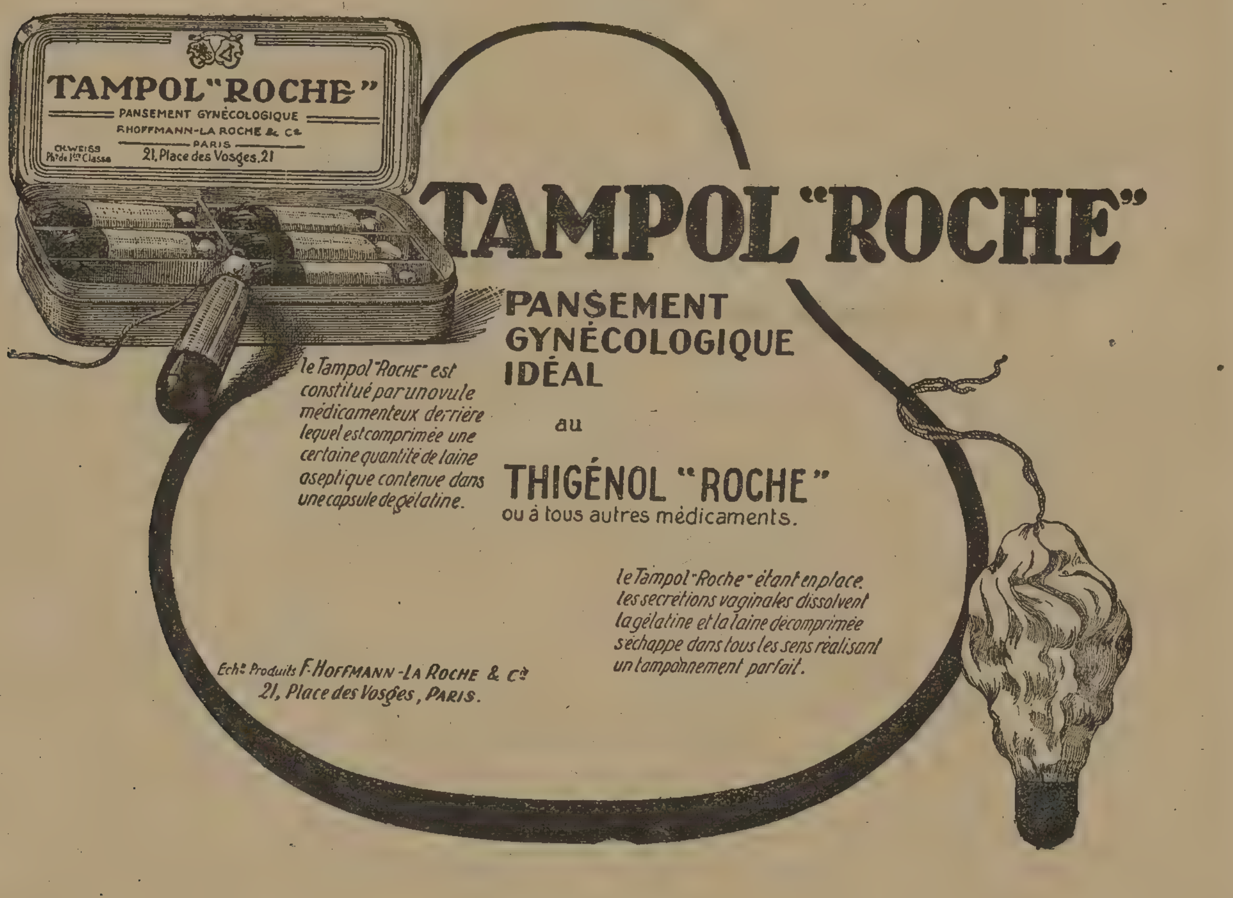
(1) *Th. de Nancy*, 1929.

Puis l'auteur traite l'entérite, les diarrhées des tuberculeux par la méthode de Rist et Ameuille, mais en substituant au $CaCl^2$ le gluconate de Ca. Il injecte une ou deux ampoules par jour dans la veine. Les observations recueillies dans les services de phtisiologie de MM. les professeurs Perrin et Parisot montrent, sous l'effet de cette thérapeutique, une diminution sensible des selles et des douleurs abdominales.

Le docteur Pernet étudie encore les effets du gluconate de Ca sur les adénites bacillaires, et lui associe les effets des rayons ultraviolets. Il injecte tous les deux jours, dans la veine, une ampoule de 10 centimètres cubes de gluconate de Ca et soumet, aussitôt après, la tumeur ganglionnaire aux ultraviolets. Les résultats sont des plus intéressants. Les courbes publiées montrent les modifications de la température coïncidant avec les injections de calcium tandis que des transformations locales s'opèrent en même temps sur l'adénite.

Enfin, l'auteur tente un essai de calcithérapie dans la tuberculose pulmonaire évolutive, mais l'obligation où se trouve le phtisiologue de continuer le traitement pendant quatre à six mois l'empêche de présenter des observations suffisantes pour permettre une conclusion. Cependant, il reste acquis que sous l'influence du traitement par injections intraveineuses ou intramusculaires du gluconate de Ca faites tous les deux jours avec absorption per os du même sel calcique les jours intercalaires, on observe une amélioration de l'état général, du poids, des forces, de l'appétit, et plus tard une régularisation de la température et sa stabilisation à un degré inférieur à celui du début du traitement.

Il n'y a aucune contre-indication à l'emploi du gluconate de Ca en phtisiothérapie.



SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

GYNOCRINOL

LIPOÏDE OVARIEN
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ANÉMIES PERNICIEUSES

GÉNÉRALITÉS

L'anémie pernicieuse est un syndrome clinique et hématologique dont la cause est souvent diagnostiquée. Mais dans certains cas, celle-ci ne peut être mise en évidence. Il s'agit des formes primitives de l'anémie pernicieuse, encore appelées du nom de maladie de Biermer.

Le pronostic de l'anémie pernicieuse a été complètement transformé par *l'opothérapie hépatique*.

CLINIQUE

Début. — Insidieux par de la dyspnée, de la fatigue, une pâleur qui s'accentue tous les jours.

Etat. — Signes fonctionnels. — La *pâleur* domine le tableau clinique. Chez ce malade asthénié et dyspnéique, le gros symptôme, c'est la teinte cireuse des téguments, la décoloration intense des muqueuses. Il s'y ajoute souvent des *œdèmes* légers de la face et des mains. Parfois le malade a présenté *des hémorragies* légères, quelques taches de purpura des épistaxis, surtout des gingivorragies.

Examen général montre des :

1. Signes faisant habituellement cortège a l'anémie intense : des *signes cardio-vasculaires* : souffles extracardiaques, pouls petit, rapide, instable ; tension artérielle basse ; une *légère splénomégalie*.

2. Mais il faut insister sur l'importance primordiale des signes digestifs, des signes neurologiques.

a. *Signes digestifs.* — Ils consistent en anorexie, vomissements, diarrhée. Ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est *hypopepsie avec hypochlorhydrie*, ou même l'*achylie complète*.

b. *Troubles nerveux.* — Le syndrome *neuro-anémique* répond à une dégénérescence combinée subaiguë de la moelle. C'est un malade qui présente un pseudo-tabes, ou une paraplégie spasmodique.

Enfin,

c. *La rétinite* est un symptôme précoce et fréquent d'anémie pernicieuse.

Signes généraux. — La température est normale ou dessine une légère fébricule.

Les urines contiennent presque toujours de *l'urobiline*.

Examen du sang. — Montre deux choses : l'anémie, le degré de rénovation sanguine.

a. L'anémie. — Le nombre des hématies est très diminué : tel est tombé au-dessous de deux, parfois de un million.

Le taux de l'hémoglobine s'abaisse, mais moins que le chiffre des globules rouges, si bien qu'il y a augmentation de la valeur globulaire.

b. Le degré de la régénération globulaire. — 1. *Presque toujours il s'agit d'une anémie plastique* : l'examen du sang montre l'effort de la moelle dans le sens de la régénération. Du côté des globules rouges : anisocytose, poïkilocytose, modifications tinctoriales (polychromatophilie, basophilie en masse) hématies granulo-filamenteuses et d'une façon encore plus caractéristique, apparition *d'hématies nucléées* survenant par poussées.

Le nombre des globules blancs est variable avec une myéocytose légère.

Il existe deux grands types d'anémie plastique :

Le type mégaloplastique qui indique une activité médullaire déviée, à type embryonnaire. La moelle reprend l'activité qu'elle avait chez l'embryon. Elle fabrique des *hématies volumineuses*, mégaloblastes. Quand, à de tels éléments s'ajoutent de la leucopénie avec mononucléose relative, il est probable que l'on ne trouvera pas de cause à l'anémie, que l'on dira anémie de Biermer.

Le type normoplastique est moins caractéristique et plus rare. Il indique une réaction myéloïde normale. Les éléments rouges sont de volume normal.

2. *Les formes aplastiques sont exceptionnelles.* — L'anémie est extrême. Il n'y a pas de signes de régénération globulaire pas d'hématies nucléées, pas de myélocytose.

Cliniquement l'état général est grave, les hémorragies sont abondantes et précoces.

ÉVOLUTION

A été transformée par la méthode de Whipple.

L'évolution spontanée est irrégulière et non progressive et après un temps plus ou moins long aboutit à la mort.

La transfusion avait beaucoup amélioré le pronostic.

La méthode de Whipple dans la grande majorité de cas d'anémie plastique opère de véritables résurrections. Déjà, quelques jours après le début du traitement, survient une poussée d'*hématies granuleuses*, puis après une augmentation rapide le nombre des globules rouges gagne plus lentement la normale.

DIAGNOSTIC

Différentiel. — Facile. L'on ne confondra pas l'anémie avec l'ochrodermie, le teint jaune paille des cancéreux, le subictère, mais il faut savoir qu'il existe des formes subictériques d'anémies pernicieuses.

Étiologique. — Il ne faudra pas faire un diagnostic de maladie de Biermer sans avoir recherché toutes les causes d'anémie.

a. **Causes de diagnostic facile.** — 1. Hémorragies abondantes.

2. Anémie toxique. — *Benzène* qui donne une anémie aplastique, hémorragique.

Arsénobenzol très rarement.

Saturnisme.

3. Anémie par corps radio-actifs.

b. **Mais ce qui est intéressant, c'est de dépister la cause d'une anémie qui apparaît tout d'abord primitive.** — 1. Cancer digestif. — *Cancer gastrique latent.* — Ne pas compter sur les signes fonctionnels, sur les résultats du tubage, puisque ces symptômes peuvent relever du syndrome anémique lui-même.

Pratiquer un examen radioscopique de l'estomac et la recherche du sang dans les selles.

Cancer du côlon, du rectum.

2. Néphrite hyperazotémique. — Dosage de l'urée sanguine.

3. Infections. — *Aiguës.* — Formes anémiques de streptococcémie principalement puerpérale.

Chroniques. — *Endocardite lente.* — Peut revêtir le type de l'anémie pernicieuse, cryptogénétique en apparence. Le souffle de l'endocardite peut être attribué à l'anémie.

Syphilis. — Sauf chez l'enfant, la syphilis est rarement cause de l'anémie pernicieuse. C'est alors de syphilis tertiaire qu'il s'agit et l'anémie s'accompagne de mononucléose.

Tuberculose.

4. Grossesse. — L'anémie pernicieuse s'amende après l'expulsion du fœtus.

5. Mais surtout, il ne faudra jamais conclure a la maladie de Biermer sans avoir recherché une affection parasitaire, surtout une affection parasitaire intestinale. Rechercher dans les selles les œufs d'ankylostome duodénale ou de bothriocéphale.

6. Maladie du sang. — Donnant une anémie secondaire. C'est après avoir fait tous ces examens cliniques, radioscopiques, chimiques, hématologiques que l'on pourra tout en faisant des réserves parler de maladie de Biermer. Malgré son démembrement, elle semble conserver une certaine individualité. Sans doute, il n'existe pas de caractère évolutif, clinique, sanguine qui lui sont propre, mais son absence d'étiologie définie, la réunion fréquente en un même faisceau des mêmes signes donnent à la maladie un aspect spécial.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX quelle qu'en soit l'origine.

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

de toutes les Affections aiguës ou chroniques

des Voies Respiratoires

Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes



BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS – INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES -- ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX -- PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le ***TRAITEMENT RATIONNEL*** de la

CONSTIPATION et des INTOXICATIONS **GASTRO-INTESTINALES**

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES 19 RUE DROUOT PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Palluel, Dargent, Charpy, Weigert, Magniard, Perron, Chapuis, Pichat, Josserand, Freydel, Feuillade, Mlle Grangette, MM. Euvrald, Etienne Martin, Benoit, Anstel, Henri, Vial, Patenski.

Internes suppléants : MM. Grimonet, Vachon, Badinand, Edel, Mlle Thiébaud, MM. de Barrin, Graber, Mansuy, Masson, Boudènes, Molin, Bouquin, Brun, Soustelle, Vonstenberghe, Modrin, Bergazzy, Cuilleret, Damez, Delore, Dugois, Girard et Servajean.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — *Prix Jules et Louis Jeanbernat.* (Prix annuel de 1.000 fr.). — Ce prix sera décerné en 1929 à un docteur en médecine ayant soutenu sa thèse dans l'année scolaire précédente et qui aura été jugé le plus méritant dans les deux dernières années de sa scolarité à l'Ecole (4e et 5e années).

En vue de l'obtention du prix, pour 1929, les étudiants ou étudiantes en médecine ayant terminé leur scolarité à l'Ecole de médecine de Marseille, qui auront soutenu leur thèse du 1er novembre 1928 au 31 août 1929, sont priés d'en informer le secrétariat avant le 31 octobre 1929; ils devront faire connaître les notes qu'ils ont obtenues au dehors ainsi que leurs titres hospitaliers.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1929 (voir « Section de médecine », n° 81, p. 1429) :

Section de pharmacie. — *a.* Candidat à quatre inscriptions : M. Loup.

b. Candidats stagiaires : MM. Maechler, Dougier.

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer d'extrême urgence au ministère de la Guerre (direction du Service de santé, premier bureau) sa démission d'élève, accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteurs.

Les élèves admis à la suite du concours de 1929 devront se présenter au médecin général inspecteur, directeur de l'Ecole à Lyon, 18, avenue Berthelot, le 15 octobre, à 8 h.

Tous les élèves admis devront, à leur arrivée à l'école, être pourvus des pièces énumérées ci-dessous :

I. *Indispensables à l'engagement.* — 1° Lettre de nomination;

2° Certificat de bonne vie et mœurs, établi à une date postérieure à leur nomination, par la mairie ou le commissariat de police de leur domicile;

3° S'ils sont mineurs, une déclaration de leur famille les autorisant à contracter l'engagement prévu par la loi sur le recrutement de l'armée (31 mars 1928, art. 30). La signature des parents ou tuteurs doit être légalisée par le maire ou le commissaire de police;

4° Un extrait de leur acte de naissance sur papier libre;

5° Le livret militaire, le cas échéant;

II. *Indispensables à l'immatriculation à la Faculté.* — 1° Candidats pourvus du certificat P. C. N. : *a.* Acte de naissance sur papier timbré;

b. Diplôme de bachelier ou certificat en tenant lieu;

c. Certificat P. C. N. ou certificat en tenant lieu;

(Voir la suite, p. 1458.)

BIOPHORINE GIRARD
Kola-Glycérophosphatée
ASTHENIE - NÉVROSES - CONVALESCENCES

CHRONIQUE

INAUGURATION DU XXXVIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

La séance d'inauguration du XXXVIIIe Congrès comptera parmi les plus solennelles auxquelles il nous ait été donné d'assister. M. le maréchal Lyautey avait bien voulu en accepter la présidence d'honneur, donnant ainsi à l'Association une marque de haute estime. Salué à son entrée par une belle ovation, le maréchal prit place au bureau, ayant à ses côtés M. le professeur Tixier (de Lyon), président du Congrès; M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur; M. Walther, président de l'Association; M. le doyen Roger, les médecins généraux inspecteurs Sieur, Dopter et Toubert; un représentant du ministre de la Marine, et M. Grégoire, secrétaire général.

Dans l'hémicycle nous avons noté, au hasard des entrées, le médecin général inspecteur Lanne, les médecins généraux Rouvillois, Lévi, Lerminier, les professeurs J.-L. Faure, Hartmann, Gosset, Duval, Ombrédanne, Cunéo, Legueu, Proust, MM. Bazy, Lardennois (de Paris), Témoin (de Bourges), MM. les professeurs Begouin (de Bordeaux), Leriche (de Strasbourg), Bérard, Gayet et Patel (de Lyon), Forgue et Jeanbrau (de Montpellier), Imbert et Silhol (de Marseille), Billet (de Lille), Maisonnet, du Val-de-Grâce, Leonte et Daniel (de Bucarest), Alessandri (de Rome), de Quervain (de Berne), Lorthiois et Jean Verhoogen (de Bruxelles), Koenig (de Genève), Lesniowski (de Varsovie), etc.

Le discours d'ouverture de M. le président Tixier était consacré à la *formation chirurgicale*. Ce très beau discours, d'une grande élévation de sentiments, a fait une vive impression.

Après avoir salué dans M. le maréchal Lyautey l'illustre soldat, le grand pacificateur et le merveilleux organisateur du Maroc, M. le président rappelle la mémoire des membres de l'Association disparus au cours de l'année : les professeurs Delorme et Jacques Reverdin, anciens présidents; Albert Reverdin, Henri Reynès, Gervais de Rouville, Dehelly, Ducroquet, Lepetit, Alexandre, Vinon.

Il aborde ensuite le sujet de son discours et envisage tour à tour la formation scientifique, la formation technique et la formation morale du chirurgien. Il montre quel rôle joue dans la *formation scientifique* française l'institution de l'internat qui serait plus féconde encore si les internes en chirurgie s'astreignaient, comme autrefois, à faire une année d'internat en médecine. Et M. le professeur Tixier indique quelle sanction donnent aux études les concours, ceux du prosectorat et des hôpitaux, en réalisant une sélection qui n'est pas soumise, comme la nomination directe, aux vicissitudes des fluctuations politiques.

Au sujet de la *formation technique*, M. Tixier insiste sur l'importance de l'habileté manuelle coordonnée avec le savoir et l'intelligence, sur le rôle fondamental de l'étude de l'anatomie et la pratique de la médecine opératoire, suivant les préceptes du grand maître Farabeuf.

La *formation morale du chirurgien* est d'une importance capitale. M. Tixier fait un bel éloge de la conscience professionnelle. N'est-ce pas une leçon vivante que la visite au lit du malade à l'hôpital?

« Toutes les indications thérapeutiques sont successivement et scrupuleusement envisagées. Les avantages et les inconvénients de chacune des interventions qui peuvent être proposées sont longuement discutés avec les assistants devant les élèves, les plus jeunes comme les plus anciens. L'opération est exécutée en public. L'opéré est transporté dans une salle ouverte à tous où chacun peut aller vérifier l'issue de la bataille. Cette grande, cette parfaite publicité de tous nos actes chirurgicaux est de tradition dans l'enseignement clinique en France. C'est un puissant facteur de probité...

« Qu'importent, ajoute-t-il, les passions humaines momentanément trompées. Condamner des hommes qui avec un désintéressement absolu mettent chaque jour gracieusement à la disposition de ceux qui le leur demandent tous les trésors de leur intelligence et de leur cœur, va à l'encontre de la traditionnelle conscience des foules. Ce sont elles qui depuis des siècles ont jugé la valeur morale des chirurgiens; non, les forces du prétoire ne prévaudront pas contre elles.

« Et l'exemple que nous ont laissé nos ancêtres, que nous donnent chaque jour nos maîtres, est plus puissant pour le maintien de la saine formation morale des chirurgiens français que les cours officiels de déontologie médicale, que les arrêts des associations médicales, que les jugements d'un conseil de l'Ordre... »

L'éducation du chirurgien doit être de plus en plus médicale, et, ainsi que l'a déjà fait Gosset, M. Tixier demande des associations médico-chirurgicales de plus en plus nombreuses, afin de ne pas disperser les efforts, de gagner du temps et de libérer le chirurgien de cette vie fiévreuse qui supprime pour lui la vie de famille. Pour la chirurgie comme pour les peuples, l'avenir est aux mieux organisés.

Le beau discours dont nous avons donné un bien pâle reflet a été accueilli par plusieurs salves d'applaudissements.

M. Grégoire, secrétaire général, donne lecture du rapport traditionnel. Après un hommage excellent au maréchal et au président, il dit tout ce que l'Association doit à son prédécesseur Auvray. Grâce à Auvray l'organisation matérielle est devenue parfaite, l'exposition a pris une envergure inaccoutumée. Cette charge écrasante, Auvray l'a supportée pendant plusieurs années avec une égalité de caractère, une aménité pour tous ses collègues que ceux-ci ont reconnues de la façon la plus élégante en le désignant pour la présidence de l'an prochain.

M. Grégoire, avec une modestie charmante, glisse sur son rôle personnel pour ne s'occuper que des progrès de l'Association. Cette année elle a encore réuni de nouvelles recrues parmi lesquelles nos amis de Tchéco-Slovaquie, de Pologne et de Belgique sont comme d'habitude les plus nombreux.

M. le maréchal Lyautey se lève au milieu d'une ovation; il se défend de faire un discours. Il ne veut qu'adresser des remerciements à ceux qui furent au Maroc ses meilleurs collaborateurs. Tour à tour étincelant d'esprit puis gagné par l'émotion il fait un magnifique éloge du *toubib* :

« Le toubib! ce nom vénéré des populations. Oh! non, pour elles, il n'est pas le médicastre dont on ricane, il est le toubib, nom vraiment *magique* au sens littéral de *magicien*. Pour ces populations primitives et réfractaires, une *cure heureuse*, une *opération réussie* par ces admirables chirurgiens de nos groupes mobiles, mais c'est une tribu pacifiée — et l'on se retrouve en pleine tradition évangélique : « Lève-toi, prends ton lit et va-t-en », avec toute la force de propagande, toutes les conversions qui émanaient du paralytique guéri. »

Le discours du maréchal, comme celui de M. Tixier, fut salué par d'interminables applaudissements.

Avant de commencer leurs travaux les congressistes se répandirent dans l'exposition si bien organisée par son commissaire général M. Mouly. Cependant que la salle des Pas-Perdus, libérée cette année, permettait les cordiales conversations de jadis.

F. L. S.

— Le soir, M. le Président offrit un dîner digne des grandes traditions lyonnaises, et ce dîner fut suivi d'un magnifique concert.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e - Tél. Auteuil 44-09

Les plus assimilables
des médicaments phosphorés
sont :

LA PHYTINE

et ses dérivés :

LE PHYTINATE DE QUININE
LA FERROPHYTINE
LE FORTOSSAN

dont la vogue ne cesse de croître en raison
de leurs résultats toujours satisfaisants.

Ces groupements organiques
éminemment aptes aux synthèses
DE L'ÊTRE VIVANT
justifient de plus en plus que ce n'est que
par leur découverte qu'a été résolu le
problème de la médication phosphorée
rationnelle

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS : Phytine, Ferrophytine
GRANULÉ : Phytine, Ferrophytine
COMPRIMÉS : Phytine, Phytinate de quinine
POUDRE : Phytine, Fortossan

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

257

XXXVIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1929 (1).

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Résumé du rapport de M. Bérard (de Lyon).

Historique. — Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire remonte à 1858, époque à laquelle Freund résèque 1 ou 2 centimètres du premier cartilage costal pensant que la localisation apicale de la tuberculose est due à l'exiguité de l'anneau costal supérieur.

Les résultats sont peu satisfaisants et l'intervention ne se généralise pas. Il en sera de même de l'audacieuse tentative de Tuffier, Doyen, Stretton et Mac Ewen qui, plus près de nous préconisèrent à titre de cure radicale l'ablation plus ou moins étendue du sommet pulmonaire malade.

De nos jours, la chirurgie du poumon n'agit pas directement sur le parenchyme. Elle exerce son action à distance; elle immobilise, comprime, anémie le poumon et facilite le processus sclérosant. C'est là ce qu'on appelle la « collapsothérapie ».

La technique peut varier suivant les cas, mais toujours elle vise à se substituer au pneumothorax artificiel, que celui-ci soit impraticable, ou que ses effets soient insuffisants.

Voici les procédés qui méritent d'attirer l'attention :

La *thoracoplastie* consiste à réséque un nombre plus ou moins considérable de côtes. Elle a été réalisée pour la première fois par Quincke; mais avant lui Romand de Cereville réséqua la cinquième côte chez un sujet cavitaire et cachectique qui succomba au quinzième jour. L'opération de Quincke aboutit à des excès, à de véritables désossements de l'hémithorax et les résultats furent souvent déplorables.

Wilms modifia cette technique et ne pratiqua que de courtes résections costales antérieures et postérieures.

Sauerbruch et Boiffin vulgarisèrent la thoracoplastie paravertébrale large.

La *phrénicotomie* entraîne la paralysie du diaphragme par section du nerf phrénique au niveau du cou. Mais l'expérience montra que cette paralysie n'était que transitoire et que bien vite le poumon cessait d'être au repos.

On lui substitua la *phrénicectomie* qui, par arrachement du phrénique, suppression des phréniques accessoires et des filets collatéraux assure l'immobilité complète de l'hémidiaphragme correspondant et par suite le repos du poumon.

Enfin, pour être complet, cet aperçu historique fait mention du *décollement pleuro-pariétal* de Tuffier qui réalise une sorte de pneumothorax extra-pleural.

Avant d'étudier les indications opératoires, les auteurs rappellent que le chirurgien peut intervenir dans deux cas très différents.

I. L'acte chirurgical cherche, à défaut d'une amputation impossible, à réaliser l'exclusion de l'organe. Il constitue un succédané de la méthode de Forlanini (thoracectomie ou phrénicectomie).

II. L'acte chirurgical ne vise plus que les complications pleurales d'une tuberculose pulmonaire avancée.

Les opérations d'indication pulmonaire. — *A.* Considérations générales. — Dans la moitié des cas, l'immobilisation du poumon malade et la diminution de sa circulation sanguine et lymphatique qui en sont la conséquence ne sauraient être obtenues par le pneumothorax artificiel.

Dans 5 p. 100 seulement des cas de tuberculose évolutive, la thérapeutique chirurgicale : thoracoplastie ou phrénicectomie, est applicable.

Il est donc souvent nécessaire de combiner les moyens d'action pour obtenir le meilleur collapsus possible car l'expérience montre que l'excellence du résultat est en rapport avec l'importance de ce collapsus.

Cette condition nécessaire au succès n'est pas cependant suffisante. Une condition biologique doit s'y ajouter qui représente la collaboration de la nature et qui n'est autre que la capacité de rétraction spontanée du tissu malade.

Les auteurs comparent dans leurs résultats les divers moyens dont nous disposons pour obtenir cette diminution de volume du poumon pathologique.

Le *pneumothorax* a l'avantage de donner un collapsus important et immédiat sans exposer le patient à de grands risques. De plus « il ne ferme aucune porte »; on peut le défaire après l'avoir fait. Par contre, il a l'inconvénient de ne pas être définitif et de nécessiter des manœuvres prolongées qu'il faut souvent suspendre en présence de certaines complications.

La *thoracoplastie* est un acte chirurgical sérieux. Ses risques sont atténués si l'intervention est faite en plusieurs temps; mais dans tous les cas elle a l'inconvénient d'être irréparable : elle ne peut pas se défaire. Elle procure par contre des résultats définitifs.

Deux conditions sont nécessaires pour réaliser une thoracoplastie, à savoir : la conservation d'un bon état général, et l'unilatéralité des lésions. Il ne suffit pas que le poumon opposé soit indemne, il est encore indispensable d'évaluer sa valeur fonctionnelle que l'emphysème et la sclérose peuvent toujours compromettre.

La *phrénicectomie* ne procure qu'un collapsus partiel inférieur à celui que donnent la thoracoplatie et le pneumothorax. Pour cette raison elle constitue surtout une ressource thérapeutique accessoire. Par contre, elle est susceptible de très larges applications, l'unilatéralité des lésions et la conservation d'un bon état général ne sont plus des conditions absolues de son indication.

B. Indications pulmonaires de la thoracoplastie. — Elle est indiquée surtout dans les lésions ulcéro-fibreuses anciennes symphysées, unilatérales et inactives quand le pneumothorax est impossible.

L'imbrication des côtes, la déviation de la trachée et du médiastin traduisent la tendance rétractile du parenchyme et sont la meilleure garantie du succès.

Les indications secondaires s'appliquent aux formes fibro-caséeuses à tendance fibreuse, unilatérales, subfébriles ou non, voire même aux formes fibreuses hémoptoïques quand l'état général est demeuré suffisant.

Enfin, elle constitue une excellente opération à la suite d'un pneumothorax abandonné ou à résultat médiocre lorsque notamment s'est développé un épanchement pleural suivi d'une pachypleurite adhésive.

Les auteurs estiment que les formes aiguës ou subaiguës ne fournissent que rarement des indications à la thoracoplastie. On peut dans ces cas obtenir des succès mais c'est au prix de gros risques, de complications post-opératoires et de généralisation. Ni l'âge, ni la grossesse ne s'opposent formellement à son emploi. Les affections organiques, surtout les insuffisances cardio-vasculaires, les lésions bacillaires du larynx, du rein et de l'intestin sont des contre-indications formelles.

C. Indications pulmonaires de la phrénicectomie. — Elles ne diffèrent que par leur étendue de celle de la thoraco-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

plastie car ici l'unilatéralité des lésions ne constitue plus un obstacle. Dans les tuberculoses fibro-caséeuses ou caséeuses de moyenne gravité, quand le pneumothorax a échoué et que la thoracoplastie est inapplicable, la phrénicectomie peut encore rendre des services.

La phrénicectomie peut donner d'aussi bons résultats dans les localisations de la base que dans celles du sommet.

Par contre, la localisation droite ou gauche des lésions à traiter n'est pas indifférente et il semble que les lésions droites soient plus favorablement influencées.

Un fait, d'apparence paradoxale, mérite d'être souligné : la fréquente discordance entre les résultats techniques de l'intervention et ses résultats médicaux. Un malade qui n'obtient qu'une ascension insignifiante de son diaphragme verra une amélioration rapide de son état général, tandis qu'un autre favorisé d'un résultat opératoire remarquable, ne bénéficiera que d'une amélioration relative.

D. Résultats. — Il faut distinguer :

1° *Les résultats immédiats* qui découlent de l'immobilisation du collapsus et des modifications circulatoires qui en sont la conséquence. Ils se traduisent par l'amélioration des phénomènes généraux.

2° *Les résultats tardifs* proportionnels à l'importance de la sclérose rétractile secondaire et qui sont les seuls à considérer du point de vue chirurgical.

La statistique des auteurs porte sur 350 observations; encore n'a-t-on retenu que les cas antérieurs à janvier 1929, un certain recul étant naturellement nécessaire pour augurer de l'issue de telles opérations.

Dans l'appréciation des résultats, les auteurs distinguent :

1° Des résultats bons et très bons,
2° Des améliorations,
3° Des résultats incomplets,
4° Des résultats nuls.

Résultats des thoracoplasties d'indication pulmonaire. — 98 malades ont été opérés. On a toujours pratiqué une thoracoplastie extra-pleurale en un ou plusieurs temps avec ou sans phrénicectomie.

Ces 98 opérations se répartissent de la façon suivante :

39 thoracoplasties totales (11 côtés) en 1 temps;

25 thoracoplasties totales, la plupart en 2 tempst 4 en 3 temps;

34 thoracoplasties partielles ayant porté sur un nombre de côtes variant de 6 à 8.

Les thoracoplasties totales furent pratiquées surtout de 1921 à 1925. Au début, les résultats furent très bons, puis les statistiques s'assombrirent, la léthalité post-opératoire passa de 8 p. 100 à 33 p. 100. C'est à ce moment que, pour diminuer les risques immédiats, la plastie fut faite en plusieurs temps et que systématiquement on la fit précéder d'une phrénicectomie. De plus, les malades furent toujours opérés après avoir été acclimatés depuis quelque temps dans un sanatorium d'altitude. Les résultats devinrent rapidement meilleurs. 30 interventions réalisées dans ces conditions ne donnèrent ni mort ni complication sérieuse.

Au total, on compte :

22 résultats très bons concernant des sujets opérés depuis un laps de temps variant de un an à seize ans.

18 bons résultats, tous sujets traités depuis un an au minimum et huit ans au maximum.

7 améliorations se répartissant comme suit :

1 sujet à pronostic favorable opéré depuis moins d'un an, et 6 autres sujets opérés l'un depuis six ans, 4 depuis quatre ans, 1 depuis trois ans.

Les 6 derniers malades, après une période satisfaisante, donnent présentement l'impression de décliner. Certains ont eu des hémoptysies et il est probable que sans l'intervention, ces sujets ne seraient plus vivants.

2 résultats nuls; sujets chez lesquels l'intervention n'a rien modifié, le processus tuberculeux se poursuivant et le pronostic demeurant très sombre.

18 décès post-opératoires, soit 28,3 p. 100.

Ces décès sont dus surtout à des accidents cardiaques, à des complications pulmonaires, à du shock.

C'est dans les tous premiers jours qu'apparaissent les accidents cardiaques, sous la forme habituellement de brusques défaillances du myocarde aboutissant à la syncope ou à l'asystolie suraiguë. Toute intervention doit être rejetée aussi longtemps que la tension maxima reste inférieure à 10.

Les accidents pulmonaires n'apparaissent guère qu'à la deuxième semaine; la pneumonie, la broncho-pneumonie et la granulie sont leurs formes les plus fréquentes.

Le coefficient de mortalité précoce est susceptible de s'abaisser si le chirurgien procède par anesthésie régionale chez les débilités, s'il sait choisir attentivement les malades à opérer, enfin s'il n'intervient qu'en milieu sanatorial avec la collaboration d'un personnel expérimenté.

Décès secondaires et tardifs. — La mortalité secondaire est assez considérable, 25 p. 100 des opérés sont morts dans des délais plus ou moins longs, mais ne dépassant pas six mois. 8 présentaient à l'autopsie de grosses lésions du parenchyme que l'examen pré-opératoire n'avait pas révélées.

Les décès tardifs, au nombre de 17, prouvent l'impuissance du traitement mécanique à empêcher chez certains sujets le réveil du processus tuberculeux, et l'infériorité d'une thérapeutique locale utilisée contre une affection qui atteint parfois tout l'organisme.

Résultats inconnus. — 6 malades opérés, 3 depuis huit ans, 1 depuis six ans, 1 depuis cinq ans et 1 depuis deux ans, n'ont pu être contrôlés récemment.

Aux dernières informations, l'un de ces malades, opéré depuis cinq ans, était considéré comme un bon résultat; deux autres malades, opérés depuis huit ans, étaient améliorés. Les trois autres étaient rangés dans les résultats nuls.

En résumé, la statistique des auteurs s'établit comme suit :

Très bons résultats..........	22 c.-à-d.	22,3 p 100
Bons résultats..............	18	18,3
Améliorations.............	7	7,1
Résultats nuls.............	2	2
Décès postopératoires.......	18	14,2
Décès secondaires ou tardifs..	25	25,5
Résultats inconnus..........	6	6,1
	98	

Sous formes de tableaux synoptiques les rapporteurs rappellent les statistiques de J. Alexander, Sauerbruch (de Munich), Roux (de Lausanne), Archibald (de Montréal) et Bull (d'Oslo).

Résultats de la phrénicectomie d'indication pulmonaire. — Il est clair que cette intervention ne peut être jugée que dans les cas où elle a été pratiquée seule à l'exclusion de toute autre opération.

Les auteurs ont réalisé 300 phrénicectomies, mais déduction faite de cas trop récents et de tous les cas où l'opération a été combinée à une thoracoplastie, pleurotomie ou pneumothorax, il ne reste que 120 observations utilisables.

De l'examen de cette statistique, il appert qu'au point de vue de la valeur du collapsus obtenu, cette opération vient après le pneumothorax et la thoracoplastie. Il n'en est pas moins vrai qu'elle représente une arme puissante contre la tuberculose.

Sur les 120 cas considérés on note 15 très bons résultats datant de un à quatre ans; 20 bons résultats datant également de un à quatre ans.

Les améliorations sont au nombre de 18 et s'étagent entre un an et cinq ans.

Les résultats nuls sont au nombre de 29.

Les décès immédiats ou secondaires au nombre de 20.

Les autres opérés n'ont pu être suivis et sont catalogués résultats inconnus.

D'une façon générale on peut dire que la phrénicectomie réussit surtout chez les sujets porteurs de lésions ulcéreuses graves, inactives, siégeant à droite et présentant une tendance naturelle à la rétraction.

Les succès sont plus rares dans les formes aiguës. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas nécessairement parallélisme entre les modifications anatomiques communiquées au diaphragme et les effets curatifs observés.

Traitement chirurgical des pleurésies purulentes chez les tuberculeux avec lésions pulmonaires. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — La thérapeutique de ces épanchements longtemps réduite à de timides ponctions est devenue plus audacieuse. Aux ponctions évacuatrices sont venues s'ajouter des réinsufflations prudentes, des lavages de la séreuse ou son blocage par la pratique de l'oléothorax.

Certains auteurs, rompant avec les dogmes du passé, sont allés jusqu'à conseiller la pleurotomie systématique.

Il n'y a pas, à vrai dire, de partisans exclusifs des procédés chirurgicaux, pas plus qu'il n'y a de défenseurs obstinés des méthodes sanglantes. Tous les phtisiologues savent qu'il y a, en effet, des circonstances urgentes, des situations tragiques qui ne peuvent se dénouer que par l'intervention du chirurgien. Le malheur est que certains d'entre eux n'acceptent l'acte chirurgical qu'à la toute dernière extrémité.

Les épanchements peuvent s'installer spontanément. Il s'agit, soit d'un empyème provoqué par l'évolution d'une lésion marquée du parenchyme, soit d'une bacillose pleurale primitive. Mais le plus souvent il s'agit d'un épanchement accompagnant un pneumothorax artificiel.

L'aspect et la nature du liquide permettent de distinguer :

Les épanchements puriformes.
Les épanchements pyoïdes.
Les épanchements septiques ou surinfectés.

Ces empyèmes peuvent atteindre de grandes dimensions et se fistuliser vers la paroi.

Une variété importante de fistules est représentée par les perforations pleuro-pulmonaires.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Elles sont dominées par plusieurs postulats : unilatéralité des lésions, absence d'autres localisations bacillaires graves, intégrité relative du cœur, du foie, du rein.

Epanchements puriformes. — Ceux-ci relèvent des ponctions, des réinsufflations, de l'oléothorax.

Epanchements infectants sans surinfection. — Bien que bon nombre des médecins français lui soient hostiles, le traitement sanglant peut être proposé en présence notamment de la chronicité des lésions, de la production d'infections et de fistules pariétales, mais surtout à l'apparition de perforations pulmonaires tardives.

Epanchements septiques et surinfectés. — Le traitement chirurgical s'impose, mais il diffère suivant qu'il y a ou non fistulisation.

S'il n'y a pas encore de fistule, on peut procéder par étapes : ponctions évacuatrices, puis phrénicectomie, et, si nécessaire, résection de quelques côtes.

S'il y a fistule, le temps presse, et il faut d'emblée se résoudre à la thoracoplastie et à la phrénicectomie.

Résultats des interventions chirurgicales pour suppurations pleurales chez les tuberculeux pulmonaires. — *Premier groupe.* — Il s'agit de malades dont le pyopneumothorax a été traité par un drainage chirurgical et le plus souvent une phrénicectomie surajoutée.

La statistique comporte 12 cas : 1 malade a succombé le jour de l'intervention; 5 malades sont morts de quelques semaines à quelques mois plus tard; 3 malades améliorés d'emblée ont été perdus de vue; 2 autres très améliorés bénéficieront sans doute d'une thoracoplastie secondaire; 1 autre, enfin, est en parfait état, exception faite de l'existence d'une fistule résiduelle dont il refuse le traitement chirurgical.

Deuxième groupe. — Il comprend les sujets dont l'empyème a été traité par thoracoplastie primitive ou secondaire à une pleurotomie.

La thoracoplastie primitive sans aucun drainage a été appliquée à cinq malades avec un succès complet datant de sept ans, une grande amélioration remontant également à sept ans, 1 mort opératoire, 2 morts secondaires.

La thoracoplastie précédée d'interventions évacuatrices a été réalisée 2 fois avec un succès marqué datant de six ans et une mort tardive au sixième mois.

La thoracoplastie succédant à une pleurotomie rassemble 9 cas avec 2 succès remarquables; 5 malades sont encore en cours de traitement et présentent des améliorations appréciables. Il y a eu un décès postopératoire par shock et un autre décès par granulie à la troisième semaine.

L'auteur termine son rapport en exposant la statistique d'Archibald et celle de Hauke.

Résumé du rapport de M. LARDENNOIS (de Paris).

Technique opératoire. — Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire s'adresse, soit à la tuberculose pulmonaire elle-même, soit à ses complications pleurales.

Il faut remonter à 1858 pour assister à la première tentative d'une thérapeutique chirurgicale de cette redoutable affection. A cette époque, Freund résèque en effet la première côte dans le but de donner plus d'expansion à la cage thoracique supérieure et par suite de faciliter la cicatrisation des lésions du sommet.

Cette opération est rapidement abandonnée.

Plus tard, Tuffier essaie de réséquer purement et simplement les portions malades du parenchyme. Cette opération n'a pas plus de succès que la précédente.

En 1888, Forlanini préconise le pneumothorax artificiel, et à peu près à la même époque Quincke invente la thoracoplastie.

Ce sont là deux progrès considérables. Depuis lors on a perfectionné les techniques, on a mieux compris les indications, mais la chirurgie en est restée à ces deux interventions qui méritent vraiment d'être appliquées au plus grand nombre de cas possible.

Le pneumothorax est l'opération fondamentale. Malheureusement elle n'est pas toujours réalisable. Des adhérences tenaces notamment peuvent s'opposer à sa réalisation.

On peut, en utilisant la technique de Jacobeus, rendre ses applications plus fréquentes. Voici en quoi consiste cette technique :

Une première insufflation ayant été faite, on peut, entre deux côtes, introduire un trocart et par la lumière de ce trocart explorer la cavité pleurale grâce à une petite ampoule électrique. Un second trocart est introduit à son tour dans la lumière duquel on fait pénétrer dans la cavité pleurale un galvanocautère de petite dimension. Ce galvanocautère va détruire les adhérences sans grand risque d'hémorragie. Ultérieurement la destruction des adhérences permet une nouvelle insufflation.

Mais les indications de la méthode de Jacobeus sont rares. Elle est plutôt à la disposition du médecin qu'à celle du chirurgien.

Les techniques vraiment chirurgicales sont :

La thoracoplastie,
L'apicolyse,
La phrénicectomie.

La thoracoplastie peut se faire en un ou plusieurs temps.

Réalisée en un seul temps, elle a l'avantage de donner rapidement une amélioration au malade, mais c'est alors une intervention sérieuse et « shokante ».

Sa technique n'offre rien de très difficile. On taille un grand lambeau cutané et musculaire permettant la résection dans leur partie moyenne et sur une grande longueur de toutes les côtes de la dixième à la deuxième incluses.

L'incision part en avant sous la clavicule, descend parallèlement au bord sternal, suit le rebord costal pour venir aboutir à l'angle de la dixième côte. Le désossement est considérable, l'affaissement thoracique très marqué.

L'opération en deux temps est moins déprimante pour le malade, mais elle n'est pas toujours acceptée jusqu'au bout et souvent le malade se contente du premier temps.

Si l'on opère en deux temps on résèque à chaque fois cinq ou six côtes. Deux ou trois semaines séparent chaque intervention.

Les risques opératoires sont considérablement diminués quand on pratique en même temps une phrénicectomie. Celle-ci permet de commencer la résection costale par les côtes supérieures et parfois elle permet aussi de limiter la thoracoplastie à la suppression des cinq ou six premières côtes.

Position de l'opéré. — La position classique est le décubitus latéral sur le côté sain, un coussin placé sous le flanc de manière à faire tomber l'hémithorax à opérer.

L'auteur conseille cependant la position assise, le thorax penché appuyé sur une table. Quel qu'ait été le mode d'anesthésie, jamais il n'a été nécessaire de faire allonger le malade.

Choix de l'anesthésie. — L'idéal est d'employer l'anesthésie locale ou régionale à la novocaïne.

Le sujet sera préparé par une injection préalable de scopolamine-morphine.

L'auteur se méfie de l'anesthésie générale que bien des chirurgiens cependant n'hésitent pas à employer.

L'anesthésie mixte : locale d'abord, puis complétée le cas échéant, d'une légère vapeur d'anesthésie générale est un procédé recommandable à condition de ne pas aller jusqu'à la suppression des réflexes.

La rachi-anesthésie est à déconseiller. Il en est de même de l'éthérisation rectale et des injections intraveineuses de somnifène et autres produits similaires.

Costectomies. — Dans les cas où l'on croit bon, à la manière de Roux (de Lausanne), d'étendre la costectomie de la première à la onzième côtes, on utilisera une incision partant du bord antérieur du trapèze à trois travers de doigt de la ligne épineuse et descendant parallèlement à cette ligne jusqu'à la neuvième côte pour se porter peu à peu en dehors jusqu'à la onzième côte.

La section de la première côte n'est pas toujours aisée. Les muscles grand dorsal, trapèze, rhomboïde et dentelés sont sectionnés après anesthésie des nerfs intercostaux dans leur gouttière sous-costale. Les côtes dénudées à la rugine de Doyen sont sectionnées au costotome de Farabeuf après que la plèvre a été refoulée par un protecteur en métal malléable.

L'auteur emploie volontiers un costotome à guillotine qu'il a fait fabriquer par Collin.

Hémostase soignée, drainage par deux drains et suture en trois plans des parties molles. Pansement compressif et immobilisation du bras par une ceinture, pour éviter les tiraillements douloureux.

Autres procédés de thoracoplastie : procédés de thoracoplastie de Duval, Jean Quénu et Henri Welti. — L'incision dans ce cas est tracée parallèlement au bord externe du grand dorsal et vient empiéter sur le bord inférieur du grand pectoral. C'est la thoracoplastie par voie axillaire. Elle a l'avantage de diminuer le nombre des sections musculaires. Elle permet d'atteindre aisément la première côte.

Voie d'abord sur la première côte. — Il existe aussi une « voie d'abord antérieure, de la première côte décrite par Bérard, Jacovici, Bernardleig et Lyon, une voie postéro-externe sus-scapulaire. Dans cette dernière on utilise une incision de 10 centimètres allant de l'articulation acromio-claviculaire au milieu d'une ligne menée de la mastoïde à la partie interne de l'épine de l'omoplate. Cette incision se recourbe en équerre vers l'angle supra-interne de l'omoplate sur une longueur de 4 centimètres. Le trapèze est sectionné, le nerf spinal dégagé est écarté en haut et en dehors, l'angulaire récliné en dedans.

Après section des vaisseaux scapulaires postérieurs, on suit le nerf du rhomboïde, on découvre enfin largement la première côte.

Accidents de la thoracoplastie. — La déchirure de la plèvre au cours des manœuvres de dénudation des côtes et la blessure d'un vaisseau de la région sous-claviculaire lors de l'attaque de la première côte sont les seuls accidents possibles.

Suites opératoires. — La température s'élève souvent jusqu'à 39. On note une fatigue extrême ; les extrémités sont froides. Il y a de la cyanose, de la tachycardie, de la dyspnée. Une toux fréquente entretient un état douloureux de tout le thorax et ceci dure plusieurs jours. Quand la thoracoplastie a porté sur le côté gauche, le refoulement du diaphragme entraîne une déformation de l'estomac avec distension de la poche à air gastrique.

L'épuisement cardiaque, une pneumonie tuberculeuse aiguë éclatant du côté opposé peuvent amener une mort rapide.

Tous ces accidents post-opératoires sont infiniment moins accusés quand on opère en plusieurs temps.

Interventions pour pyothorax tuberculeux. — S'il s'agit de traiter un pyothorax fermé ou un pyopneumothorax mal vidé par les bronches, il faut tout d'abord l'assécher par ponction. On s'exposerait, faute de prendre cette précaution à voir survenir une vomique mortelle.

La thoracotomie doit être réalisée alors en deux temps en procédant de haut en bas.

Apicolyse. — Elle suppose d'abord l'incision du deuxième espace intercostal. Le décollement inter pleuro-pariétal se fait ensuite très aisément et du bout du doigt.

Le difficile est de maintenir l'affaissement. On y arrive en utilisant la greffe d'un lipome à la façon de Tuffier, d'un muscle à la manière d'Archibald ; on peut encore tamponner à la gaze, au caoutchouc ou à l'aide de toute autre matière inerte.

Mais le procédé qui semble le meilleur est connu sous le nom d'apicolyse. Voici en quoi il consiste :

Le sujet est placé en decubitus dorsal, la tête en rotation opposée. Anesthésie régionale. Incision allant de l'articulation sterno-claviculaire du bord antérieur du trapèze, à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule.

L'aponévrose superficielle, la jugulaire externe et le cléïdo-mastoïdien sont sectionnés. Il en est de même de l'aponévrose moyenne et du tendon omo-hyoïdien. Le phrénique découvert

on coupe le nerf et l'on arrache son bout inférieur. Section des scalènes antérieur moyen et postérieur. Libération de la première côte et résection.

Il reste alors à sectionner l'appareil suspenseur de la plèvre par décollement poussé prudemment jusqu'à la hauteur de la troisième dorsale. La plèvre est affaissée jusqu'à la troisième côte. Elle demeure dans cette position sans qu'il soit nécessaire d'utiliser un moyen de compression quelconque.

Deux plans de sutures avec ou sans drainage filiforme terminent cette opération dont les suites sont d'ordinaire très simples.

Phrénicectomie. — Choix de l'anesthésie. — La solution de novocaïne à 1 p. 200 sans addition d'adrénaline permet une anesthésie locale suffisante. Toute anesthésie générale est à rejeter.

Il est de bonne pratique de faire au malade une injection préalable de scopolamine-morphine avec 2 à 5 centimètres cubes d'huile camphrée. Par voie buccale ou rectale, on prescrira 1 gramme d'aspirine ou d'antipyrine.

Position de l'opéré. — La meilleure est la position demi-assise sur une table d'opération pliée et légèrement basculée. L'épaule du côté où va l'acte opératoire porte « à faux » sur le bord de la table. La tête est tournée du côté opposé.

L'incision horizontale est préférable à l'incision verticale; elle est plus commode, plus sûre et plus esthétique. Elle doit être ni trop haute ni trop basse. Commencée à 4 centimètres au-dessus de la clavicule sur le relief du bord antérieur du trapèze, elle aboutit au bord du cléido-mastoïdien. La jugulaire externe est réclinée ou coupée, l'aponévrose sectionnée prudemment.

La sonde cannelée agrandit la brèche et ouvre l'aponévrose moyenne. Le doigt repère le relief du scalène antérieur. Le phrénique est rencontré dans la gaine de ce muscle en bas et en dedans de lui,

Le phrénique découvert, il importe de se rendre compte que le tronc reconnu rassemble la totalité des filets du diaphragme. En dehors du tronc principal, on recherchera le phrénique accessoire de Hovelacque. Les filets anastomotiques sont rassemblés, leur masse est soulevée par un crochet et l'on procède à leur section après les avoir bien dégagés de l'aponévrose. Le bout inférieur est saisi par une pince de Kocher, puis enroulé autour d'elle. Dès qu'une certaine longueur du nerf est dégagée on procède doucement à l'arrachement.

On peut compléter cette phrénicectomie par la résection du nerf sous-clavier.

Accidents possibles. — Burnand a rapporté un cas de mort rapide chez un diabétique.

Sauerbruch a blessé le tronc thyro-bicervico-scapulaire. On a signalé la blessure du canal thoracique avec fistule consécutive.

Mais ce sont là accidents exceptionnels. D'ordinaire, les suites opératoires sont simples.

La température baisse souvent de quelques dixièmes de degrés. L'expectoration est parfois augmentée. On note assez fréquemment une dyspnée passagère.

Suppression fonctionnelle temporaire du phrénique. — Elle peut être obtenue pour une durée de deux ou trois mois par l'alcoolisation, l'étirement ou l'écrasement du nerf.

Les résultats sont fort discutés.

DARIAU.

(*A suivre*).

TUBERCULOSE PULMONAIRE & PHTISIE DES GAZÉS

STATISTIQUES (1)

Par M. G.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce).

La fréquence relative du développement de la tuberculose pulmonaire chez les victimes des gaz a été l'objet d'appréciations différentes et parfois contradictoires.

En parcourant les mémoires consacrés à l'étude de cette question de 1915 à 1919, on est frappé du contraste existant entre les publications qui ont suivi les premières attaques par les gaz et les statistiques établies ultérieurement.

Les premières observations de M. Sergent, relatant 10 cas de tuberculose pulmonaire chez 16 intoxiqués en 1915, laissaient prévoir la place importante que l'intoxication par les gaz allait occuper dans le développement direct ou le réveil des foyers de tuberculose pulmonaire chez le soldat.

L'observation antérieure à la guerre de Renon et Latron, concernant le développement de la tuberculose pulmonaire dans un cas d'intoxication professionnelle par les vapeurs de chlore, ainsi que celles que nous avons pu recueillir avec Courtois-Suffit (2), au cours d'une inspection des établissements des poudres, faite en 1912, mettent en relief la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez certains ouvriers affectés à la fabrication de l'acide nitrique, enfin, l'observation de MM. Ménétrier et Martinez plaident dans le même sens que M. Sergent.

Dans la séance du 19 avril 1927, M. Achard est venu apporter à l'Académie des faits tendant à réviser la question des rapports de la tuberculose pulmonaire avec les intoxications par gaz de combat. D'une statistique dont les éléments furent puisés par MM. Flandin et Mouzon, dans son service à l'hôpital Beaujon, M. Achard constata l'existence de la tuberculose pulmonaire chez 19 malades sur 71 examinés, soit une morbidité de 25,7 p. 100.

Par contre, les travaux publics, de 1917 à 1920, donnent des pourcentages de tuberculose pulmonaire excessivement réduits. MM. Clerc, Louis Ramond et Guillaume relèvent, en 1917, chez les ypérités, 2 cas de tuberculose sur 441 malades, soit 0.45 p. 100; MM. Léon Bernard et Mantoux, 2 p. 100 en 1917; Léon Kindberg et Delherm 1,03 p. 100 en 1917, Moricheau-Beauchamp 1,03 p. en 1917, Grimbert 2,4 p. 100 en 1918, Barbier et Simonin 4 p. 100, Arloing et Euthymion 1,35 p. 100, Benmussen 3,80 p. 100. Enfin, l'opinion du docteur Albert Francine émise devant la Commission du Sénat américain, en 1924, à savoir que les intoxications n'avaient aucune influence sur le développement ultérieur de la tuberculose pulmonaire achevait de répandre la

(1) Communication à l'Académie de médecine, 8 oct. 1929.

(2) Courtois-Suffit. Etude des améliorations hygiéniques à apporter dans l'industrie des poudres et explosifs, p. 66 et 67. — Paris, Gauthiers-Villars, 1912. — Fabrication des poudres et explosifs. Etude d'hygiène médicale et toxicologie clinique, *Gaz. des hôpit.* 1912, n° 133, p. 1857; n° 135, p. 1889; n° 138, p. 1937.

plus grande obscurité sur les rapports de cette maladie avec les intoxications par gaz.

Orienté, d'une part, par les recherches anatomo-pathologique de M. Achard et, d'autre part, par mes observations recueillies pendant la guerre, il m'a paru indiqué d'établir une distinction entre deux groupes d'intoxiqués, les gaz suffocants produisant des affections bien différentes de celles produites par les gaz vésicants.

A part, les observations de MM. Clerc, Louis Ramond et Guillaume qui spécifient que leurs malades avaient été intoxiqués par l'ypérite, aucune autre ne fait mention de la nature de l'intoxication.

Mes fonctions d'expert près des Commissions de réforme m'ont permis d'élucider cette question en prenant mes observations depuis 1920, avec indication de la date des accidents primitifs et de la localité ou du secteur occupé par l'homme à ce moment, ou encore l'opération militaire à laquelle il avait participé, lors de son atteinte par gaz, afin de me permettre de repérer la nature de ce gaz.

Je n'ai fait état que des intoxications ayant nécessité au moins un mois d'hospitalisation. Enfin, j'ai éliminé les hommes faisant partie des armées de l'extrême Nord-Ouest ou des Vosges, secteurs que je n'ai pas connus.

On peut dire qu'au point de vue des intoxications par gaz, la guerre peut être divisée en deux périodes:

1° Période de 1915-16 comprenant les intoxiqués par le chlore ou les composés chlorés, avec cette circonstance aggravante qu'à cette époque la défense contre les gaz était encore très insuffisamment organisée.

2° Période de 1917-18, intoxiqués par le sulfure d'éthyle dichloré, gaz dit ypérite, pouvant à cette période utiliser des appareils de défense très perfectionnés.

Ce gaz fut employé, il est vrai, pour la première fois en 1915 à Ypres, d'où le nom sous lequel le sulfure d'éthyle dichloré est communément désigné. Mais dans les régions du centre du front, comme Verdun, par exemple, le chlore fut presque exclusivement utilisé en 1915-16.

L'action de ces gaz sur l'organisme fut très différente; les premiers (chlore) n'atteignant pour ainsi dire que l'appareil pulmonaire et produisant une affection d'une gravité exceptionnelle « le catarrhe suffocant », cause d'une grosse mortalité et atteignant d'après les travaux de M. Achard les alvéoles pulmonaires.

Les seconds (ypérite) produisant des indisponibilités massives mais pour ainsi dire pas de mortalité et se localisant surtout sur les yeux, les téguments, le pharynx, le larynx, puis sur le tube digestif par ingestion d'aliments imprégnés de ce gaz. Les accidents pulmonaires, en général tardifs, paraissent être en partie la conséquenée des brûlures très étendues de la surface cutanée.

Dans ces conditions mes recherches ont porté sur 5.766 sujets dont 2.397 gazés et 3.369 tuberculeux, ce dernier chiffre comprend les tuberculeux antérieurement intoxiqués à savoir, 278 tuberculeux gazés donnant un pourcentage de 8,20 p. 100.

La répartition des malades atteints de tuberculose pulmonaire, appartient, en tenant compte de l'époque à laquelle chacun des malades a été pensionné, à 100 p. 100 *pour la première fois* donne les pourcentages suivants :

44 p. 100 entre 1915 et 1921;
38 p. 100 entre 1922 et 1924;
15 p. 100 entre 1925 et 1928.

Les gazés appartenant au premier groupe 1915-1916 (chlore) ont été au nombre de 320 seulement pour 2.077 appartenant au deuxième groupe (ypérite).

La comparaison de ces chiffres exprime peut-être la moindre fréquence de l'emploi de ce gaz comme l'admet M. Achard, mais aussi la mortalité qu'il a causée.

La tuberculose pulmonaire a atteint 70 hommes dans le premier groupe soit 21,87 p. 100 et 208 pour le second, soit 8,67 p. 100.

Ainsi se justifient les chiffres assez élevés des tuberculeux signalés chez les gazés de 1915-1916 et par contre les chiffres moins élevés dans la période de 1917-1918, à ce point que l'influence des gaz sur le développement de la tuberculose pulmonaire paraît avoir été nulle dans l'armée américaine, entrée en ligne il est vrai seulement en mai 1918. (Docteur Francine. *Arch. de méd. milit.* août 1924.)

Mais à côté et en plus de leur action sur le développement de la tuberculose pulmonaire les intoxications par les gaz ont été chez un assez grand nombre de sujets le point de départ d'accidents pulmonaires qui par leur gravité ont souvent donné le change avec la tuberculose et ont été causes d'une invalidité signalée par M. Sergent comme pire que celle produite par la tuberculose. Il s'agit de sujets qui, à partir du moment de l'intoxication ont présenté *un amaigrissement progressif*, s'accompagnant d'emphysème pulmonaire compliqué de bronchite chronique avec crises d'asthme et, pour un certain nombre, de dilatation des bronches. C'est dans ce groupe que se classent les médiastinites, auxquelles M. Sergent a consacré une étude complète. Ce groupe d'intoxiqués a été désigné par M. Achard sous l'expression de pseudo-tuberculeux. Ces malades ont l'allure de véritables phtisiques justifiant ce diagnostic, présentant un état plus grave que celui d'un grand nombre de tuberculeux puisqu'avec l'âge, leur état ne pourra que s'aggraver.

Ils figurent dans ma statistique avec un pourcentage de 26,50 p. 100 pour les intoxiqués de 1915-1916 et de 18,55 p. 100 pour ceux de 1917-1918.

Si la différence est considérable entre ces deux groupes au point de vue de la tuberculose; elle n'est plus aussi marquée au point de vue de cette forme spéciale d'affection pulmonaire qui paraît bien être le résultat propre de l'intoxication.

Il y a lieu de remarquer que les malades faisant l'objet de cette note, représentent seulement ceux chez lesquels l'intoxication a été assez grave pour nécessiter une hospitalisation de quelque durée, et qui ont été envoyés en *surexpertise* par le Centre de réforme.

En conséquence, les pourcentages chiffrés précé-

demment indiquent des maxima qui vraisemblablement doivent être réduits de moitié.

En résumé : si les gaz *suffocants* paraissent bien jouer un rôle important dans le réveil d'une tuberculose pulmonaire latente, il n'en est pas de même pour l'ypérite dont l'action sur le développement de cette affection semble très limitée.

Par contre l'influence de ce dernier gaz est quoi qu'à un moindre degré, analogue à celle des composés chlorés sur le développement de la *phtisie des gazés*, affection qui d'autre part est moins fréquente chez les gazés de 1917-1918, époque à laquelle les moyens de défense étaient beaucoup plus perfectionnés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1929)

Sur l'amylase du sérum de cheval et les variations de son activité en fonction des saignées successives. — M. BROCQ-ROUSSEU, Mlle Z. GRUZEWSKA et M. G. ROUSSEL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1929)

Notice. — M. MARCHOUX lit une notice nécrologique sur M. Capitan, récemment décédé.

Equilibre protéique du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS. Dans la tuberculose pulmonaire, le quotient albumineux du sérum est très souvent abaissé par diminution de la sérine et augmentation des globulines, et il paraît exister un rapport entre cet abaissement et l'atteinte de l'état général. Sur 32 cas examinés, 4 fois seulement le quotient était normal (1,23 à 1,88) dans des formes fibreusea et apyrétiques; 7 fois subnormal (1 à 1,10) dans des formes ulcéro-caséeuses stabilisées; 10 fois bas (0,80 à 1) dans des formes évolutives; 10 fois très bas (0,43 à 0,80) dans des formes avancées avec cachexie. Dans un cas où une poussée évolutive s'est arrêtée, le quotient s'est relevé de 0,77 à 1,02. Dans un autre cas, qui fait exception, le quotient n'était pas très abaissé (1), mais le malade avait de l'œdème et les protéines totales étaient très diminuées (53).

La recherche du quotient albumineux paraît avoir un certain intérêt pronostique.

Ses modifications semblent indépendantes de la fièvre des hémoptysies, des lésions locales. Peut-être y a-t-il destruction de sérine et surproduction de globuline.

La pénétration du virus poliomyélitique à travers la muqueuse du tube digestif du singe, et sa conservation dans l'eau. — MM. C. LEVADITI, C. KLING et P. LÉPINE ont entrepris la vérification expérimentale de l'hypothèse étayée sur les observations épidémiologiques, suivant laquelle la poliomyélite serait transmissible par l'eau, ce qui assignerait à la voie digestive un rôle de première importance comme porte d'entrée du virus.

Ils montrent, d'une part, qu'en s'adressant à l'espèce *macacus cynomolgus*, il est possible de conférer la poliomyélite au singe par administration digestive du virus (sonde stomacale), soit sous forme d'émulsion dans l'eau isotonique, soit sous forme d'eau de conduite contaminée. La maladie apparaît le plus souvent après la troisième injection et aboutit rapidement à la mort. Le névraxe de l'animal présente dans tous les cas des lésions typiques et se montre virulent.

Le même résultat peut être obtenu par injection directe de virus dans l'anse intestinale après laparotomie.

D'autre part, les auteurs montrent qu'il est possible de conserver longtemps le virus poliomyélitique à l'état de dilution dans l'eau de conduite. Une telle « eau contaminée », gardée à la température de la chambre, était encore virulent cent quatorze jours après sa préparation.

Les faits rapportés dans cette note préliminaire sont de nature à renforcer considérablement l'hypothèse de l'origine alimentaire de la poliomyélite (eau, lait).

Phtisie des gazés et tuberculose pulmonaire. — M. G. LEMOINE (du Val-de-Grâce). [Voir plus haut, p. 1453.]

La vaccination antidiphtérique à l'Académie. (*Présentation d'un dispositif instrumental*). — M. L. CAMUS rend compte des vaccinations antidiphtériques qui depuis un an ont lieu à l'Académie tous les jeudis à 3 h. Il présente un appareil qui simplifie, pour de nombreuses inoculations, la technique des injections grâce au prélèvement automatique de l'anatoxine et à son injection faite mécaniquement par un déclanchement au moyen d'un fil souple. Un chiffre bien en évidence, sur le bouton de manœuvre, permet de constater que la quantité employée correspond bien à l'injection désirée.

La manipulation se réduit à changer l'aiguille après chaque injection. L'opérateur n'a plus en main que l'aiguille montée sur le tube distributeur, il la dirige plus sûrement qu'on ne peut le faire avec une seringue, et évite plus facilement son déplacement et sa rupture si le sujet fait un brusque mouvement. Il a été pratiqué depuis un an 2.400 inoculations à l'Académie.

Relativement aux suites des vaccinations aucun accident n'a été signalé et les quelques petits incidents qui se sont produits (élévation de température, gène locale après l'injection) ont été tout à fait insignifiants.

La statistique municipale ne permet pas encore d'apprécier très exactement l'influence générale de la vaccination sur le recul de la diphtérie mais dès maintenant le public se montre empressé à cette vaccination dont il a apprécié la simplicité, la rigueur de la technique, comme aussi la rareté et le peu d'importance des petits ennuis qui peuvent se produire. De toutes parts des efforts sont faits pour sa plus grande diffusion.

Le ministre de l'Hygiène qui attache une grande importance au développement de la vaccination antidiphtérique vient de donner à l'Académie la possibilité de décerner *cette année* des récompenses aux plus zélés vaccinateurs. *Dès maintenant et jusqu'à la fin du mois les demandes de récompenses adressées aux préfets sont centralisées au ministère de l'Hygiène et seront soumises prochainement au jugement de l'Académie.*

Election de trois membres à adjoindre à la section de pharmacie pour la présentation des candidatures : MM. Pouchet, Desgrez et Tiffeneau sont élus.

Stations thermales du Centre de la France, par MM. DESGEORGES (Vichy), DU PASQUIER (Saint-Honoré), HEITZ (Royat), MACÉ DE LÉPINAY (Néris), MAZERAN (Châtel-Guyon), PERPÈRE (Mont-Dore), PIATOT (Bourbon-Lancy), PIERRET (La Bourboule), SÉRANE (Saint-Nectaire). Préface de M. le professeur CARNOT. Un volume de 80 pages. In-8 jésus sur papier d'alfa. — Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

REMPLACEMENT

Le 25 novembre 1927, une dame V... est décédée des suites d'un accouchement. Le mari estimant que les deux médecins qui l'avaient soignée étaient responsables du décès, les assigna devant le Tribunal correctionnel de Marseille pour homicide par imprudence, leur demandant 100.000 fr. à titre de dommages-intérêts.

Le docteur C... avait pratiqué l'accouchement en remplacement du docteur Q... Il n'était pas encore docteur en médecine au moment de l'accouchement; mais il avait été précédemment habilité par l'administration à pratiquer l'art médical dans la localité où se trouvait la dame V... et où elle est morte. En fait, il avait toutes ses inscriptions et il ne lui manquait qu'à passer sa thèse, ce qui apparaissait n'être qu'une simple formalité; car, comme le dit le jugement du Tribunal correctionnel des Bouches-du-Rhône (Section de Marseille), il était ancien interne des hôpitaux de la maternité et avait la réputation de connaître son art parmi ses maîtres et collègues.

Ce jugement qui porte la date du 4 mai 1929 a posé la question de savoir si M. C... avait commis une maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements permettant l'application de l'article 319 du Code pénal. Il a repondu négativement.

Un certain nombre de médecins appelés pour donner leur témoignagne attestèrent que la médication employée par le docteur C... était la seule indiquée pour le cas de Mme V... et qu'eux-mêmes n'auraient pas pratiqué autrement. En présence de l'avis unanime de ces médecins, le Tribunal n'a pas ordonné d'expertise; c'est avec raison.

Quant au docteur Q... le Tribunal dit qu'il s'agit d'un cas négatif : Il n'a pas assisté à l'accouchement et ne l'a pas pratiqué; il a envoyé à sa place C..., pour quelle raison? Il était malade; il est certain qu'un médecin a le droit d'être malade, d'être indisposé et de déléguer à sa place un de ses confrères; et en l'espèce, ce médecin, réformé de guerre, 15 p. 100, a délégué ses pouvoirs à son collègue à cause de la famille V..., car il estimait que son état maladif le constituait en état d'infériorité pour pratiquer l'accouchement;

« Attendu que cela ne constituerait l'imprudence, la négligence, l'inobservation des règlements que s'il avait envoyé à sa place n'importe qui; or c'est un médecin, ancien interne des hôpitaux, qui a pratiqué de nombreux accouchements à la Maternité de Marseille dont la compétence est affirmée par ses maîtres et ses pairs, qu'il connaît, en qui il a confiance ».

Le Tribunal recherche vainement le principe d'une faute dans le fait du remplacement, dès l'instant que le médecin remplaçant offrait toutes garanties professionnelles.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

GRANJUX

Nous apprenons avec une vive tristesse la mort, à Paris, de notre excellent confrère et ami le docteur Granjux.

Ancien médecin militaire, ancien adjoint à la 7e direction, notre confrère avait quitté l'armée, il y a plus de trente ans, pour se consacrer au journalisme médical. Au *Bulletin médical*

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens
NÉOLYSE
et néolyse radioactive
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

SCILLARÈNE
"SANDOZ"
Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille
CARTIO-TONIQUE POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS — LE DIURÉTIQUE AZOTURIQUE
GOUTTES
xx, 2 à 8 fois par jour
AMPOULES A 1 CC
(injections endo-veineuses)
1/2 à 1 par jour
COMPRIMÉS
2 à 8 par jour
PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS (10e).
M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons :
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). – Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour. } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). } Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES
Établts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

CITROFLUYL

CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE – INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIE – VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

Laboratoires
WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS

CITROCARBINE

CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE

PUB. PICARD

il fut longtemps, avec notre ami Janicot, le secrétaire de la rédaction. Puis il fonda le *Caducée*, organe de la médecine militaire dans lequel il défendit avec vigueur les intérêts de ses anciens camarades. Pendant de très longues années Granjux fut aussi secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale française*. Il était vice-président de l'Œuvre Grancher à laquelle il se consacrait avec un très grand dévouement.

Granjux était un homme d'une haute conscience et d'une droiture parfaite, il apportait à la défense de tout ce qu'il croyait juste une ardeur passionnée qui lui valut certainement beaucoup d'adversaires mais sans nul doute aucun ennemi.

Nous nous inclinons avec respect devant la mémoire de notre confrère et nous prions sa famille de recevoir l'expression de notre très profonde sympathie. F. L. S.

INFORMATIONS

(SUITE)

2° Candidats à 4 inscriptions (médecine) : certificat universitaire constatant que l'élève a subi avec succès les examens afférents à sa scolarité;

3° Candidats pharmaciens stagiaires : *a*. Acte de naissance sur papier timbré;

b. Diplôme de bachelier ou certificat en tenant lieu;

4° Candidats pharmaciens à 4 inscriptions : certificat universitaire constatant que l'élève a subi avec succès les examens afférents à sa scolarité.

En raison du délai indispensable à la confection du trousseau (mesures, essayages, etc.), il est recommandé aux élèves d'arriver à l'école avec les vêtements, le linge et les chaussures nécessaires pour un mois.

Il y a lieu de noter qu'à cette époque de l'année et sous le climat de Lyon il importe de se munir de vêtements chauds (sous-vêtements et manteau).

En outre, tous les admis devront se munir d'une somme de 250 fr., montant de la masse individuelle.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE. — Le premier Congrès international de microbiologie, organisé par la Société internationale de microbiologie, se tiendra à Paris, à l'Institut Pasteur, du 20 au 25 juillet 1930.

Inscriptions. — Les personnes qui désirent prendre part au Congrès devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (100 fr. français) au trésorier du Congrès : M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Les demandes d'inscription sont reçues jusqu'au 1er juin 1930.

Il n'est pas nécessaire, pour s'inscrire, de faire partie de la Société internationale de microbiologie.

Communications. — Les congressistes pourront présenter des communications aux conditions suivantes :

a. Elles devront se rapporter à l'un des sujets suivants :

Variabilité microbienne. Phénomènes lytiques. Formes filtrantes des virus neurotrophes. Scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique). Choléra (pathogénie). Grippe (étiologie). Fièvre ondulante et avortement épizootique.

Lipoïdes dans l'immunité.

Culture des tissus. Groupes sanguins.

Spirochétose ictéro-hémorragiques (maladie de Weill) et la formation de la matière humique.

b. Elles seront rédigées dans l'une des cinq langues suivantes : allemand, anglais, espagnol, français, italien.

c. Elles ne comprendront aucun historique, mais seulement des faits précis et le résumé des recherches que l'auteur a poursuivies sur la question.

d. Un même congressiste ne pourra présenter plus de deux communications. Des communications collectives pourront être faites, si l'un des auteurs est présent.

e. Chaque auteur de communication devra adresser au secrétariat du Congrès un résumé de sa communication. Ce résumé sera écrit à la machine et ne pourra dépasser 300 mots. Si les résumés ont l'approbation du Comité, ils seront imprimés et distribués à tous les congressistes au moment de l'ouverture du Congrès.

Ces résumés seront rédigés dans l'une des cinq langues citées plus haut, ils devront parvenir avant le 1er mai 1930 à l'un des secrétaires généraux : M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris; M. le professeur Gildemeister, Reichgesundheitsamte, Berlin (Dalhem); M. Harry Plotz, Institut Pasteur, Paris.

f. Le temps fixé pour chaque communication sera de dix minutes.

g. Les auteurs devront mentionner si les communications seront accompagnées de projections ou de films cinématographiques. Les clichés de projection devront être de format 8,5 × 10 et le film de la dimension « standard » (dans le cas contraire, s'entendre directement avec le secrétariat). Le courant électrique fourni par l'Institut Pasteur est du courant continu de 110 volts.

Des conférences seront faites sur : la vaccination antituberculeuse (professeur Calmette); la vaccination antidiphtérique (professeurs Park et Ramon); syphilis expérimentale et immunité (professeur Koll); les lipoïdes (professeur S. Belfanti); immunité chez les plantes (professeur Carbone) et sur des sujets de parasitologie (professeurs Brumpt, Fülleborn, Nesnil, Nuttal).

Des démonstrations pratiques auront lieu.

Une commission s'occupera spécialement des questions de nomenclature.

Voyage et logement. — L'Agence Thos Cook et Son, en coopération avec la Compagnie internationale des Wagons-lits, 2, place de la Madeleine, à Paris, se charge de fournir tous renseignements et devis concernant le déplacement à Paris des congressistes et de leur fournir les billets de parcours, de leur réserver les chambres dans le genre d'hôtel choisi, etc.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur A. Gauchas, ancien interne des hôpitaux de Paris; le professeur P. G. Spinelli, le grand gynécologue de Naples; les docteurs Fiterre (de Cuba); Adelward (de New-York), ancien médecin de l'impératrice Eugénie; Georges Auriat (de Rabat); le professeur A. Pugnat, professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Genève.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé, médecin des hôpitaux; J. Darquier, J. Decourt, J. Christophe, P. Schmite, chefs de clinique; P. Léchelle, médecin des hôpitaux; P. Mathieu, J. Perisson, N. Peron, A. Thévenard, anciens chefs de clinique; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la clinique; Aubry, oto-rhino-laryngologiste de la clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons; la première série commencera le lundi 21 octobre, à 14 h., à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après midi; la deuxième série commencera le lundi 4 novembre, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

- **AMPOULES** Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
- **COMPRIMÉS** 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
- **GRANULÉ** 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES

CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE.
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL - PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

ELIXIR GREZ ET PILULES

DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE

CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.

OPOTHÉRAPIE

TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique

Dialyl

Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LAIT ALLÉGÉ
" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LE LACTO-SÉRUM
"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

PURGATIF LACTÉ
"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

N° 83. — MERCREDI 16 OCTOBRE 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 16 OCTOBRE 1929. — N° 83.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 10 octobre. — Questions données : « Zona intercostal. — Symptômes et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

MM. Noline, 21 ; Gillon, 14 ; Reix, 15 ; Albeaux, 25 ; Courtial, 17 ; Feuillastre et Aboulker (R.), 13 ; Cuvillier, 25 ; Brincourt, 13 ; Chevallier, 25.

Séance du 12 octobre. — Questions données : « Signes, formes et diagnostic du cancer du foie. — Fracture de la rotule. »

MM. Boudin, 27 ; Herbert (J.), 23 ; Baussan, 22 ; Mlle Girardeau, 16 ; MM. Soleil (André), 22 ; Villechaize et Couder (R.), 27 ; Bourgeois (R.), 29 ; Mlle Kahn, 14 ; M. Hermann (P.), 20.

— Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Paraf, Oberlin, qui acceptent ; Turpin, Levesque, Coste, Maurer, Wilmoth, Huet, Halphen, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'aide d'anatomie. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Arrière-cavité des épiploons. — Sécrétion gastrique. »

MM. Luzuy, 25 ; Couvelaire, 26 ; Audouin, 24 ; Guillot, 28 ; Hussenstein, 22.

— Concours d'électro-radiologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hautaud, qui accepte ; Le Mée, Lemaître, Bourgeois, Rouget, Heuyer, Deniker, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Assistants de consultations. — Un certain nombre de places d'assistant des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Au cours de son Assemblée générale l'Association a élu vice-président pour 1930, M. le professeur Lambret (de Lille).

Le Congrès de chirurgie de 1930 sera présidé par M. Auvray, vice-président pour 1929.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Pancréatites chroniques.* — Rapporteurs : MM. Brocq et Miginiac.

2° *De la préparation des malades aux opérations.* — Rapporteurs : MM. Lambret et Sauvé.

3° *Spondylite traumatique (maladie de Kummel-Verneuil).* — Rapporteurs : MM. Froëlich et Albert Mouchet.

LÉGION D'HONNEUR. — Guerre. — Tableau de concours pour 1929 :

Officier. — Médecin commandant Baur (Levant).

Cchevalier. — Médecin capitaine Bidault (Levant).

(Troupes coloniales.) M. le médecin capitaine Chambon (Cameroun). M. le médecin lieutenant Morvan (Maroc).

MARINE. — Service de santé. — M. le médecin en chef de 1re classe Dargein a été maintenu définitivement dans les fonctions de médecin chef de l'hôpital Sainte-Anne, fonctions qu'il remplissait concurremment avec celles de professeur à l'Ecole d'application de Toulon.

M. le médecin en chef de 1re classe Oudard, professeur à

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

l'Ecole d'application de Toulon, a été désigné pour continuer ses services à Paris au Conseil supérieur de santé, en remplacement de M. le docteur Cazamian, appelé à d'autres fonctions.

M. le médecin en chef de 1re classe Cazamian, désigné pour remplir les fonctions de médecin de la 1re escadre, embarquera sur le cuirassé *Provence* le 18 novembre 1929.

— Ont été nommés, après concours, aux emplois ci-après :

POUR UNE PÉRIODE DE CINQ ANS COMPTANT DU 1er NOVEMBRE 1929. — *Professeur de physiologie et d'hygiène à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.* — M. Charpentier, médecin de 1re classe.

Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort. — M. Ginabat, médecin de 1re classe.

Professeur d'histologie et d'embryologie aux trois écoles annexes de médecine navale. — MM. les médecins de 1re classe Daoulas, Paponnet et Moreau.

Professeur de physique biologique à l'école annexe de Toulon. — M. Bastian, pharmacien chimiste de 1re classe.

Professeur de chimie biologique aux trois écoles annexes de médecine navale. — MM. les pharmaciens chimistes de 1re classe Boucher, Perret et Islin.

POUR UNE PÉRIODE DE CINQ ANS COMPTANT DU 1er DÉCEMBRE 1929. — *Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application de Toulon.* — M. Perves, médecin de 1re classe.

POUR UNE PÉRIODE DE TROIS ANS COMPTANT DU 1er DÉCEMBRE 1929. — *Adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'Ecole d'application de Toulon.* — M. Pirot, médecin de 1re classe.

POUR UNE PÉRIODE DE DEUX ANS COMPTANT DU 1er NOVEMBRE 1929. — *Prosecteurs d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale.* — MM. les médecins de 1re classe Fougerat et Barrat.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — LABORATOIRE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE DE L'ALLIER. — Un concours sur titres est ouvert à la préfecture de l'Allier, à Moulins, pour un poste de chimiste-directeur du laboratoire départemental d'hygiène effectuant les analyses bactériologiques et chimiques (eaux, urines, sangs, terres, engrais, etc.).

Le directeur du laboratoire est assimilé aux chefs de division de la préfecture (traitement de 22.000 à 30.000 fr. par échelonnements successifs). Il percevra, en outre, diverses indemnités.

Les candidats sont invités à faire parvenir leur demande à la préfecture de l'Allier le 20 octobre 1929.

DISPENSAIRES DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône.

Il aura lieu à Vesoul dans les premiers jours de décembre.

Les candidats à cet emploi devront être français, âgés de moins de cinquante ans, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme (Etat) de docteur en médecine.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (cabinet) avant le 1er novembre 1929 et être accompagnée des pièces suivantes :

Adresse exacte; acte de naissance sur timbre; copie certifiée conforme du diplôme de docteur; extrait du casier judiciaire; certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire; certificat délivré par un médecin assermenté constatant que le candidat n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatible avec l'exercice de fonctions très actives; exposé des titres, travaux, états de service et références en matière de phtisiologie; engagement en cas de nomination :

a. De se consacrer uniquement à ses fonctions (examen des tuberculeux et des suspects de tuberculose, examens cliniques et radiologiques, dans les trois Dispensaires antituberculeux de Vesoul, Gray et Lure, et service de consultations et de prophylaxie au Dispensaire antivénérien de Vesoul, constitué en Dispensaire mixte).

b. De renoncer à faire de la clientèle.

(Toutefois, il pourra aller en consultation avec un médecin qui l'aura appelé pour examen de malades, création ou entretien de pneumothorax artificiel.)

c. De rester en fonctions dans le département de la Haute-Saône pendant une durée minimum de trois ans.

d. En cas de démission ou de nomination à un autre poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le Département de la Haute-Saône pendant trois mois au minimum.

e. En cas de cessation de ses fonctions, pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer, comme médecin praticien, dans le Département de la Haute-Saône, avant le délai de cinq ans.

Le médecin des Dispensaires sera astreint à un stage payé d'un an, avant d'être titularisé dans ses fonctions.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vitry-sur-Seine.

Le traitement alloué est fixé à 6.000 fr. par an. Le titulaire recevra, en outre, 500 fr. d'indemnité de direction et 600 fr. d'indemnité de résidence.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de titres, justifications ou références.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Dufour, médecin en chef de la marine en retraite, décédé au Havre.

HÔPITAL COCHIN. — Un cours d'endoscopie urinaire, sous la direction du docteur Chevassu, commencera le lundi 21 octobre 1929 au service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, pavillon Albarran.

Ce cours comportera 24 leçons, il sera complet en deux semaines.

S'inscrire au laboratoire de bactériologie du pavillon Albarran.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

HOMME JEUNE
EXPÉRIMENTÉ
Cherche place Infirmier (Chir., Méd., ou Sanatorium)
LIBRE DE SUITE
Tient références et certificats à disposition.
S'ADRESSER BUREAU DU JOURNAL

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

LE PREMIER
EXTRAIT ORGANIQUE
HYPOTENSEUR

ANGIOXYL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE

DANS
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ANGINE DE POITRINE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

POSOLOGIE
une ampoule de 2 c.c. en injection
quotidienne hypodermique ou
intramusculaire pendant 18 jours

AUCUNE CONTRE INDICATION

LA BOITE DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contenant
20 unités cliniques hypotensives
PRIX 25 Fcs

LITTERATURE & ECHANTILLONS
J.B. FIALIP, PH^CIEN
97, RUE DE VAUGIRARD
PARIS (6e Arrt)
Téléph : LITTRÉ 68-24

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE BISMUTH OLÉO-SOLUBLE

Cardyl

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

INJECTIONS
INTRA MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86 rue Vieille du Temple PARIS 3e

LES
SÉRODAUSSE

sérum activé de jeune taureau

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SENILES

PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL

OVARIENE

sérum activé de génisse

HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES

INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)

sérum de jeune bovidé en croissance

INFANTILE

FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)

RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÈS, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)

LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par le docteur P. GASTINEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

I. DERMATOLOGIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le rôle de l'idiosyncrasie et de l'allergie en dermatologie. (Bruno Bloch. *Arch. of dermatol. and syph.*, fév. 1929, vol. XIX, n° 2.) — L'auteur cherche à expliquer comment la notion d'allergie a pu être étendue à un groupe d'affections très différentes comme l'eczéma, l'urticaire, l'œdème, l'asthme, etc. Il apporte une définition de l'allergie. Il est heureux qu'un auteur aussi qualifié que lui précise le sens d'un mot qui, à l'heure actuelle, est trop souvent employé avec des compréhensions très différentes. Il définit l'allergie: « Propriété de certains groupes de cellules de l'organisme vivant, de réagir d'une manière spécifique au contact des substances étrangères à cet organe ou à ces cellules. Ce qui caractérise ce processus pathologique spécifique, c'est d'être causé par le contact de cette substance exogène avec son anticorps cellulaire spécifique. Le fait essentiel de l'allergie, c'est l'habileté de la cellule vivante de réagir à l'antigène par la production d'anticorps spécifiques. Du contact de l'antigène avec l'anticorps cellulaire spécifique résulte un trouble de la vie cellulaire qui se traduit ordinairement par une réaction inflammatoire ».

Suivant la localisation de l'anticorps, la réaction varie et la qualité de cette réaction dépend du groupe cellulaire qui localise l'anticorps. Leur siège dans les bronches, dans la peau ou le tissu conjonctif produit l'asthme, l'érythème, l'eczéma ou l'urticaire. Les anticorps cellulaires peuvent passer dans le sang, anticorps libres par opposition à anticorps sessiles. La présence des anticorps dans le sérum peut être démontrée par la réaction de Prausnitz et Kustner : injection de $0^{cm^3}1$ de sérum d'un sujet allergique à un sujet normal, puis application sur la région injectée de l'antigène correspondant, ce qui donne lieu à une papule urticarienne tandis qu'elle ne provoque pas de réaction ailleurs.

L'idiosyncrasie est, pour Bruno-Bloch, l'aptitude de certains sujets à se sensibiliser vis-à-vis des substances exogènes. Si tous les individus atteints de tuberculose ou de tricophytie deviennent allergiques vis à-vis de la tricophytine ou de la tuberculine, on ne peut sensibiliser tout le monde contre les primevères, par exemple; il faut une aptitude. C'est l'idiosyncrasie.

A propos d'un cas d'idiosyncrasie à l'œuf. Recherches sur le rôle de l'allergie et de l'idiosyncrasie dans quelques dermatoses, l'eczéma en particulier. (Bruno-Bloch et Gay Brieto. *Ann. de dermatol. et de syph.*, mai 1929, n° 5, p. 461.) — B. Bloch précise d'abord et à nouveau sa conception de l'allergie inspirée de la théorie initiale de Pirquet. Pour qu'une réaction allergique se produise, il faut une inter-réaction entre l'anticorps et l'antigène déterminant une altération de la vie cellulaire dont les effets visibles se traduisent par des réactions pathologiques de nature inflammatoire. L'organisme sensibilisé, riche en anticorps, réagit à un nouvel apport d'antigène autrement que l'organisme normal. C'est à ce processus, qu'avec Pirquet, il faut donner le nom d'allergie.

A propos du cas étudié d'idiosyncrasie à l'œuf, l'auteur envisage les relations entre l'eczéma et l'allergie. En effet, chez le malade observé, l'application cutanée de l'œuf détermine sur la peau scarifiée une réaction urticarienne, et sur la peau intacte une action épidermo-vasculaire présentant tous les caractères histologiques de l'eczéma. Il est ainsi démontré que, dans ce cas, l'idiosyncrasie résulte d'une réaction entre l'antigène et l'anticorps. C'est donc bien par définition une réaction allergique.

Pour l'auteur, les manifestations pathologiques de la peau que nous désignons du nom d'eczéma sont des réactions idiosyncrasiques. Tout autorise à concevoir ces manifestations de l'idiosyncrasie comme des phénomènes allergiques (urticaire, rhume des foins, asthme), ce qui revient à expliquer leur origine par le contact d'antigènes variables avec les anticorps correspondants de siège cellulaire.

Les aspects cliniques de l'allergie en dermatologie. (Klauder. *Arch, of dermatol. and syph.*, fév. 1929, n° 2, p. 198.) — Pour l'auteur, l'étiologie de l'eczéma se résume tout entière en phénomènes cutanés d'allergie. Certains caractères de l'éruption doivent faire suspecter cette origine : l'intensité de l'éruption, sa localisation aux parties découvertes en même temps qu'aux organes génitaux chez l'homme, une disposition linéaire ou en bande, la localisation exclusive à la face (préparation capillaires), aux lèvres (dentifrices), au cou (fourrures), enfin l'identité de la localisation au cours des récidives. Des quantités infinitésimales de substances provocatrices suffisent pour occasionner de l'eczéma. L'éruption se produit à l'endroit même du contact mais peut aussi survenir à distance. Il ne paraît pas qu'il existe d'hypersensibilité cutanée à la naissance; elle est acquise d'ordinaire et résulte de contacts occultes plus ou moins répétés.

La réaction allergique peut être limitée à du prurit lorsque le contact avec la substance irritante a été d'une durée insuffisante.

L'hypersensibilité cutanée peut être liée à tout un syndrome où se combinent les symptômes suivants : rhume des foins, asthme, urticaire, œdème de Quincke, eczéma. Ils sont souvent associés : migraine, rhinite vaso-motrice, syndrome de Ménière, spasmes vésicaux, asthénie, hypotension et éosinophilie. Ainsi le syndrome allergique voisine avec le syndrome vagotonique. Mais alors, du point de vue clinique, le terme de syndrome allergique ne signifie guère plus que les vieux mots de diathèse exsudative, de prurigo diathésique. Aussi l'auteur dit-il que « c'est du vieux vin avec une étiquette neuve. »

Recherches expérimentales sur l'allergie et l'immunité trichophytiques. (E. Rivalier. *Ann. de dermatol. et de syph.*, juin 1929, t. X, n° 6, p. 618-640.) — Ce travail est une discussion, basée sur des faits expérimentaux, du rôle qu'il convient

**

MÉDICATION ANTI-SYPHILITIQUE

Arsenical pentavalent

ARSAMINOL

Solution de "3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylaminoéthanol"
Ampoules de 3 cc. et 5 cc. dosées à 0 gr. 05 d'arsenic par cc.
Voies sous-cutanée et intra-musculaire.

Arsenicaux trivalents

SULFO-TRÉPARSÉNAN

Dioxydiaminoarsénobenzène méthylène sulfonate de soude
DOSES : I (0 gr. 06) à X (0 gr. 60), par progression de 0 gr. 06.
Voies sous-cutanée, intra-musculaire et intra-veineuse.

NÉO-TRÉPARSÉNAN

Dioxydiamidoarsénobenzène méthylène sulfoxylate de soude.
DOSES : I (0 gr. 15) à VII (1 gr. 05), par progression de 0 gr. 15.
Voie veineuse.

TRÉPARSÉNAN

Dichlorhydrate de dioxydiamidoarsénobenzène.
DOSES : I (0 gr. 10) à VI (0 gr. 60), par progression de 0 gr. 10.
Voie veineuse.

D. P. 133

LABORATOIRES CLIN . COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques -:- **PARIS** (Ve).

LE PANSEMENT GASTRIQUE

au Sous-Nitrate de Bismuth

RÉALISÉ AU MOYEN DU

BISMUTH TULASNE

Préconisé dès 1910, par G. LION, médecin en chef de la Pitié, et préparé sur ses indications par A. TULASNE, son chef de Laboratoire, de façon à ne titrer que 7 % d'acidité.

« Si l'on met en contact du suc gastrique et du sous-nitrate de bismuth on voit toutes les « valeurs du suc gastrique tomber à 0 et l'Hcl, lui, disparaît constamment.

« L'Hcl s'est fixé sur le bismuth et s'est précipité sous forme d'un sel *insoluble* qui continue « à exercer une action protectrice sur la muqueuse. C'est là un point capital qui différencie nettement le sous-nitrate des autres poudres dites absorbantes, lesquelles sont dissoutes par le suc « gastrique. »

(Travaux du Docteur G. Lion et de A. Tulasne, à la Pitié).

« Nos recherches nous permettent de conclure que le sous-nitrate de bismuth n'agit que « d'une façon indirecte dans les diverses affections gastriques où il donne des résultats si remar- « quables cliniquement. Il ne fait que provoquer la mise en activité du processus normal de « défense de la muqueuse gastrique, la sécrétion de mucus. »

(Travaux du Professeur Surmont et de A. Dubus, de Lille).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

LABORATOIRES BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes, PARIS

d'attribuer à l'allergie et à l'immunité proprement dite, dans la genèse de l'état réfractaire que confère l'infestation par les dermatophytes virulents.

Après avoir rapidement résumé les faits cliniques et expérimentaux établissant qu'une infestation due à un *trichophytæ virulens* protège contre une inoculation ultérieure, l'auteur montre que cette immunité apparente, indiscutable, soulève un problème intéressant quant à son mécanisme. La condition de vie si particulière des dermatophytes, hôtes exclusifs de l'épiderme kératinien (couche cornée et phanère) rendent, en effet, inopérants les divers moyens de défense habituellement invoqués dans la lutte contre la bactérie (phagocytose, anticorps humoraux, immunité cellulaire); on est ainsi conduit à se demander si la protection contre une inoculation ultérieure n'est pas entièrement sous la dépendance de l'état allergique qui suit constamment l'infestation première, pour peu que celle-ci ait eu un caractère inflammatoire.

L'auteur reprend l'étude de l'inoculation et de la réinoculation de cobayes en employant le *trichophyton granulosum* et en suivant une technique particulière (application d'une pommade virulente), qui évite toute effraction mécanique. On voit dans ces conditions qu'une inoculation pratiquée un certain temps après la première détermine une réaction inflammatoire vive et précoce (réaction accélérée ou phénomène de Bruno Bloch) qui simule de très près une lésion trichophytique et aboutit comme elle à l'éviction de l'épiderme corné et des poils. Il s'agit là d'un phénomène allergique dû au contact des parasites avec l'organisme sensibilisé, et qui aboutit, suivant un mécanisme comparable au phénomène de Koch à l'expulsion du parasite inoculé avant même qu'il ait eu le temps de végéter dans les poils ainsi que le démontre l'examen microscopique. L'absence de végétation parasitaire ne saurait d'ailleurs être avancée comme preuve d'immunité vraie surajoutée à l'état allergique, car les poils sont éliminés dans un délai trop court pour que le mycélium ait eu le temps d'y pénétrer.

L'auteur montre que l'état allergique de la peau décelé par le phénomène de Bruno Bloch coïncide avec un état allergique de l'organisme entier, facile à mettre en evidence (réaction inflammatoire cutanée et sous-cutanée par injection de trichophytine; accidents de choc mortel par injection intracardiaque de trichophytine chez un animal sensibilisé). Par ailleurs, la présence d'anticorps humoraux décelables par la réaction de fixation est à peu près constante dans le sérum des animaux sensibilisés, mais le taux en est variable et sans rapport certain avec le degré d'intensité des réactions allergiques expérimentales.

Jusqu'à présent l'allergie trichophytique réalisée à coup sûr par le dermatophyte vivant à la condition qu'il détermine une réaction inflammatoire ne semble pouvoir être obtenu artificiellement à l'aide d'aucun antigène mort, quelle que soit la méthode employée.

Dans une dernière série d'expériences, l'auteur cherche à obtenir la désensibilisation des animaux dans le but de dissocier ce qui revient dans le mécanisme de défense à l'allergie et à un état d'immunité vrai qui serait masqué par cette dernière. Malheureusement l'état de sensibilisation s'avère très difficile à vaincre et diverses méthodes ont également échoué. Chez un seul animal, des inoculations réitérées de parasite vivant amenèrent un épuisement des réactions allergiques; or, fait important, celui-ci coïncide avec une possibilité de réinfestation.

L'auteur conclut de ses recherches qu'il n'existe aucune preuve de l'immunité trichophytique au sens bactériologique du mot, tandis que l'impossibilité d'une réinfestation coïncide également avec l'existence d'un état allergique. Ce dernier est suffisant à protéger l'organisme, grâce aux réactions expulsives qu'il provoque à l'occasion d'un contact nouveau avec le parasite agresseur et il tient à lui seul lieu d'immunité.

Ainsi l'étude des trichophytines fournit un exemple de plus du rôle joué par l'allergie dans la défense de l'organisme contre les agents pathogènes.

Sur le mode d'action des topiques dits réducteurs dans les dermatoses. Traitement local et crises leucopéniques. (Sézary et Worms. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1929, p. 502.) — On sait, depuis les travaux de Ravaut que dans de nombreux cas d'eczéma, d'urticaire, de dermite, la médication générale peut amener la disparition de la lésion sans intervention de topique. On tend à admettre communément que ce résultat est dû à un choc hémoclasique. Les auteurs se sont demandé si la simple application sur la peau saine ou malade de diverses substances, dont l'action jusqu'ici est attribuée à leurs propriétés réductrices *in situ*, n'est pas susceptible de provoquer de semblables répercussions générales, et en particulier si le traitement local ne détermine pas, lui aussi, un phénomène de choc.

L'étude de vingt-deux sujets sur lesquels ont été appliquées des pommades à la goudroline, au glycérolé cadique, permet à l'auteur d'affirmer que, dans la majorité des cas, l'application sur les téguments d'une substance réductrice forte provoque une crise leucopénique. L'application d'un réducteur moins actif détermine plus rarement ce phénomène. Cette crise s'observe également quand on applique le réducteur sur l'abdomen; elle ne se produit pas si on applique sur la peau une crème banale. On peut donc penser que la modification biologique générale déterminée par l'application d'un topique réducteur et dont la crise leucopénique est le témoin, doit ajouter son action à celle qu'exerce localement ce topique pour contribuer à guérir la dermatose.

CLINIQUE

Les troubles des phanères dans le syndrome de Basedow. Leur réalisation par l'hyperthyroïdisation et l'hyperthyroxinisation expérimentales. (Paul Sainton. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1929, p. 1.) — Les troubles du système pileux dans le goitre exophtalmique ont été signalés par Basedow lui-même. De nombreuses études leur ont été consacrées. Ils peuvent se localiser au cuir chevelu. Ils consistent en alopécie et en canitie : la chute des cheveux en masse est très fréquente; elle se produit à toutes les périodes de la maladie et persiste parfois un peu plus longtemps que les phénomènes basedowiens. Elle revêt aussi le type d'alopécie en clairière et de plaques péladiques.

La canitie est, elle aussi, diffuse ou en plaques comme l'alopécie. Elle apparaît quelquefois très rapidement; elle peut être discrète et atteindre isolément les cheveux, si bien qu'il faut la rechercher. Le blanchiment parfois est généralisé et intense. Dans un grand nombre de cas les malades ont, au milieu des cheveux noirs ou grisonnants, une mèche blanche que l'on peut appeler la mèche basedowienne.

Dans d'autres régions (aisselle, pli de l'aine, pubis, etc.), il peut y avoir décoloration et chute des poils.

Les modifications des ongles consistent en altérations banales : aplatissement, crénelure, fragilité, rarement la chute.

Quant aux altérations dentaires, elles consistent quelquefois en chute; il faut surtout noter la fréquence de la carie.

L'auteur étudie, au point de vue expérimental, ces troubles des phanères. Il a cherché à les reproduire chez les gallinacés et chez les mammifères, notamment le lapin. L'ingestion d'extrait de corps thyroïde à doses élevées pendant plusieurs mois amène toute une série de troubles chez la poule. Au cinquième mois de l'expérience, l'animal présentait un aspect très spécial. Les plumes des ailes étaient décolorées par groupes, le bec était incurvé, la crête était amoindrie en hauteur et en longueur. Par contre, les ergots, rudimentaires avant, avaient grandi.

Sainton a recherché si la thyroxine synthétique amenait

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie
des AFFECTIONS PULMONAIRES
par la Voie intestinale
(Syndrome entéro-pulmonaire)

→ Perles glutinisées
6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées
Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications
tous ÉTATS INFECTIEUX

Échantillons et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul Cantonnet, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

les mêmes modifications des phanères que l'extrait thyroïdien. Il remarqua qu'une poule soumise à l'injection quotidienne de thyroxine, présentait dès le septième jour une chute des plumes et le blanchiment.

Ainsi donc, qu'il s'agisse de thyroïde ou de thyroxine, le blanchiment et la chute des plumes en aires sont obtenus dans les mêmes conditions.

Chez le lapin, des troubles du système pileux identiques à ceux de l'homme (canitie et alopécie), ont pu être provoqués. Les lésions sont également en plaques. On ne peut attribuer ces troubles à l'amaigrissement ou à l'état cachectique produit par l'ingestion ou l'injection des extraits thyroïdiens. Et l'auteur étudie quelles sont les réactions provoquées dans la glande par l'hyperthyroïdisation et l'hyperthyroxinisation intensives et prolongées. La question est discutée de savoir s'il s'agit de réactions d'hyperfonctionnement ou d'hypofonctionnement.

On ne saurait méconnaître également le rôle joué par le système organo-végétatif en liaison avec les troubles endocriniens, car il n'est pas douteux que le sympathique a une importance capitale sur la répartition en aires qui est la caractéristique des troubles du système pileux réalisés chez les animaux en expérience.

Etiologie et traitement du pityriasis rosé. (AZEN. *Journ. of the amer. Assoc.*, 1er sept. 1928, n° 9, p. 645.) — L'auteur a noté que la grande majorité des malades atteints de pityriasis de Gibert sont porteurs d'hypertrophie des amygdales. Aussi pense-t-il que cette affection cutanée est due à une infection qui pénètre dans l'organisme par les voies amygdaliennes et les formations lymphoïdes du pharynx.

ATROPHIE CUTANÉE. SCLÉRODERMIE

RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG
Séance spéciale du 26 mai 1929.

1° Clinique.

Atrophies cutanées consécutives à des traumatismes chroniques. — M. DU BOIS (de Genève), reprenant les idées de Thibierge sur les sclérodermies d'origine traumatique, rapporte les cas personnels suivants :

Chez une femme de trente-deux ans, sclérodermie en bandes au niveau du tronc attribuable au traumatisme chronique exercé par un corset trop serré.

Chez un jeune homme de vingt-deux ans, apparition à l'âge de dix-huit ans de taches pigmentées symétriques parsemées de plaques sclérodermiques, attribuées à des traumatismes régulièrement renouvelés.

Chez un homme de trente ans, plaque triangulaire atrophique de l'abdomen attribuée à la pression exercée par un rebord de pupitre.

Morphée de la face chez une femme de quarante-cinq ans, attribuable à des traumatismes répétés pendant des années (coups de poing).

Un jeune syphilitique voit quatre ans après sa roséole des vergetures des aisselles, attribuées par l'auteur au traumatisme continu d'un vêtement trop serré.

Enfin, une femme de vingt-neuf ans, hystérectomisée à dix-huit ans pour kyste de l'ovaire, voit apparaître deux ans après l'opération des plaques atrophiques et pigmentées, les deux premières dans les régions ovariennes, les suivantes dans leur voisinage; pour l'auteur, l'interprétation pathogénique ne peut être que celle de lésions nerveuses sympathiques consécutives à l'intervention chirurgicale.

Association d'une dermatite chronique atrophiante au début avec une sclérodermie généralisée aux quatre membres. — MM. MAIRE et WORINGER présentent un jeune soldat n'offrant rien de particulier dans ses antécédents, atteint de sclérodermie nette avec atrophie des quatre membres, et offrant, en outre, un réseau veineux très développé et apparent au niveau des extrémités. La biopsie a confirmé le diagnostic de sclérodermie que la calcémie très élevée vient corroborer de son côté. L'existence du réseau veineux permet de prévoir que le tableau clinique de la maladie de Herxheimer-Pick sera réalisé dans un avenir plus ou moins lointain.

Poïkilodermie et polymyosite (poïkilodermato-myosite). — MM. PETGES, MOUGNEAU, LECOULANT et DELAS présentent l'observation d'un homme de trente et un ans, atteint de lésions cutanées et de troubles d'ordre musculaire. Les lésions cutanées sont caractérisées par un mélange d'érythème télangiectasique pigmenté de brun avec des plaques étalées et des bandes minces légèrement saillantes en réseau, dont les mailles correspondent à un épiderme sain d'apparence, le tout parsemé de fines varicosités; il existe un degré d'hyperkératose variable selon les régions. Les signes d'ordre musculaire sont les suivants : mouvements lents et limités, marche difficile bien que les articulations soient libres, atrophie de divers groupes musculaires. Le malade fait des poussées infectieuses, on n'a pu trouver que du streptocoque, sans réussir à déterminer le foyer primitif d'infection. Les auteurs se réservent de confronter dans un travail ultérieur leur cas avec ceux décrits sous le nom de dermatomyosite par des auteurs étrangers, surtout américains.

Les atrophies cutanées syphilitiques. — M. G. MILIAN commence par rappeler les agents multiples pouvant produire des atrophies cutanées, puis passe à l'étude des atrophies cutanées évidemment dues au tréponème, anétodermie de Jadassohn, syphilides purpuriques atrophiques. Dans d'autres cas, l'étiologie syphilitique n'est que probable. L'auteur donne une description de ces atrophies cutanées particulières qu'il nomme atrophie blanche et dont il distingue deux variétés : l'atrophie blanche en plaques et l'atrophie blanche segmentaire. Enfin, l'auteur rappelle que la « peau citréine » et le « xanthome élastique » sont pour lui des atrophies dégénératives de la peau d'origine syphilitique.

Atrophie cutanée avec sclérodermie, mélanodermie et concrétions calcaires (hypercalcémie et augmentation du métabolisme basal). — MM. LORTAT-JACOB, FERNET et Y. BUREAU reviennent sur un cas présenté par eux à la Société française de dermatologie, dont ils ont pu déterminer depuis la présentation le taux du calcium dans le sang qui est le double du chiffre normal; ils discutent la pathogénie de l'hypercalcémie dépendant d'un trouble de fonctionnement des glandes parathyroïdes, ils ont trouvé une augmentation du métabolisme basal, signe d'hyperthyroïdie et autre symptôme de dysendocrinie.

Sclérodermie avec goitre et augmentation du métabolisme basal. — MM. LORTAT-JACOB, FERNET et Y. BUREAU rapportent l'observation d'un malade âgé de cinquante-sept ans, atteint de sclérodermie typique et présentant un syndrome basedowien des plus nets, caractérisé par un goitre, une tachycardie modérée, du tremblement, de l'irritabilité, et enfin par une augmentation du métabolisme basal (plus 45 p. 100). Pas d'antécédents syphilitiques, séro-réaction négative. Les auteurs soulignent l'importance du rôle des dysthyroïdies et de l'hyperthyroïdie dans la pathogénie des sclérodermies.

Concrétions calcaires sous-cutanées des doigts associées à une acrocyanose permanente avec accès d'acrocyanose paroxystique (syndrome de Raynaud). Etude biochimique. — MM. R.-J. WEISSENBACH, E.-W. VIGNAL et Ch.-O. GUILLAUMIN rapportent l'observation d'une femme de quarante et un ans présentant des concrétions calcaires sous-cutanées des doigts, apparues et évoluant depuis quinze ans environ parallèlement à une acrocyanose permanente avec accès de

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT
est NEUROTROPE
Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.
Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.
R. C., 88.081, Seine.
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE
Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris
vous présentent
LES ENTÉROPRAXINES
ABRY
Formuler
- **C** = Colibacilles
- **CS** = Colibacilles-staphylocoques
- **CSE** = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

De Trouette-Perret
l'**Aphloïne** — Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux
la **Nisaméline** (Guaco) — *Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies*
la **Papaïne** — *Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques*
15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS
R. C., 54.002, Seine.

PEPTONES de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS d'ŒUF et de LAIT
FARINE DE BLÉ dans l'enrobage
SULFATE de MAGNÉSIE
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
en Granulés
PEPTALMINE MAGNÉSIÉE
4 PEPTO-ALBULMINES + Sulfate de Magnésie
MIGRAINES CONGESTION DU FOIE
MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE et CHOLAGOGUE
en Granulés seulement
Littérature & Echantillons à MM. les Docteurs - Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA - Dr E. PERRAUDIN Ph de l'Cl 21, rue Chaptal, PARIS

syndrome de Raynaud, à forme d'acrocyanose paroxystique. Les calcifications sont constituées par 72 p. 100 de matières minérales, dont la presque totalité est faite de phosphate tricalcique (1/8) et de carbonate de chaux (1/8) et 28 p. 100 de matières organiques composées surtout de graisses et de cholestérine. Les auteurs ont étudié très complètement le chimisme sanguin : le phosphore et le calcium se trouvent dans le sérum à un taux normal et même un peu inférieur à la normale; l'équilibre acide-base et la réserve alcaline sont normaux; la cholestérine est légèrement augmentée; le taux des albumines et le rapport sérine-albumine sont diminués. Le métabolisme basal est augmenté de 21 p. 100.

Les auteurs discutent longuement les différentes hypothèses concernant le mécanisme de précipitation des sels de chaux dans leur cas et dans les cas analogues. Ils discutent les rapports qui unissent les trois syndromes : maladie de Raynaud, sclérodermie, concrétions calcaires sous-cutanées et interstitielles.

Le métabolisme basal dans les atrophies cutanées et les sclérodermies. — MM. L.-M. Pautrier et Brusset, de l'étude de dix cas de maladie de Pick-Herxheimer et de quatre cas de sclérodermie au point de vue du métabolisme basal, dégagent les conclusions suivantes : au cours de la sclérodermie, le métabolisme de base est le plus souvent fortement troublé dans le sens d'une diminution ou plus fréquemment d'une augmentation pouvant atteindre 60 p. 100. Le métabolisme de base a été trouvé normal 6 fois sur 10 dans la maladie de Pick-Herxheimer.

La calcémie dans les atrophies cutanées et dans les sclérodermies. — MM. L.-M. Pautrier et R. Zorn croient pouvoir établir, d'après leurs résultats personnels acquis jusqu'à ce jour, que la dermatite chronique atrophiante comporte une calcémie normale, tandis qu'à la sclérodermie correspond toujours une hypercalcémie. Il ne semble pas exister de parallélisme entre le degré de l'hypercalcémie et l'importance des lésions sclérodermiques.

Les fausses sclérodermies du nouveau-né. — MM. A. Dise et Fr. Woringer font le départage des affections caractérisées par une induration cutanée chez les nouveau-nés.

Selon eux, il faut maintenir une place aux sclérodermies vraies qui ressemblent cliniquement et histologiquement à celles des adultes, mais le nombre des cas publiés qui peuvent indubitablement être classés comme tels se réduisent à trois dans toute la littérature française et étrangère.

Le scléroderme est un syndrome qui manque encore de précision histologique et qui paraît pouvoir se manifester dans différentes conditions. Le scléroderme est excessivement rare et il n'y a qu'une seule observation probante. La plupart des observations publiées sous ces noms sont en réalité à ranger dans le cadre du granulome lipophagique du nouveau-né. Il s'agit d'une induration sous-cutanée à la suite de traumatismes obstétricaux violents. La graisse hypodermique est décomposée et libère ses acides gras qui provoquent l'apparition d'un granulome à corps étrangers. Les indurations cutanées apparaissent cinq ou six jours après l'accouchement aux lieux d'élection traumatisés par des manœuvres respiratoires trop brutales chez des enfants nés en état de mort apparente. Tout guérit en quatre à six mois sans atteinte de l'état général et sans laisser de traces.

Cette affection, d'abord décrite par les pédiatres depuis 1922, mérite d'être connue dans les milieux dermatologiques. C'est le granulome lipophagique qui rassemble la plupart des cas de sclérème et de sclérodermie décrits chez le nouveau-né.

2° Anatomie pathologique.

Note sur la capillaroscopie de la dermatite chronique atrophiante et de la sclérodermie. — M. L.-M. Pautrier et Mlle Ullmo ont étudié les vaisseaux dermiques dans la maladie de Pick-Herxheimer et la sclérodermie au moyen du capillaroscope de Guillaume, et sont arrivés aux constatations qui suivent : dans le Pick-Herxheimer on peut suivre un réseau veinulaire correspondant aux veinules superficielles que montre l'examen direct, ces veinules se terminent par un véritable petit bouquet, un peloton étroitement enchevêtré. La sclérodermie se caractérise par sa pauvreté vasculaire remarquable, la petitesse des capillaires et son irrigation réduite au minimum.

Histopathologie de l'anétodermie. — MM. L.-M. Pautrier et Diss classent les cas d'anétodermie en deux groupes dont le premier comprend les lésions d'atrophie circonscrites coexistant avec une dermatite chronique atrophiante et dont les lésions histologiques sont identiques à celles du Pick-Herxheimer. Le deuxième groupe comprend les atrophies circonscrites pures, sans association de maladie de Pick-Herxheimer. Les auteurs établissent que dans ce groupe on ne trouve jamais les bandes hystiocytaires parallèles à l'épiderme caractéristiques de la dermatite chronique atrophiante, mais uniquement un infiltrat autour des vaisseaux et des glomérules sudoripares, infiltrat composé surtout de lymphocytes et devenant plus important vers l'hypoderme. Les différences histologiques entre les deux groupes font croire aux auteurs qu'il existe aussi une étiologie différente.

Les lésions des ganglions sympathiques dans la sclérodermie. — MM. Leriche et Fontaine ont pu examiner dix ganglions sympathiques provenant de quatre cas de sclérodermie. Ils ont trouvé à l'examen histologique des altérations multiples, mais ne présentant aucun caractère de spécificité dans un certain nombre de cas, dans d'autres cas les ganglions étaient normaux. Ils en concluent que l'on ne constate pas (du moins avec les techniques histologiques actuelles) des lésions caractéristiques de la sclérodermie au niveau de la chaîne sympathique, que donc les ablations de cette chaîne ne constituent pas pour la sclérodermie un traitement causal.

L'anatomie pathologique de la dermatite chronique atrophiante de Pick-Herxheimer. — MM. L.-M. Pautrier et A. Diss résument rapidement les lésions qui caractérisent, au point de vue anatomo-pathologique, cette dermatose. Ils distinguent trois stades dans son évolution : le stade inflammatoire ou plutôt d'infiltration, le stade atrophique et un troisième stade, le stade sclérodermique et tumoral auquel tous les cas n'aboutissent pas forcément. Après avoir donné des détails sur ces différents stades, les auteurs reconnaissent que l'histologie ne donne aucun argument sur la nature de l'affection.

L'anatomie pathologique des sclérodermies. — MM. L.-M. Pautrier et G. Lévy donnent une étude histologique enrichie de microphotographies des sclérodermies, constatant que certaines sclérodermies présentent histologiquement un minimum de lésions rendant impossible le diagnostic histologique. Un facteur essentiel, frappant probablement le collagène, échapperait actuellement aux investigations du microscope.

3° Traitement.

Un cas de dermatite chronique atrophiante traité par des opérations sympathiques. — MM. Leriche et Fontaine ont essayé l'effet des opérations sympathiques dans un cas de maladie de Pick-Herxheimer. Il s'agit d'un garçon âgé de douze ans, lors de la première intervention, présentant des lésions caractéristiques de l'extrémité inférieure droite, envahissant la fesse, et des lésions au début du bras gauche. Les auteurs ont pratiqué d'abord la sympathectomie périfémorale qui arrêta l'évolution des lésions. Voulant obtenir

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

R. C., 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

PAS D'ACIDE LIBRE

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %)' attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Échantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

plus, MM. Leriche et Fontaine font, quinze mois plus tard, une ramisection lombaire droite. Deux ans après la deuxième intervention, les auteurs déclarent que : 1° l'évolution progressive semble avoir été arrêtée dès la première intervention; 2° que depuis la deuxième interventions, les lésions qui paraissaient encore réversibles ont réellement rétrogradé et que l'amélioration dépasse tout ce que l'on pouvait espérer.

Le traitement chirurgical de la sclérodermie par les interventions sur le sympathique. — MM. Leriche et Fontaine rappellent d'abord tous les faits cliniques, anatomiques et physio-pathologiques qui montrent que le système végétatif joue un rôle prépondérant dans l'économie de la sclérodermie. Ils se défendent de vouloir dire que la sclérodermie est une maladie du sympathique; s'il y a des altérations du sympathique ce n'est certainement pas au niveau de la chaîne qu'elles siègent, *ce ne sont donc pas des opérations causales* qu'ils pratiquent en traitant des sclérodermies par des sympathectomies ordinaires. Les sympathectomies doivent agir en supprimant des réflexes sympathiques qui conditionnent les progrès de l'affection, et en substituant à un régime circulatoire déficitaire se traduisant par la cyanose, la vaso-constriction périphérique, les modifications des capillaires cutanés, un régime plus riche de vaso-dilatation active.

MM. Leriche et Fontaine ont fait sur six malades atteints de sclérodermie neuf opérations, savoir : quatre fois la ramisection inférieure, une fois l'ablation du ganglion cervical supérieur, deux fois l'ablation du ganglion intermédiaire et de l'étoilé, une fois l'ablation de la partie supérieure de la chaîne sans le ganglion étoilé, une fois la sympathectomie totale. Les résultats obtenus sont appréciables, mais il faut choisir convenablement les cas, les sympathectomies ne pouvant plus rien contre la sclérose constituée de la peau. L'amélioration sera toujours lente à se produire, la guérison totale ne peut être espérée, l'intervention se faisant à un stade où une partie des lésions sera devenue irréversible.

Syndrome de Raynaud associé à une sclérodactylie. Amélioration par des alternances de traitement endocrinien et par l'acécholine. — MM. Petges, Lecoulant et Delas rapportent le cas d'une femme de vingt-cinq ans atteinte de sclérodactylie nette avec état sclérodermique de la face chez laquelle un traitement alterné, opothérapie polyglandulaire et thyroïdienne en injections d'acétylcholine, poursuivi pendant huit mois a non seulement arrêté l'extension du processus sclérodermique, mais même produit une régression indiscutable des lésions.

II. SYPHILIGRAPHIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Recherches anatomo-cliniques sur le problème des virus syphylitiques. (Marinesco. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1929, p. 681.) — Dans cet important mémoire, l'auteur expose d'abord les faits et les expériences ayant servi à la construction de la théorie d'un virus neurotrope. Il passe en revue les objections soulevées par les adversaires de cette conception. Constatant à la suite de Ravaut que les réactions méningées au cours de la syphilis primaire et secondaire sont une éventualité extrêmement fréquente, il a été conduit à admettre qu'il faut accorder la première importance à la localisation du virus syphilitique et, pour lui, il n'existe pas de propriété spéciale et primitive des spirochètes, mais seulement une adaptation au terrain où ils se développent. « Il ne s'agirait pas, dans les cas de syphilis nerveuse, d'une race spéciale nouvelle qui, depuis le commencement, aurait eu les qualités particulières de neurotropie, mais d'une variété ayant acquis des propriétés secondaires après avoir envahi le système nerveux. Ces propriétés ne sont pas immanentes car elles sont susceptibles d'être modifiées après un certain temps ».

Dans son travail, l'auteur rapporte trois observations anatomo-cliniques de paralytiques généraux chez lesquels il a trouvé, en dehors des lésions de méta-syphilis, des lésions des vaisseaux et des méninges qui ressemblent à celles de la syphilis dermotrope ou vasculaire.

Dans un chapitre plein d'intérêt, Marinesco étudie les raisons pour lesquelles un virus dit neurotrope se localise dans le système nerveux. Les recherches qui ont porté sur cinquante-quatre cas de méta-syphilis et surtout de paralysie générale, ont montré à l'auteur qu'il y a en général une relation entre la gravité des lésions et l'alcalose du liquide céphalo-rachidien. Il est probable que les modifications humorales qui surviennent dans le cerveau après la malariathérapie, dont la conséquence est l'abaissement du pH, constituent un milieu défavorable à la vitalité des spirochètes, et il est fort probable que les moyens de défense de l'organisme sont alors augmentés.

Pour l'auteur, le degré de concentration en ions H de l'écorce cérébrale des candidats à la paralysie générale progressive, constituerait une condition favorable pour l'éclosion de cette maladie. « Dans ces conditions, la question du virus neurotrope est susceptible d'une toute autre explication, à savoir qu'il ne s'agit pas chez ce tréponème de qualités biologiques essentielles, indispensables, pour provoquer la maladie de Bayle, mais que c'est la réaction du milieu de l'écorce cérébrale qui lui fournit les conditions nécessaires à sa vitalité et à sa multiplication ».

Le pronostic et la valeur thérapeutique des injections intradermiques de protéines non spécifiques dans la syphilis. (Gougerot. *Amer. Journ. of syphilis*, oct. 1928, n° 4, p. 487.) — Gougerot, dans ce travail, reprend les recherches antérieures de Dujardin et Decamps sur la valeur des injections dermiques de protéines non spécifiques, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique de la syphilis.

A défaut d'un antigène spécifique susceptible de donner des réactions d'allergie cutanée, on a intérêt à se servir de protéines étrangères (sérum de cheval), estimant qu'un organisme qui se défend réagit à divers antigènes et qu'inversement, un antigène donné est susceptible de faire apparaître, non seulement des anticorps spécifiques dans l'organisme, mais encore qu'il provoque une phase d'anaphylaxie générale au cours de laquelle d'autres anticorps peuvent survenir.

Confirmant les constatations de Dujardin et Decamps, Gougerot admet que le degré de réaction allergique non spécifique est en relation avec le degré de défense naturelle contre l'infection syphilitique et par conséquent des phénomènes allergiques très marqués permettent d'établir un pronostic favorable, tandis que l'anallergie implique un pronostic réservé.

On aura intérêt à associer la protéinothérapie au traitement spécifique dans les cas où les accidents syphilitiques ne semblent pas réagir normalement à la thérapeutique, et ainsi, souvent on accélèrera la cicatrisation.

Ponction lombaire ou sous-occipitale dans la syphilis. (W. Schönfeld. *Munch. med. Woch.*, juin 1928, n° 22.) — Pour éviter les symptômes de méningisme qui compliquent souvent la ponction lombaire rachidienne, certains auteurs préconisent la ponction sous-occipitale. L'auteur a comparé les résultats fournis par ces deux techniques. Il a constaté que si, en général, les réactions sérologiques sont superposables, la teneur en albumine, par contre, est souvent plus caractéristique dans le liquide provenant de la ponction lombaire et surtout que ce liquide est, chez les syphilitiques, plus riche en éléments cellulaires; donc les résultate obtenus par l'examen du liquide lombaire sont plus caractéristiques

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr30 par Capsule

CÈDRE DU MAROC

CED-ROC

HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C. Seine 109 239*

POUR COMBATTRE :

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

LIPIODOL du Dr. LAFAY

0.gr. 54 d'iode par cm.3

69 Rue de Provence PARIS IXe

POUR EXPLORER :

Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

que ceux qui sont fournis par l'examen du liquide de la fosse sous-occipitale.

CLINIQUE

Sur l'ostéo-chondrie syphilitique du fœtus. (PÉHU, POLICARD et BROCHET, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 sept. 1928, p. 489.) — Pour dépister la syphilis congénitale du fœtus, il faut explorer méthodiquement tout le système osseux. Les précisions de l'état du squelette doivent être apportées soit par radiographie, soit par recherche des lésions d'ostéochondrite, soit encore par la présence du spirochète. L'ensemble de ces recherches permet d'affirmer la fréquence des ostéopathies syphilitiques du fœtus. L'atteinte du système osseux est réalisée chez lui dès le cinquième mois de la gestation.

Rôle de la syphilis héréditaire dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles communément attribuées aux traumatismes obstétricaux. (BABONNEIX. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1929, n° 1.) — Classiquement, on rattache la plupart des encéphalopathies infantiles à un traumatisme obstétrical. L'auteur, sur une centaine d'observations, pense que ces notions classiques doivent être revisées. Il faut rechercher la syphilis qui a souvent besoin d'une cause adjuvante pour s'extérioriser, et si on fouille par l'enquête étiologique, on reconnaît souvent l'hérédo-syphilis cachée derrière le traumatisme obstétrical.

REACTIONS HUMORALES

Valeur comparative des réactions d'hémolyse et de floculation. (W. LÉVY. *Bull. méd.*, 26 déc. 1928, p. 1424.) — Comparant les réactions de Meinicke et de Vernes, d'une part, les réactions d'hémolyse, de l'autre, l'auteur constate que la réaction d'hémolyse est toujours plus sensible que les réactions de floculation et que, bien conduite, elle donne des résultats comparables entre eux. A son avis, les réactions de floculation devraient actuellement être réservées aux cas où il n'est pas possible de pratiquer les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann.

De la valeur des réactions sérologiques dans la syphilis. (FLANDIN. *Presse méd.*, 8 déc. 1928, p. 1561.) — L'auteur s'élève avec force contre la notion de syphilimétrie. Il est impossible de prévoir l'évolution de la syphilis dont on abandonne le traitement, et on peut toujours assister à des reprises offensives. Le rôle des réactions sérologiques doit se borner à apporter une aide au clinicien; elles ne peuvent servir, comme on l'a pensé, pour établir un pronostic et régler une thérapeutique.

Il faut, après un traitement intensif, entretenir l'immunité par des traitements successifs que l'on ne peut jamais cesser complètement.

TRAITEMENT

Etude de la pyrétothérapie dans les divers stades de la syphilis. (RICHTER. *Deuts. méd, Woch*, fév. 1928, nos 6 et 7.) — La thérapeutique de la syphilis par la fièvre provoquée est préconisée par l'auteur dès le début de la maladie. Il considère que les accès fébriles agissent en rendant les méninges et les vaisseaux plus perméables, plus accessibles aux influences des médications chimiques employées ultérieurement. Ils permettent même l'action sur des foyers qui échappaient jusqu'ici à tous les médicaments. L'auteur emploie des injections de nucléinate de soude par voie endoveineuse. Cette technique n'a sans doute pas un effet strictement superposable à l'action continue de l'infection malarienne, mais l'hyperthermie considérable et brusque obtenue ainsi paraît être efficace et ce procédé a le grand avantage de ne pas être dangereux. Il permet de régler à volonté l'intervalle, l'intensité des accès.

L'auteur insiste sur la nécessité de considérer la pyrétothérapie comme une thérapeutique adjuvante sensibilisante, mais ne pouvant agir à elle seule. C'est donc en association que cette technique doit être utilisée.

Résultats cliniques et biologiques et la stovarsothérapie dans 125 cas de paralysie générale. (SÉZARY et BARBÉ. *Presse méd.*, 2 janv. 1929, p. 1.) — La stovarsothérapie est une méthode efficace dépourvue de danger. L'amélioration est de 26 p. 100 (statistique établie sur 125 malades). Les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien sont heureusement influencées, mais rarement le liquide est ramené à l'état normal. Il n'y a aucun rapport entre les modifications biologiques et les modifications cliniques.

L'élimination du bismuth de l'organisme humain en tenant compte de la valeur thérapeutique, pour la syphilis, de ses différentes préparations et du mode d'administration. (W. ENGELHARDT. *Archiv. fur dermat.*, 1928, n° 1.) — Du travail de l'auteur, il découle les points suivants : les voies intraveineuses et intramusculaires sont les meilleures. Les solutions aqueuses donnent des courbes d'élimination des plus régulières, tandis que le bismuth en suspension dans l'huile s'élimine tantôt en grande quantité, tantôt très peu. De toutes les préparations de bismuth, les solutions dans l'huile à côté des solutions aqueuses sont celles qui donnent les résultats les meilleurs.

Les conclusions pratiques des recherches de l'auteur montrent qu'il ne faut pas donner plus de 0g025 à 0g030 de bismuth par jour. La dose totale, pour un traitement de six à sept semaines, doit être, en injections intramusculaires, de 1.100 à 1.300 milligrammes, de préférence en préparation soluble dans l'huile.

Etude expérimentale des bismuths lipo-solubles. (LEVADITI, avec la collaboration de SANCHIS-BAYARRI, Mlle SCHOËLEN et Mlle MANIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1928, p. 1489.) — — Les bismuths lipo-solubles constituent un trait d'union entre les sels de bismuth solubles et les dérivés insolubles. Ils se rattachent aux premiers par la rapidité de leur résorption et de leur activité tréponémicide. Ils se superposent aux seconds quant à la création d'un dépôt local dont l'assimilation progressive et totale assure une action curative profonde et durable. De là l'intérêt qu'offre l'utilisation thérapeutique de cette forme de bismuth dans la syphilis à toutes les périodes de son évolution.

Quant à la durée de prévention exercée par les bismuths lipo-solubles, elle est manifestement inférieure à celle de la prophylaxie par les dérivés bismuthiques insolubles.

Les préparations bismuthiques. Etude radiographique de leur élimination. (H. MONTLAUR. *Ann. de dermat.*, mars 1929, p. 259.) — Les travaux suscités par les rétentions (travaux cliniques ou expérimentaux) font admettre que certains sels de bismuth s'enkystent définitivement dans les tissus. On peut étudier ce bismuth résiduel par l'examen radiologique.

Avec les sels insolubles, les clichés montrent, sur des animaux injectés à doses thérapeutiques, que, plusieurs mois après la fin de la série, on voit des ombres bismuthiques très accusées.

Les solutions aqueuses donnent également une précipitation du métal, à en juger par l'ombre radiographique qui a pu être observée jusqu'à quatorze jours après l'injection.

Le bismuth oléo-soluble a une élimination plus lente que les sels solubles, ne s'enkystant pas. Cependant, M. Levaditi et ses collaborateurs ont signalé que l'examen histologique et histochimique des muscles de lapin injecté, montre une dissociation entre le métal et la graisse, le métal se trouvant précipité sous forme de corpuscules amorphes.

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE
GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE
GUILLAUMIN

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VANADARSINE
injectable
EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., *13, rue du Cherche-Midi, PARIS*

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 38.823
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours. R. C., 221.889, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Dix jours après l'injection, le cliché radiographique montre chez l'animal la persistance d'une ombre.

Seul, le cacodylate de bismuth n'a pas montré d'ombre radiologique. Il apparaît bien qu'à l'heure actuelle, la connaissance sur l'élimination du bismuth n'est pas complète.

REVUE DES THÈSES

Des Interventions sur le sympathique pelvien, en particulier sur le « nerf présacré » dans les douleurs pelviennes en gynécologie (1), par Jean-Georges Cueille, ancien interne des hôpitaux, lauréat des hôpitaux. [Travail de la Clinique gynécologique (professeur Guyot)].

Le système sympathique pelvien de la femme comprend, en dehors de la chaîne sympathique latéro-vertébrale, de nombreux filets nerveux qui se rassemblent en quatre groupes à peu près individualisés anatomiquement. Ce sont :

a. Le « nerf présacré », qui se continue par les nerfs hypogastriques qui vont eux-mêmes au « ganglion de Frankenhäuser »;

b. Le « nerf pelvien », dont les filets vont rejoindre ceux du groupe précédent au moment où ils arrivent au « ganglion de Frankenhäuser » et se mélangent à eux pour former cette lame ganglionnaire;

c. Le système sympathique péri-artériel;

d. Les filets nerveux du pédicule lombo-ovarien.

Le « nerf présacré » n'est pas un nerf au sens anatomique du mot, c'est un plexus. Mais il constitue néanmoins avec la gaine celluleuse qui l'enveloppe un « tout » pour le chirurgien.

Les fonctions principales du système sympathique pelvien sont d'assurer (ou de contrôler) la motricité des organes qu'il innerve, la vaso-motricité des artères qui irriguent ces organes et d'être le conducteur de la sensibilité viscérale.

La section du système sympathique pelvien n'entraîne aucun trouble fonctionnel appréciable tant qu'elle n'intéresse pas les filets dont l'ensemble constitue le « nerf pelvien » des physiologistes.

Le « nerf présacré » est vaso-moteur autant que le plexus péri-artériel, auquel d'ailleurs il envoie des filets.

Le « nerf présacré » est le groupe de filets nerveux qui paraît contenir le plus grand nombre de fibres sensitives.

La section du « nerf présacré » a un effet analgésiant très manifeste sur les douleurs d'origine gynécologique.

Cette section est indiquée :

a. A titre d'opération *complémentaire* au cours de certaines opérations dirigées contre des lésions organiques algésiogènes quand l'intervention, tout en assurant la guérison anatomique, *ne suffit pas* pour faire disparaître d'une manière certaine les douleurs;

b. Dans les syndromes douloureux *graves* et *rebelles*, qu'ils soient continus (névralgies pelviennes) où paroxystiques (dysménorrhées), lorsqu'ils ne sont accompagnés d'*aucune lésion macroscopique appréciable* contre laquelle on puisse agir;

c. Quand la *chirurgie* habituelle d'exérèse *ne peut rien* contre des lésions trop étendues qui ont dépassé ses possibilités, par exemple dans les néoplasmes pelviens inopérables et les récidives des épithéliomas du col utérin;

d. A *titre préventif*, au cours d'une hystérectomie élargie (opération de Wertheim) contre les douleurs qui accompagneraient une récidive toujours possible.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1929. — Bordeaux, imprimerie Y. Cadoret.

Le traitement de l'insomnie des psychoses par l'allylisopropylacétylcarbamide (1), par le docteur Tibi.

Tout a été dit sur le traitement des insomnies et chaque jour voit apparaître un nouvel hypnotique, meilleur sans doute que les précédents. Certes les barbituriques sont actuellement les médicaments hypnogènes les plus souvent prescrits et il n'est point besoin d'insister, par exemple, sur l'extrême maniabilité du somnifène si fréquemment utilisé, ni sur les propriétés à la fois antalgiques et hypnogènes de l'allonal, véritable analgésique renforcé. Cependant souvent le praticien hésite à ordonner un barbiturique, dont il connaît l'action énergique. Il préfère recourir à un simple calmant du système nerveux comme le bromure de sodium; mais on sait la mauvaise presse qu'a le bromure de sodium chez la plupart des malades. Si on dit à une patiente qu'elle va prendre du bromure, elle se croit aussitôt beaucoup plus malade; si on veut bromurer un jeune homme, on éveille la crainte de l'épilepsie, avec la hantise de l'acné bromique. Et cependant que d'excellents résultats on obtient avec le sédobrol qui est, on le sait, du bromure de sodium dissimulé, incorporé à un extrait de bouillon végétal concentré et achloruré. Toutefois, si pour une raison importante, on ne veut donner ni barbiturique, ni bromure et, d'autre part, sachant le peu d'effets de la valériane, du cratoegus et de leurs succédanés, si on veut obtenir une action hypnogène inoffensive, douce et progressive, il faut s'adresser à l'allylisopropylacetylcarbamide (ou mieux sédormid) que vient d'étudier M. Tibi dans son travail inaugural. Le sédormid n'est pas un barbiturique : c'est un uréide, c'est-à-dire de l'urée, dans laquelle un des hydrogènes du groupe amine a été substitué par le radical allylisopropylacétique. C'est un hypnotique et un sédatif d'action légère et de toxicité excessivement peu élevée qui se présente sous forme de comprimés dosés à 0,25, dont on peut prendre facilement deux ou trois par jour et même davantage. Longuement expérimenté au triple point de vue chimique, physiologique et clinique, minutieusement étudié par M. Perget (*Th. de Paris*, 1928) et par M. Tibi, le sédormid s'est montré le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux. Entre le sédobrol si utile dans les symptômes nerveux et le somnifène, dont l'action contre les insomnies, l'agitation, le délire est aujourd'hui classique, le sédormid occupe une place excessivement importante : c'est l'hypnogène doux et inoffensif que l'on peut prescrire sans crainte chez tous ceux qui ne dorment pas par suite de quelque préoccupation morbide ou d'un surmenage physique ou intellectuel.

Etude sur le traitement du syndrome de Basedow, par le tartrate d'ergotamine (2), par Jacques Poncelet.

Après la communication de M. Tzanck, médecin des hôpitaux de Paris, à la Société médicale des hôpitaux, montrant les effets sédatifs de l'ergotamine sur la migraine vraie, sympathicotonique, rebelle aux traitements habituels, voici une bonne étude sur les effets de l'inhibiteur du sympathique dans la maladie de Basedow. C'est l'élément sympathicotonique de cette affection avec son cortège de symptômes : tachycardie, tremblement, psychisme, exagération du métabolisme basal qui est inhibé par le tartrate d'ergotamine ou gynergène. Ce médicament devient ainsi le véritable sédatif de Basedow lorsque la sympathicotonie domine la scène et un adjuvant précieux pour les autres thérapeutiques lorsque, a la sympathicotonie, s'ajoute une dysthroïdie.

La thèse de M. Poncelet, riche en observations cliniques, dont quelques-unes communiquées par MM. Sainton et Guy Laroche, médecins des hôpitaux de Paris, aboutit aux conclusions suivantes :

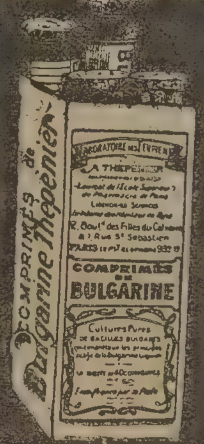
(1) *Th. de Lyon*, 1928.
(2) *Thèse de Lyon*, 1928.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

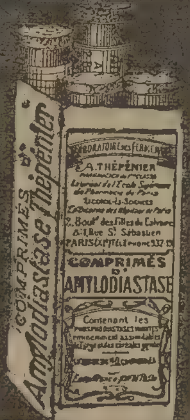
Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

« Tous les cas de maladie de Basedow ne réagissent pas au tartrate d'orgotamine, mais on constate, en général, une action favorable et d'intensité variable sur les différents symptômes.

Dans ces cas favorables, on observe les faits suivants :

a. Sur le goitre-tumeur, le traitement est souvent sans influence notable, cependant, le goitre peut diminuer et nous l'avons vu nous-même, dans un cas, disparaître presque en totalité.

b. L'exophtalmie diminue fréquemment.

c. Les modifications du tremblement sont difficiles à mettre en valeur, mais elles sont en général peu considérables.

d. La tachycardie diminue d'une façon progressive. Le pouls est plus stable, les palpitations disparaissent.

e. Le métabolisme basal est notablement abaissé et cette diminution se traduit, en général, par une augmentation de poids qui peut être considérable.

f. Les troubles subjectifs sont très améliorés, les malades sont moins nerveux, moins irritables, l'insomnie disparaît, et le psychisme est modifié rapidement.

Cette sédation générale obtenue par l'ergotamine est supérieure à celle qui détermine tout autre médication.

Le meilleur mode d'administration consiste à faire prendre par la voie gastrique des doses de 1 milligramme répétées trois à quatre fois dans la journée. En moyenne, ces doses varient de 3 à 6 milligrammes par jour (3 à 6 comprimés de gynergène). On commence par administrer 1/2 centimètre cube de la solution à 1 p. 2.000 en injection sous-cutanée pour apprécier si le malade réagit à l'inhibiteur, puis on passe aux doses moyennes ou fortes si on le juge utile, quitte à diminuer à nouveau la posologie en cas d'intolérance. »

Ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire (1), par le docteur André Gretheb.

C'est la fréquence des suppurations mandibulaires qui nous a suggéré de revoir la question de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Le terme ostéomyélite s'adressant au maxillaire inférieur est considéré comme une impropriété puisqu'à proprement parler nous n'avons pas de cavité médullaire.

Nous lui substituons celui d'ostéite suppurée qui répond mieux au syndrome anatomique et clinique de l'affection.

Nous proposons une nouvelle conception de l'os maxillaire inférieur, fondé sur des travaux étrangers, et sur notre expérience en clinique stomatologique.

Il y aurait dans le maxillaire inférieur un os primitif, l'os basal, sur lequel viendrait se greffer, pendant la période transitoire de l'existence des dents, un os alvéolaire, disparaissant après la chute de celles-ci.

Sauf quelques exemples très rares, dans l'immense majorité des cas, l'ostéite suppurée du maxillaire inférieur est d'origine dentaire. Elle s'attaque surtout à l'os alvéolaire.

L'ostéite suppurée du maxillaire inférieur d'origine dentaire est une entité clinique très nette et très fréquente.

La thérapeutique qui, mal menée, peut aboutir à des désastres, tant au point de vue de la fonction masticatrice qu'à celui de l'esthétique, doit être prudente.

La Haute fréquence en ophtalmologie. Diathermie médicale. Diathermie chirurgicale. Etincelage, par A. Monbrun, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, et M. Castéran, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris. Préface de M. le docteur F. de Lapersonne, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 127 pages, avec 22 figures. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques.) — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) *Th. de Montpellier*, 1929.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉNOPAUSE MASCULINE ET SON TRAITEMENT (1)

Par le docteur Savigny.

Il paraît étrange de parler de ménopause masculine, et, au point de vue étymologique, il y a évidemment impropriété de terme.

Celui-ci, cependant, dit bien ce qu'il veut dire, car il est certain que l'homme, comme la femme, subit, au décours de sa sexualité, une période troublée. C'est l'épreuve de la cinquantaine, bénigne chez les uns, mais plus sévère chez d'autres, où se manifestent à cette occasion de l'irritabilité, de la tristesse, de l'insomnie, de la céphalée, de l'asthénie neuromusculaire et intellectuelle qui, chez certains sujets, peuvent en imposer pour de graves désordres encéphalitiques.

Le pronostic est bon cependant; comme chez la femme, le traitement endocrinien joue le rôle principal avec quelques toniques et sédatifs du système nerveux.

L'extrait spermatogénétique, c'est-à-dire l'Androstine, sera prescrit à la dose de quatre à huit pilules par jour, pendant longtemps, plusieurs mois, et le traitement sera continué, même après la disparition des troubles pour en éviter le retour, jusqu'à la stabilisation de l'organisme.

Les résultats de cette opothérapie sont en général remarquables, parfois inespérés, comme dans le cas que cite l'auteur d'un malade de cinquante-quatre ans, chez lequel avait été porté le diagnostic de manie anxieuse qui avait dû cesser toutes occupations professionnelles et était à la veille d'être interné. Ce sujet, après trois mois de traitement, put reprendre toute son activité antérieure.

Pour être moins secoués pour la plupart, rares sont cependant les sujets qui échappent à cette crise *ménopausique*. Son interprétation dysendocrinienne permet de la juguler par le seul traitement adéquat : l'opothérapie orchitique au moyen de l'Androstine, forme sous laquelle elle est très active et remarquablement tolérée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PERSÉCUTIONS DE LA PROFESSION

Par le docteur Foveau de Courmelles.

Notre diplôme a été émietté sous toutes les formes, spécialités, légistes, radiologues, hygiénistes. Il n'est même pas nécessaire d'être médecin pour recevoir un diplôme d'hygiéniste de Faculté de médecine. Ces titres et surtitres peuvent prêter à confusion, sans préjudice du dommage causé aux anciens, depuis longtemps spécialisés.

Les étrangers, d'autre part, obtiennent facilement un diplôme qui théoriquement ne leur donne pas le droit d'exercer en France, mais qu'on transforme ensuite si facilement.

Nous sommes écrasés d'impôts et de devoirs, en raison inverse de nos droits. La patente qu'on nous a promis devoir se restreindre au seul local professionnel est toujours à l'état de promesse. (Le député Louis Rollin s'est attelé à cette question (*Le Journal*, 26 sept. 1929). Espérons que la prochaine loi de finances y songera. Agissons. La patente suivant l'augmentation des loyers serait désastreuse.

La chirurgie, dite « esthétique » en France, « cosmétique » à l'Etranger, que je préfère appeler « réparatrice », et qui a des adjuvants en maintes radiations, est poursuivie traquée... alors qu'elle a permis de vivre à maints mutilés de la

(1) *Les Sciences méd.*, 30 sept. 1928.


ERANOL
IODE COLLOÏDAL LIBRE
EN SUSPENSION AQUEUSE
LYMPHATISME
TUBERCULOSES
EMPHYSÈME
HYPERTENSION
RHUMATISMES
MYCOSES
Enfants : III à V gouttes pro die par année
Adultes : XL à C gouttes pro die en deux fois
LABORATOIRE DE L'ERANOL : 45, RUE DE L'ÉCHIQUIER. PARIS

guerre et déshérités de la vie. Dartigues s'en est fait l'éloquent apôtre!...

La radiothérapie est menacée, dangereuse, dit-on pour les voisins! Exagération contre laquelle j'ai protesté dans *Le Matin* du 26 septembre 1929.

On voit donc combien la profession médicale est mal protégée.

Est-il besoin de rappeler les nombreuses poursuites des clients, surtout de ceux soignés gratuitement ou au rabais : parapluies volés dans l'antichambre, jambes cassées par parquets trop cirés, accidents médicaux, radiodermites, toutes ces choses sont admises couramment par les juges qui condamnent. La faute n'est plus nécessaire, il y a dommage *par* ou *chez* le médecin, qu'il paie! Le professeur J.-L. Faure l'a dit, il y a trois ans, au Congrès de chirurgie qu'il présidait, en son discours inaugural : médecine et chirurgie deviennent inexerçables. Il y a des Compagnies d'assurances qui en raison des condamnations trop fréquentes ont décuplé leurs tarifs (en Amérique même, *Physical Therapeutics* de mon ami W. B. Snow, parle de quatre fois pour les radiologues).

Comme tout concourt à notre misère, à notre asservissement, que la saisie de nos instruments et livres est arrivée à certains, peut nous arriver à *tous* — je vais préciser — la C. T. I. a songé à nous faire réserver un minimum supérieur à celui de 300 fr. prévus en 1807, par l'article 592 du Code de procédure civile. Qu'a-t-on maintenant pour 300 fr.? Maître Sarran, signalant cela le 29 mai 1929 à notre groupe parlementaire de la Chambre demandait 3.000 fr., et j'ai ajouté : « qu'a la radiologue pour 3.000 fr. d'appareils? » La saisie des instruments peut être la condamnation à mort, au non exercice.

Tous, ai-je dit, nous pouvons être saisis, vendus, ruinés, par le fisc, un pseudo-créancier, un client grincheux, sans nous en douter même. Je précise. Supposons une absence. Les papiers timbrés n'arrivent pas par la poste, sont remis ou déposés sous enveloppe portant le cachet de l'huissier, dans une boîte aux lettres ou chez la concierge. Ces papiers timbrés *ne suivent pas* les destinataires qui par suite les ignorent — à moins que leurs concierges ne les leur envoient, mais si l'on est brouillé avec eux, cela arrive même aux plus honnêtes gens les moins débiteurs qui soient, les papiers timbrés se suivent rapides, jugements, signification, saisie, vente... Le serrurier requis par la loi ouvre la porte, on vend, on emporte. « Les absents ont toujours tort. »

Cela arriva en 1927 à la grande artiste Polaire en sa villa de la Côte d'Azur. Ne devant rien au fisc, elle fut, absente, poursuivie, vendue, ruinée, à son insu. L'Etat a toujours raison. Le pseudo-créancier profitant de votre absence pour réclamer une dette imaginaire, aussi; et s'il n'a rien comment lui faire réparer le dommage causé. Le remède simple, se rapportant à l'Etat, serait d'envoyer les papiers timbrés, par lettres recommandées. J'ai signalé cela en maints articles, et en écrivant à maints journalistes et parlementaires, en vain.

Le public en général, et les médecins en particulier que tout menace maintenant, fisc, clients bien soignés et imprudents ou grincheux, gratuits... doivent demander aussi cette sorte de protection contre « les huissiers qui sont pour tous des épées de Damoclès ».

— La grève médicale de Mulhouse a échoué. Les Caisses ont appelés des médecins d'ailleurs, et de nouveaux naturalisés sont venus (*Presse méd.*, 12 oct. 1929).

— La Chambre avait bien voté que les patentes ne suivraient pas les augmentations de loyers. Mais le Sénat a disjoint. Les patentes profitent aux seules communes qui fournissent les électeurs sénatoriaux (1929 en renouvelle). Toujours l'électeur! Il faut agir sur nos sénateurs. La C.T.I. va recommencer sa campagne près de son groupe parlementaire formé de députés et de sénateurs.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

JOURNÉES THERMALES, CLIMATIQUES ET TOURISTIQUES DES VOSGES. (BUSSANG, 14-15 septembre 1929.) — Ces Journées se sont déroulées au milieu d'une assistance nombreuse choisie parmi les notabilités du monde parlementaire, médical, thermal, touristique et hôtelier, assistées des personnalités les plus marquantes de l'industrie et du commerce, aussi bien régional que local. Leur organisation avait été parfaitement conçue par la Fédération thermale et climatique des Vosges et de la région de l'Est, sous l'influence agissante de son distingué président M. le professeur Perrin (de Nancy), de son secrétaire général M. le docteur Pierra (de Luxeuil), avec la haute collaboration de M. Hinzelin, président du Conseil d'administration des sources de Bussang, efficacement secondé par son actif secrétaire général M. Mathiot, et par toutes les autorités de la région de l'Est et du pays de Bussang.

C'est par un vrai coup de théâtre artistique que débutèrent ces Journées thermales. Ce fut, en effet, au « Théâtre du Peuple » que M. Charles Sadoul, le distingué directeur du « Pays lorrain », dans une conférence remarquablement documentée, nous expose les origines de Bussang et celles de son théâtre du peuple.

Puis c'est un extrait de l'œuvre remarquable de M. Maurice Pottecher « La Passion de Jeanne d'Arc » : une scène du 1er acte met tout d'abord au point l'état d'esprit qui était à l'époque celui du manant et de certain clergé; c'est ensuite le 4e acte tout entier (La Prison de Rouen et la Vision de Jeanne), dont la mise en scène, le jeu et la musique soulèvent des applaudissements enthousiastes.

La chorale des chanteurs alsaciens de Wesserling avait agrémenté d'une manière fort agréable le spectacle.

Après la distraction, le travail : A 18 h., nous entendions un rapport fort documenté de M. le professeur Caussade (de Nancy) sur les anémies infantiles; puis ce fut une excellente conférence de M. le docteur Baros (de Bussang) sur la thérapeutique par les sources de Bussang.

Le soir, à 21 h. 30 et jusqu'à 5 h. du matin, bal brillant donné dans les salons des grands hôtels des Sources.

Le lendemain dimanche, à 9 h., une conférence de M. le professeur Ledoux, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, mettait excellemment au point pratique la méthode de Whipple dans le traitement des anémies.

M. le docteur Merklen, directeur de l'Institut d'éducation physique de Nancy, terminait la partie scientifique par le récit fort instructif d'un voyage d'études dans une région thermale du nord de l'Espagne.

A midi trente, sous la présidence effective de M. Flayelle, sénateur des Vosges, 200 convives se réunissaient en un succulent banquet. Enfin, pour terminer, promenade en autocar : Ballon d'Alsace, Réservoir d'Alfred, vallées alsaciennes de Sewen, Masevaux et Thann par la route Joffre.

A 20 h. 20, se terminaient ces Journées médicales qui avaient été un véritable succès tout à l'honneur des organisateurs, à l'exemple de celles de Luxeuil en 1928.

IIe V. E. M. A. DES MÉDECINS DE MARSEILLE. — Le Médical-Auto-Club de Marseille, présidé par le docteur Ferran, vient d'effectuer, sous les auspices de la Faculté de médecine, son deuxième voyage d'études thermales (IIe V. E. M. A.) dans la région occidentale des Pyrénées, du 1er au 8 septembre. Ce voyage fut organisé et dirigé par le docteur Porcheron qui s'occupe depuis de nombreuses années de thermo-climatisme. La caravane, composée de 15 autos particulières et de 50 personnes, a visité, le 1er septembre : *Salies-du-Salat*, la jeune station aux eaux chlorurées sodiques, qui

se rénove complètement; *Encausse-les-Thermes* et *Barbazan*, deux stations anciennes qui se modernisent aussi; et *Luchon*, où elle séjourna jusqu'au 3 septembre. Dans cette station, elle admira le vaporarium unique dans le monde thermal. Le 3 septembre, elle franchit le Col de Peyresourde et s'arrête à *Capvern*, coquette station qui résume les indications de Vittel et de Vichy. Le même jour, elle atteint *Bagnères-de-Bigorre*, la station par excellence des nerveux et des neuro-arthritiques. Le 4 septembre, elle grimpe au Tourmalet (2.200 m. d'altitude) pour rejoindre Barèges par la montagne, *Barèges*, station sulfureuse d'une efficacité remarquable dans les affections osseuses et ostéo-articulaires. De là, elle s'est dirigée sur *Saint-Sauveur*, la station de la gynécologie, et sur Gavarnie. Le soir, elle arrivait à *Cauterets*, spécialisée dans les maladies de la gorge et du larynx. Le 5 septembre, après la visite des établissements thermaux, elle repart pour *Argelès-Gazost* qui mérite une plus grande renommée. De là, elle s'élance vers les cols de Soulor (1.450 m. d'altitude) et d'Aubisque (1.710 m. d'altitude) pour atteindre *Eaux-Bonnes* qui tend à reprendre sa réputation antique, avec ses eaux si efficaces dans les maladies des voies respiratoires. Le 6 septembre, la caravane visite *Eaux-Chaudes*, station remarquable dans les affections gynécologiques, et *Saint-Christau*, dont les eaux cuivreuses font merveille dans les leucoplasies et les maladies de la peau. Elle arrive le soir à *Salies-de-Béarn*, aux eaux fortement chlorurées sodiques, station des femmes et des enfants. Le 7 septembre, elle se dirige sur *Dax*, en pleine rénovation, et qui jouit de la triple ressource de ses boues végéto-minérales, de ses eaux sulfatées calciques et de ses sources chlorurées sodiques. Le soir, elle arrive à *Cambo*, station thermale et climatique, où sont installés pouponnière et sanatoria modèles. Enfin, le 8 septembre, la caravane visite *Biarritz*. Les Thermes-Salins et les plages émerveillent les voyageurs.

Dans ce voyage de huit jours, à travers les montagnes des Pyrénées, la caravane automobile a parcouru 2.000 kilomètres et a franchi tous les cols sans incident. Des réceptions magnifiques l'ont accueillie partout. Dans toutes les stations, le Corps médical, les administrations thermales, les syndicats d'initiative, les municipalités se sont unis pour fêter la caravane marseillaise. Merci à tous ces organismes. Grâce à eux, le IIe V. E. M. A. s'accomplit avec le plus grand succès.

LIVRES NOUVEAUX

Notions d'hygiène, d'anatomie et de physiologie de soins aux malades et de soins aux aliénés. Manuel des infirmiers et infirmières des hôpitaux et asiles (1), par le docteur Rodiet, médecin-chef de l'asile de Ville-Evrard, professeur aux Ecoles d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine. Prix de l'Académie de médecine 1926.

Dans tous les hôpitaux de Paris et des grandes villes, aussi bien que dans tous les asiles de France, les médecins et chirurgiens s'efforcent d'instruire les infirmiers et infirmières et de leur apprendre leur métier. L'Etat et les départements ont organisé des écoles dans tous les centres hospitaliers. Les infirmiers et infirmières doivent passer un examen pour obtenir le diplôme, qui leur permet ensuite la titularisation et l'avancement. D'excellents livres et manuels sont édités qui

(1) Un fort volume in-8 de 520 pages avec figures — Prix : 35 fr. — Paris, N. Maloine.



traitent les questions des cours et résument les notions d'anatomie, d'hygiène et de soins aux malades, nécessaires au personnel soignant. Mais, pour se conformer au programme, professer les cours ou les suivre, professeurs et élèves sont obligés de rechercher les réponses aux questions dans plusieurs livres ou manuels.

L'auteur a pensé que, pour épargner ce travail de recherches dans plusieurs ouvrages, il fallait grouper dans un seul livre, sous la forme de leçons, et en suivant le programme des écoles, toutes les réponses aux questions posées. Ce manuel répond donc à un besoin, puisqu'il résume et expose, dans le cadre des leçons prescrites, sous une forme claire et concise, les notions médicales, que les candidats infirmiers doivent apprendre; pour subir avec succès leur examen. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC

L'on désigne sous ce nom l'ostéo-arthrite tuberculeuse des articulations des *deux premières vertèbres cervicales* entre elles et avec l'occipital.

Cette variété est individualisée :

Anatomiquement, par son siège *au niveau des articulations vertébrales*.

Cliniquement, par sa *tendance spontanée à la guérison* et aussi par le danger qu'engendre le *voisinage du bulbe* en cas de déplacement des pièces osseuses.

Le mal de Pott sous-occipital :

S'observe à tout âge, mais plus particulièrement chez l'*adolescent* et l'*adulte jeune*;

Et chez l'adulte surtout apparaît souvent chez des sujets porteurs d'*autres foyers tuberculeux en évolution*.

CLINIQUE

1° Il peut évoluer de façon absolument latente et se *révéler brusquement par une complication*, mais ce n'est pas la règle.

2° Plus souvent il débute insidieusement, par

A. **Signes fonctionnels.** — *De la raideur de la tête et du cou*

Des douleurs.

a. Douleurs locales au niveau de la nuque;

b. Surtout *douleurs névralgiques* irradiant vers :

L'occiput;

La région temporo-mastoïdienne;

Le cou;

Et jusqu'au niveau des épaules.

Exagérées par les mouvements brusques, les secousses ou bien encore la nuit.

Calmées par le repos au lit.

B. **Signes physiques.** — 1° L'ASPECT. — Cette raideur de la nuque donne :

« *Un aspect guindé* », puis rapidement la tête prend *une attitude vicieuse*, *flexion* avec ou sans *inclinaison latérale*, et parfois rotation.

2° LES MOUVEMENTS DE LA TÊTE SONT LIMITÉS.

— Pour regarder de côté l'enfant tourne les yeux et non la tête, ou bien le tronc pivote tout entier.

— Pour ramasser un objet à terre il fléchit sur les genoux, mais la tête et le tronc restent verticaux.

Les mouvements provoqués, cherchés avec grande douceur, réveillent une vive douleur.

3. PALPATION :

En arrière, *la fossette de la nuque est effacée*, empâtée, douloureuse, et l'on ne sent plus l'apophyse épineuse de l'axis.

Latéralement, au-dessous de la mastoïde, l'on réveille une douleur limitée répondant aux masses latérales de l'axis.

En avant, par le toucher pharyngien, l'on peut explorer la face antérieure des vertèbres et réveiller *une douleur*.

Cette manœuvre n'est pas sans danger, car si l'enfant se débat une luxation brusque peut se produire.

4. L'on cherche encore l'*engorgement ganglionnaire*.

Au niveau de la nuque,

En arrière du sterno dans le sommet du triangle sus-claviculaire,

Ganglions petits, mobiles, douloureux.

ÉVOLUTION

1. Traité dès cette période de début : l'on a toutes les chances d'éviter les complications nerveuses si fréquentes et si graves. Le pronostic est alors favorable.

2. Méconnu, l'évolution se poursuit.

a. **Signes fonctionnels** : L'*attitude du torticolis* et la *raideur* s'exagèrent;

Les *douleurs*, plus intenses surtout la nuit.

b. **Signes physiques**. — 1. L'ASPECT. — La *flexion de la tête s'accentue*, de même que l'inclinaison latérale.

2. MOUVEMENTS. — Il évite tout mouvement de la tête, et ne se fiant plus à la contracture musculaire, il la tient pour marcher, se lever, se coucher.

3. PALPATION. — L'*empâtement de la région de la nuque* est manifeste.

Parfois : La *saillie de l'apophyse épineuse de l'axis* redevient perceptible en arrière.

L'*arc antérieur de l'atlas proémine* en avant.

Ces deux symptômes joints à l'attitude de flexion de la tête traduisent la SUBLUXATION LENTE DE L'ATLAS EN AVANT.

Si l'apophyse épineuse reste sur la verticale le glissement est bilatéral, s'il est unilatéral elle se dévie du côté vers lequel regarde le menton (Broca). (*A suivre.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — POUR VOUS RENDRE AU MAROC, EMBARQUEZ-VOUS A MARSEILLE. — C'est, en effet, par Marseille que s'effectue la traversée la plus rapide, la plus confortable et la plus économique de France au Maroc.

Les luxueux navires de la Compagnie Paquet (tels le *Maréchal Lyautey* et le *Nicolas Paquet*, 10.500 tonnes, les plus grands paquebots desservant l'Afrique du Nord), partent tous les samedis à 11 h. de Marseille pour Tanger et Casablanca qu'ils atteignent respectivement le lundi vers midi et le mardi matin.

Les paquebots arrivant toujours dans la matinée, aucun transbordement ne se fait pendant les heures de nuit.

Le prix du billet comporte la nourriture à bord, vin compris. Au surplus, de Marseille à Casablanca et réciproquement les voyageurs n'ont pas à quitter le paquebot pour emprunter d'autres moyens de transport nécessitant des frais d'hôtel (chambre et repas).

Des billets simples valables quinze jours et des billets d'aller et retour valables trente ou quatre-vingt-dix jours, avec enregistrement direct des bagages, sont délivrés dans les principales gares P.-L.-M et dans les agences de la Compagnie Paquet, pour Tanger, Casablanca et les principales gares du Maroc.

De Tanger, partent également les vapeurs qui desservent les autres ports du Maroc : Mazagan, Saffi, Mogador, Agadir; les ports de rivière : Larache, Rabat, Kénifra et les ports du Maroc espagnol : Melilla, Villa San Jurjo, Ceuta. Environ 360 départs par an (passagers et marchandises) sont ainsi assurés par la Compagnie Paquet.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ
prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 15 octobre. — Questions données : « Angine de la scarlatine. — Symptômes et diagnostic de l'ostéomyélite des os longs. »

MM. Soubrane, 17; Thiboumery et Lemant, 12; Boussoulade et Cachin (Ch.), 17; Cohen (Adrien), 22; Vaidié, 24; Kreyts (Paul), 26; Sabourin, 16; Jouffroy, 13.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Turpin, Paraf, Oberlin, Levesque, Halphen, qui acceptent; Debray, Maurer, Wilmoth, Huet, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hautant, Le Mée, Lemaître, Rouget, Heuyer, qui acceptent; Bourgeois, Deniker, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

GUERRE. — Un concours sera ouvert le mercredi 27 novembre 1929, à 9 h., à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant et à un emploi de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien;

3° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1929, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1929; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux;

4° Avoir satisfait au 31 décembre 1929 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée;

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les épreuves à subir seront :

A. *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Un interrogatoire sur l'hygiène.

B. *Pour les pharmaciens.* — 1° Une composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie;

2° Interrogatoire portant sur quatre questions : une de physique, une de chimie, une d'histoire naturelle, une de pharmacie;

3° Epreuve de chimie analytique, recherches des acides et des bases renfermés dans plusieurs sels solides ou dissous;

4° Vérification et titrage d'un médicament.

Nota. — Tous les candidats seront, en outre, soumis à un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929. (Pour les autres renseignements, majoration de points et pièces à produire, voir *Journal officiel*, 13 oct. 1929, p. 11498.)

ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche.
Insuffisance ventriculaire droite.
Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1929 :

Ligne médicale. — Candidats à quatre inscriptions :

MM. Rautureau, Barroux, Domairon, Decugis, Raoult, Juguet, Brisou, Goguet, Quéru, Brusq, Pelon, Pons, Arnaud, Homberg, Bartre, Touzin, Robin, Laquintinie, Baillet, Le Maignan de Kérangat, Moner, Perrin, Godeau, Paoli, Mathias, Dozoul, Verprat, Barrau, Lagarde, Dardill, Prost, Bies, Miossec, Caussain, Le Gall, Bouissou, Benderitter, Riu, Guevellou, Le Breton, Mauze, Leonetti, Rabier, Juskiewenski, Brunies, Lapeyre, Fricaud, Gillet, Boscq, Cochard, Laporte, Le Minor, Liscoet, Vergnes, Le Mee, Ollivier, Benmerabet, Quinquis, Mille, L'Hôtellier, Rampont, Carbies, Rouvellat de Cussac, Le Roux, Dilhac, Goerger, Robineau, Jourdain, Sergent, Provost, Kerguelen, Aymé, Ghersi, Goudin, Le Breton, Clenet, Cuq, Lansade, Chassain, Gloaguen, Audemard, Dumas, Ragusin, Isoard, Le Bihan, Robert, Galibern, Soumaire, Messner, Gauffriaud, Imbert, Courtel, Dagorn, Martin.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Boismoreau (de Saint-Mesmin), mort victime de son dévouement.

CINQUANTENAIRE DU CONCOURS MÉDICAL (1879-1929). — CONGRÈS ORGANISÉ LES 17 ET 18 NOVEMBRE 1929. — Les fêtes organisées à l'occasion du cinquantenaire de notre excellent confrère le *Concours médical* sont provisoirement arrêtées de la façon suivante :

Dimanche 17, à 11 h. : dépôt d'une gerbe de fleurs au monument, élevé à la Faculté de médecine, aux médecins morts pour la France,

A 15 h., salle des des concerts du « Majestic », 19, avenue Kléber : séance solennelle présidée par M. le docteur Oberkirch, sous-secrétaire d'État au ministère de l'Hygiène.

Partie artistique, avec le concours de l'orchestre médical et d'artistes de la Comédie-Française.

A 20 h., soirée de gala à l'Opéra Comique : La peau de chagrin.

Lundi 18 : au *Concours médical*, de 10 h. à midi : séances du Congrès.

A 14 h., départ pour la visite, en auto-cars, du musée de la Malmaison.

Retour par Versailles.

De 15 à 18 h., assemblées générales du *Concours médical* et de ses œuvres.

A 19 h. 30 très précises, à l'hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle ; banquet suivi d'une soirée dansante.

Conditions : Médecins abonnés au *Concours médical* ou membres de ses filiales, *Sou médical* et *Mutualité familiale*, 125 fr., donnant droit au banquet, à la soirée dansante, à l'excursion et au gala de l'Opéra-Comique.

Leurs femme et enfants (par personne), 100 fr.

Souscription au banquet et à la soirée, 80 fr.

Les membres du *Concours médical*, adhérents au Congrès, jouiront du demi-tarif, de leur domicile à Paris, et retour, sur tous les réseaux, du 13 au 21 novembre.

N. B. — Une permanence fonctionnera au *Concours médical* 37, rue de Bellefond, le samedi 16 novembre, de 15 à 17 h., pour fournir tous renseignements et remettre tous documents aux adhérents.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. NOBÉCOURT.) — M. Nobécourt commencera le cours de Clinique médicale des Enfants le lundi 4 novembre 1929, à 9 h.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 h. : Policlinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence à l'amphithéâtre, par M. Jean Hutinel, agrégé. Affections de l'appareil digestif.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Samedi, à 10 h. : Cours de clinique à l'amphithéâtre, par le professeur (premier cours le 16 novembre).

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1930.

— COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades.) — M. le professeur Ombrédanne commencera l'enseignement de Clinique chirurgicale infantile le lundi 4 novembre 1929, et le continuera d'après le programme suivant :

Lundi, à 9 h. 30 : Examen de malades nouveaux à l'amphithéâtre, par le professeur.

Jeudi, à 9 h. 30 : Démonstrations opératoires, par le professeur. — Opérations spéciales. — Opérations nouvelles.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon clinique, par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçons complémentaires de chirurgie infantile, par les chefs de clinique.

Mercredi, à 10 h. 30 : Leçons complémentaires d'orthopédie, par les assistants d'orthopédie.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT). — *Programme général des conférences.* — 1° Le mercredi, à 11 h. : Conférence clinique faite par M. Sergent qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéressant la Clinique générale.

2° Le vendredi, à 11 h. : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique, ou par une personnalité étrangère au service.

3° Le mardi, à 10 h. : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, par MM. F. Bordet et René Mignot, anciens chefs de clinique.

4° Le lundi, le mardi et le jeudi, à 9 h. : Conférences élémentaires de technique et de sémiologie.

5° Le lundi et le jeudi, à 9 h. 1/2 : Séances de pneumothorax artificiel, par MM. F. Bordet et René Mignot, anciens chefs de clinique.

6° Le mercredi, à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Viguerie.

7° Le vendredi, à 9 h. 1/2 : Conférence-consultation sur les maladies du tube digestif (radioscopie et endoscopie), par M. le docteur P. Oury, ancien chef de clinique.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Benda, Lonjumeau, Vibert, et les chefs de laboratoire : MM. Henri Durand et Couvreux. — Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la Clinique.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris. ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST À L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 3, Quai aux Fleurs. — PARIS.

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

**MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA**

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour
Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

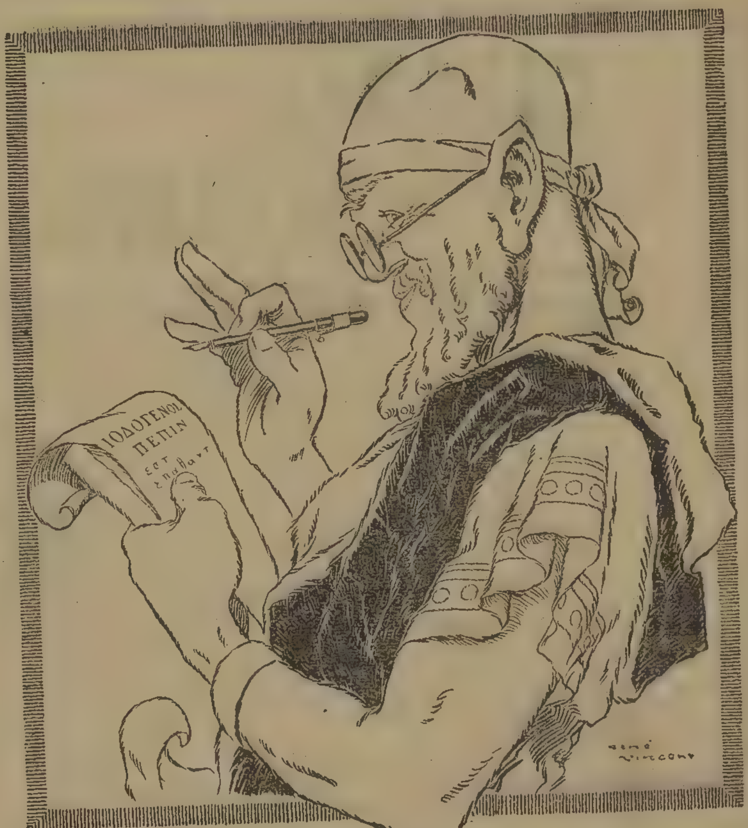
d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



TOUX. EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.
BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.
Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. – 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES – GRIPPE – RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

XIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 11 octobre 1929 (1)

Le vendredi 11 octobre s'est tenue dans l'amphithéâtre Vulpian la XIe Réunion de la Société française d'orthopédie, sous la présidence de M. Albert Mouchet.

L'auditoire était encore plus nombreux que de coutume, on y notait en particulier, en plus des orthopédistes belges et suisses toujours fidèles à ces Réunions, de nombreuses notabilités de l'étranger, preuve de la grande vitalité de cette jeune Société.

La Société a eu à regretter dans le cours de l'année la mort d'Albert Reverdin (de Genève), Dehelly (du Havre) et de Ducroquet (de Paris). Inutile de rappeler la place considérable que ce dernier tenait dans l'orthopédie française et le vide laissé par sa disparition.

PREMIÈRE QUESTION

LES OSTÉITES JUXTA-ARTICULAIRES

Rapporteur : M. Andrieu (de Berck).

Très sagement, le rapporteur commence par délimiter son sujet. Il distingue les ostéites *para-articulaires*, qui ne sont pas dans le voisinage immédiat de l'articulation, des ostéites *juxta-articulaires*; celles-ci sont tout à côté, et ce qui constitue leur intérêt c'est cette proximité immédiate, menace constante de propagation articulaire. Si le diagnostic de telles lésions peut être fait avant cette propagation, ne peut-on espérer qu'une intervention faite en temps opportun ne puisse la prévenir. C'est là le nœud de la question. Aussi, comme le fait remarquer le rapporteur dans les ostéites des petits os où la propagation aux articulations qui les entourent est inévitable, leur étude offre peu d'intérêt. C'est pourquoi le rapport se limite à l'étude des ostéites des gros os longs et plats des membres, du bassin et de la ceinture scapulaire, à proximité immédiate des grosses jointures.

Il ne s'agit naturellement que des ostéites chroniques, et celles-ci sont de nature différente : tuberculeuses le plus souvent, syphilitiques parfois, ostéomyélitiques rarement.

La fréquence de ces ostéites juxta-articulaires est grande Le rapporteur a pu en réunir 168 cas sur 151 malades observés en dix ans à Berck dans des formations hospitalières et en ville. Il résume leur histoire dans un tableau.

Un premier fait frappe : la multiplicité des lésions; 11 malades avaient deux foyers juxta-articulaires, 3 en présentaient trois, en plus 43 étaient porteurs d'autres foyers. Cette multiplicité s'observe surtout chez les très jeunes enfants, et chez eux il s'agit alors de petits foyers, exceptionnellement l'association comporte un gros foyer (coxalgie, mal de Pott).

Deux notions d'anatomie sont indispensables à connaître pour étudier ces ostéites : l'âge de soudure des épiphyses, la disposition de la synoviale par rapport à cette épiphyse.

Le cartilage de conjugaison oppose chez l'enfant une barrière à la propagation des lésions de la diaphyse vers l'épiphyse et de là vers l'articulation. Sa disparition fait disparaître cet obstacle.

Les points osseux épiphysaires et la région bulbaire de la diaphyse ont des rapports très variables avec la synoviale. Certaines parties de la diaphyse peuvent être intra-articulaires, des portions d'épiphyse au contraire se trouver extra-articulaires. Ces dispositions ont un gros intérêt, non seulement pour comprendre la gravité d'une localisation d'ostéite par rapport à la propagation à l'articulation, mais aussi pour savoir quelles régions sont accessibles à l'action chirurgicale par voie extra-articulaire, la seule autorisée dans ces cas.

Le rapporteur indique pour chaque articulation l'histoire du cartilage de conjugaison, et, par des schémas précis, démontre les rapports précis des extrémités osseuses avec la cavité articulaire.

Il expose ensuite les caractères anatomiques et radiographiques de ces lésions.

Pour la tuberculose osseuse, on retrouve ses deux formes anatomiques : infiltration diffuse, forme de début qui échappe pendant longtemps aux recherches radiograqhiques, tandis que plus tard la formation d'une caverne avec ou sans séquestre se dépiste facilement sur les clichés.

Lorsque la lésion siège sur la diaphyse, près du périoste, celui-ci réagit; il se crée des périostoses dont le type est le spina ventosa du jeune enfant dont l'extrémité supérieure du cubitus est le siège de prédilection.

A remarquer que chez l'enfant, du fait de la croissance, un foyer primitivement juxta-articulaire peut avec les années s'éloigner peu à peu de l'articulation.

L'extension du foyer peut se faire en deux sens : soit vers l'extérieur (abcès, fistules), soit vers l'articulation.

Cette dernière est précédée de réactions articulaires sur lesquelles le rapporteur insiste. Elles se traduisent par de l'épaississement synovial, de l'hydarthrose qui peuvent, après immobilisation, rétrocéder sans laisser de traces.

Le voisinage du foyer influe sur l'évolution des cartilages de conjugaison entraînant, soit un allongement du membre, soit plus tard un raccourcissement ou des déviations tardives fréquentes, surtout au genou.

Les localisations principales sont les suivantes :

A l'épaule, le plus souvent dans l'humérus, région bulbaire (cavernes avec séquestres).

Au coude, dans les trois quarts des cas, c'est le cubitus qui est atteint (caverne bulbaire avec ou sans séquestre, avec réaction périostique de spina ventosa chez les jeunes).

Au poignet, ce sont des cavernes de la diaphyse radiale.

A la hanche, des trois os qui forment le cotyle c'est l'ilion qui est le plus souvent atteint (infiltration et caverne du sourcil cotyloïdien et du plafond); plus rares sont les lésions limitées de l'ischion ou du pubis à proximité de l'articulation.

Les ostéites limitées du col et de la tête fémorale sont plus rares, surtout chez l'enfant. L'infiltration avec ramollissement osseux peut donner une incurvation, un affaissement du col, et la guérison s'obtient par recalcification en coxa vara au bout de plusieurs années. Mais la lésion la plus fréquente est la caverne située le plus souvent à la partie inférieure du col.

Au genou, les lésions du tibia, le plus souvent dia-épiphysaires, envahissent rapidement l'articulation, aussi peut-on observer rarement une ostéite limitée juxta-articulaire.

Au fémur, ce sont les cavernes des condyles fémoraux avec ou sans séquestres qu'on trouvera habituellement.

Au cou-de-pied, les lésions limitées siègent plus souvent sur le péroné que sur le tibia.

La symptomatologie de ces ostéites, au moins au début, manque de netteté : douleurs vagues, troubles fonctionnels très légers.

Quelquefois c'est la présence d'un abcès, d'une fistule qui amène le malade à consulter. Mais le plus souvent c'est l'éclosion d'une poussée de réaction articulaire. On trouve alors tous les signes d'une arthrite : douleur, chaleur, gonflement, empâtement synovial, hydarthrose, limitation des mouvements. Mais, signe très important, cette limitation des mouvements est peu intense, ne frappe pas tous les mouvements, certains restant libres. La poussée finie, tous ces signes disparaissent.

La symptomatologie est trop fruste pour entraîner la con-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

viction. La radiographie seule peut permettre un diagnostic ferme. Il faut faire des épreuves de face et de profil, et le côté opposé (fréquence des lésions symétriques).

Ces ostéites procèdent par poussées. Elles ont une tendance spontanée à la guérison ; 84 p. 100 des cas réunis par le rapporteur et non opérés ont guéri. Mais la propagation articulaire est fréquente : 33 cas sur 132 ostéites. Point capital, elle est moins fréquente après l'opération qu'avec l'abstention.

La durée d'évolution varie entre dix-huit mois et trois ans selon les régions; mais les rechutes existent et la propagation articulaire est possible après un silence de trois, quatre, dix et même quarante années, comme le montre le rapporteur.

L'arthrite consécutive ne paraît pas avoir une gravité particulière.

Le diagnostic, en dehors des poussées, est une découverte radiographique.

En période de poussée, on distinguera la simple réaction articulaire de la véritable arthrite par la discordance entre les signes fonctionnels légers et les signes physiques importants. D'ailleurs la mise en traitement (immobilisation) calmera rapidement les signes de réaction si l'articulation n'est pas atteinte. C'est là le principal critérium.

Pour la recherche de la nature de l'ostéite (tuberculose, syphilis) les recherches de laboratoire seront d'un grand secours.

La gravité de ces ostéites réside dans la possibilité de leur propagation articulaire fréquente, surtout à la hanche. Cette propagation est possible très longtemps après la guérison apparente du foyer. Même guéries, ces lésions, entraînent souvent des troubles d'accroissement du membre (allongement, raccourcissement, déviations).

Le traitement doit viser à empêcher, si possible, l'invasion articulaire. Le rapporteur discute à ce point de vue les avantages et inconvénients que présentent les deux modes de traitement : conservateur et opératoire.

Mais le suprême argument, l'examen des faits qu'il a observés, montre que les résultats éloignés, définitifs est en faveur de l'opération; la fréquence de l'envahissement articulaire est moindre quand on est intervenu.

Il fait cependant des réserves pour la hanche. Ici l'avantage de l'intervention apparaît moins nettement.

Pour les cols surtout, après opération, l'invasion articulaire est encore bien fréquente. Le curettage des cavernes du toit cotyloïdien donne des succès plus constants.

Pour opérer il faut attendre que la lésion soit déjà ancienne, bien limitée.

En terminant, le rapporteur expose la technique suivie à Berck pour l'abord de ces lésions du col et du toit du cotyle.

Les résultats éloignés de ces opérations sont encourageants : 16 opérés revus de trois à vingt et un ans après l'intervention sont restés tous guéris (4 cubitus, 4 radius-poignet, 5 fémurs-genou, 2 tibias-genou).

Opéré ou non, le membre sera maintenu immobilisé tant qu'il existera un signe pathologique.

Discussion.

M. Frœlich (de Nancy) est nettement conservateur. L'intervention lui a donné des résultats déconcertants.

Sur quatre opérés, il a un résultat bon mais récent, deux fois la maladie a continué à évoluer sans modification, et le dernier cas a été un désastre.

Trois cas traités par la méthode conservatrice ont donné des résultats plus satisfaisants.

M. Pouzet (de Lyon) apporte les résultats éloignés de ces ostéites; 55 observations du service de M. Nové-Josserand. Le premier point à noter est l'évolution habituellement favorable de ces ostéites, avec conservation articulaire même s'il y a eu arthrite, ce qui tient à ce qu'un seul des os de l'articulation a été atteint. Y a-t-il avantage à opérer ces cas? Pour se faire une opinion il ne faut pas se baser sur des chiffres, des statistiques. Il faut se baser sur une impression clinique, car les cas ne sont jamais comparables. Or cette impression est favorable. Les résultats sont bons quand on opère en dehors des poussées articulaires. Si on opère lors d'une poussée ils sont au contraire médiocres.

L'expérience prouve que cet évidement même à travers le cartilage de conjugaison ne cause pas de troubles de croissance.

M. Nové-Josserand opère au coude, au genou, — mais pas à la hanche. Il faut attendre l'enkystement du foyer — et il semble inutile et difficile d'opérer les petits enfants. Au total il faut savoir être éclectique, discuter et choisir les cas, s'abstenir dans certains, opérer dans d'autres.

M. Trèves (de Paris) abstentionniste autrefois est devenu interventionniste, dans l'espoir d'éviter l'arthrite, et de raccourcir le traitement, et cela surtout à la hanche. Il insiste sur les bons résultats qu'on peut obtenir, exemple en mains, si on complète l'intervention par une cure d'héliothérapie.

M. Rœderer (de Paris) montre par des projections de films les divers types d'ostéites juxta-articulaires qu'il a pu observer au genou, au coude, au poignet, à la hanche.

Il insiste sur l'évolution spéciale que présente à la hanche les cavernes du sourcil : période latente avec douleurs vagues, parfois un abcès, puis arthrite à début dramatique, et ensuite évolution d'une coxalgie qui n'est pas particulièrement grave.

Il ne conseille pas d'opérer ne voyant pas dans la clinique un critérium pour l'intervention.

M. Sorrel (de Berck) est très catégorique. En principe une ostéite juxta-articulaire doit être opérée. Mais il faut pour pouvoir le faire réunir certaines conditions.

D'abord le diagnostic de la nature tuberculeuse de la lésion doit être fait. Ici le critérium c'est l'abcès, ou l'image radiographique de la caverne avec sequestre.

L'opération doit être discrète : enlever séquestre, fongosités, respecter la coque de défense osseuse.

Enfin il faut attendre que la réparation osseuse soit complète avant de mobiliser l'enfant, sans quoi on aura des rechutes.

Moyennant ces précautions on aura des succès. Mais pas d'une manière constante.

M. Nové-Josserand (de Lyon) croit que les réactions articulaires dont parle le rapporteur sont bien plus souvent qu'on ne le pense des lésions tuberculeuses discrètes. Quand il intervient sur l'os il explore l'articulation par une boutonnière et a vu ainsi dans ces cas des synoviales rouges, fongueuses d'aspect tuberculeux.

Pour lui il faut intervenir toutes les fois que la lésion présente une marche évolutive, et menace l'articulation, à condition que l'abord de la lésion soit facile. Si par l'immobilisation la lésion rétrocède, si son abord nécessite des dégâts sérieux, il vaut mieux s'abstenir.

L'éclosion de l'arthrite ne doit pas être une contre-indication formelle à l'acte opératoire : il ne faut pas oublier que dans ces cas l'articulation n'est pas prise en masse mais qu'un seul os est frappé. L'évidement de son foyer, peut améliorer le résultat fonctionnel définitif.

Enfin après guérison de l'arthrite on peut voir des récidives dès qu'on cherche à mobiliser tant que le foyer osseux n'aura pas été évidé.

M. Bufnoir (de Cannes) rapporte le cas d'une ostéite juxta-coxale ayant donné lieu à une coxalgie au bout de quarante ans.

Il cite aussi deux cas opérés : dans l'un une fistule conduisit dans un foyer iliaque du bassin, le résultat fut d'abord bon, puis on observa une coxalgie avec lésions iliaques considérables.

Dans l'autre au contraire l'évidement itératif (3 opérations) d'un foyer du tibia tout contre l'articulation se termina par guérison avec intégrité articulaire.

M. Meyer (de Strasbourg) insiste sur la fréquence probable des lésions mycosiques méconnues dans les ostéites. Il en avait apporté un exemple l'an dernier. Il en apporte deux nouveaux cas cette année. La difficulté pour la recherche systématique des mycoses est l'absence de moyens de culture simples et pratiques.

M. Rocher (de Bordeaux) préfère intervenir en particulier dans les hanches. Il est intervenu quatre fois dans des lésions limitées du col (un cas d'ostéomyélite, trois cavernes tuberculeuses) un cas s'est terminé par ankylose, les autres avec intégrité des mouvements.

L'auteur insiste sur l'absence de critérium clinique pour savoir si l'articulation est réellement atteinte.

L'opération n'abrège pas le traitement orthopédique, l'immobilisation doit être très prolongée, mais elle met plus sûrement à l'abri de l'invasion articulaire.

M. Martin du Pan (de Genève) s'étonne qu'on n'ait pas parti du plombage à la pâte de Moosetig qu'il pratique toujours.

Les cas d'ostéites évoluent très différemment. Il y a de bons et de mauvais cas et il faut choisir pour s'abstenir ou pour opérer.

Somme toute, il résulte du remarquable rapport du docteur Andrieu et de la discussion qui a suivi, que les ostéites juxta-articulaires ont intérêt à être recherchées, leur diagnostic est difficile cliniquement, radiologiquement; le laboratoire aura le dernier mot.

On sera autorisé à opérer seulement dans un certain nombre de conditions : diagnostic, étiologie établi, absence de réaction articulaire, preuve radiographique de la limitation du foyer, abord facile du foyer.

L'opération ne doit pas dispenser du traitement par immobilisation et du traitement général qui sera continué jusqu'à reconstitution osseuse.

Dans ces conditions seules, on peut espérer diminuer dans quelques cas le nombre des propagations articulaires de ces ostéites, mais les échecs restent encore fatalement fréquents.

DEUXIÈME QUESTION

LES LUXATIONS RÉCIDIVANTES DE L'ÉPAULE

Rapporteur : M. L. Tavernier (de Lyon).

Il existe une variété de luxation de l'épaule en avant qui présente comme particularité la facilité désespérante de sa reproduction, à l'occasion même de traumatismes insignifiants.

Elle est surtout l'apanage des épileptiques autour de leur vingtième année; plus fréquente naturellement chez l'homme.

Le traumatisme qui a déterminé la première luxation est parfois minime, mais le plus souvent sérieux. Puis au fur et à mesure que les récidives se répètent, la cause de la reproduction devient de plus en plus insignifiante.

Les symptômes cliniques de la première luxation n'ont rien de particulier. Ce qui fait la particularité de la maladie, c'est le caractère de plus en plus spontané des récidives. Parallèlement, la réduction devient de plus en plus facile, et n'exige plus l'anesthésie. Ce n'est plus une luxation récidivante, dit le rapporteur, mais une luxation habituelle.

Exceptionnellement, on voit des cas de guérison spontanée; d'ordinaire la maladie devient permanente et constitue une véritable infirmité.

Jusqu'à ces dernières années, on était resté fort perplexe sur les raisons de cette vulnérabilité particulière de certaines épaules.

On incriminait, à tort, la mobilisation trop précoce du blessé. L'arrachement de la petite tubérosité et des muscles qui s'y attachent détermine, comme le montre un schéma de Perthes, un agrandissement de la cavité capsulaire qui prédispose à la reluxation; mais c'est là un cas particulier qui ne se retrouve pas ici dans ces luxations.

La laxité anormale de la capsule a été invoquée et cette théorie a donné naissance à la méthode thérapeutique des capsulloraphies et plissements capsulaires. Mais la distension capsulaire s'est montrée inconstante — lors des explorations par sa face externe de l'articulation. — Et les capsulloraphies donnaient des résultats très inconstants. Il faut donc chercher ailleurs.

Si on ouvre l'articulation et qu'on l'explore par arthrotomie on constate des lésions très particulières sur lesquelles insiste le rapporteur : la capsule présente près de son insertion au bourrelet glénoïdien une large déchirure à grand axe vertical. Cette ouverture communique avec une poche située sous le sous-scapulaire, au devant du col de l'omoplate. Le bourrelet capsulaire est détruit, encoché par en bas.

C'est par cette brèche capsulaire que sort la tête humérale et c'est dans cette poche qu'elle se loge.

Exceptionnellement, au lieu de se déchirer la capsule se désinsère créant ainsi le décollement capsulo-périodique décrit par Broca et Hautmann. Ce sont là les dispositions fondamentales sans lesquelles la luxation ne se produirait pas. Ce sont des conditions nécessaires, mais pas suffisantes car l'obturation opératoire de la brèche est suivies de récidives.

Il faut donc chercher la cause de la reproduction des lésions capsulaires.

Ce sont des déformations particulières de la tête humérale qui sont la cause initiale de la production de la luxation et de l'entretien des lésions capsullaire.

Ce sont les travaux des auteurs français et, en particulier, Grégoire (1913) et de Barzy (1918) qui ont éclairci définitivement ce problème pathogénique.

Ces déformations, d'origine congénitale, sont de deux ordres.

1° Une encoche postérieure, reliquat d'un arrêt de développement. En position d'abduction et rotation externe, cette encoche s'accroche au bord antérieur de la glène et lorsque le membre reprend la rectitude, la tête distend et rompt la capsule. Cette malformation prédispose à la luxation en produisant la rupture capsulaire.

2° Le col et la tête fémorale présentent une déformation en hachette, en maillet, bien mise en évidence par la radiographie. Le col est allongé, incliné en varus, la tête aplatie et débordant le col par le haut et le bas. En plus, le col est désaxé. La tourne ne tourne plus sur place, mais en excentrique, et dans les mouvements de rotation distend la capsule. Elle agit comme une came qui, par sa pression, une fois la rupture capsulaire produite la distend, l'empêche de se cicatriser.

La pathogénie s'établit ainsi : la luxation habituelle résulte d'anomalies de développement de la tête humérale; l'une prédispose à la rupture de la capsule et à la sortie de la tête, l'autre entretient cette déchirure et prépare les récidives.

L'étude des différentes méthodes de traitement qui ont eu successivement leur moment de vogue montre bien l'exactitude de cette conception.

Le rapporteur divise ces méthodes en deux groupes : celles qui visaient à supprimer la cause de la récidive, et les opérations palliatives.

Dans le premier groupe, il faut placer d'abord la capsulloraphie qui a été très en honneur après que Ricard eut publié, 1894, un procédé de capsulloraphie antérieure par plissement simple et qui semblait efficace. Cette vogue s'atténua lorsqu'on constata la fréquence des récidives. Le procédé de Ricard fut remplacé par celui de Turner ou capsulloraphie rétro-vasculaire par voie axillaire. Ce procédé délicat dut ses succès surtout à la raideur articulaire et à la limitation de l'abduction consécutives.

Les capsulloraphies ont donné de beaux succès immédiats,

mais dans bien des cas, à la longue, la capsule se distendait à nouveau, la récidive était fréquente. C'est pourquoi on a cherché à renforcer la capsule au moyen de tendons, de greffes de fascia lata entourant le col huméral, de véritables téno-suspensions, opérations qui ont fourni de bons résultats mais d'exécution difficile.

La suture de la déchirure capsulaire par voie intra-articulaire, opération logique puisqu'elle supprime l'accès de la poche dans laquelle la tête se luxe, a eu de fervents défenseurs parmi lesquels le rapporteur s'était rangé.

Mais cette méthode aussi était suivie de récidives parce qu'elle n'obviait qu'à une partie des lésions, les lésions capsulaires seules connues alors, et négligeant les déformations osseuses encore inconnues et cause primordiale de tout le mal. Le rapporteur conclut : « Je crois donc aujourd'hui que la suture de la brèche capsulaire, si rationnelle qu'elle paraisse devant la lésion, n'est logique qu'en apparence; et qu'en tout cas elle est incapable d'assurer d'une façon définitive, à elle seule, un succès définitif. »

Les opérations musculaires, réinsertion des muscles épineux, sections musculaires, ont eu peu de succès. Il n'en est pas de même des autoplasties musculaires qui ont eu une grande vogue (opération de Clermont-Erlich, ou Finsterer). Elles agissent surtout comme la téno-suspension.

Le creusement de la cavité glénoïde ne peut donner grand chose. Il n'en est pas de même de la résection qui amenait la guérison sans qu'on vît trop pourquoi. On se rend compte aujourd'hui qu'en supprimant l'encoche de la tête, le décentrement du col, on faisait disparaître toutes les causes osseuses de production et d'entretien de la luxation. Mais cette opération, trop mutilante, cède le pas aujourd'hui aux butées osseuses.

Les opérations osseuses sont de deux ordres.

Tout d'abord les opérations qui visent à empêcher la luxation de la tête en limitant ses mouvements.

Le type en est l'arthrodèse qui entraîne une gêne fonctionnelle exagérée.

Les téno-suspensions sont préférables. Elles consistent à fixer à l'acromion, avec des fils de soie, des morceaux de tendons, la tête humérale à l'acromion, tout en lui permettant des mouvements à peu près normaux. Ces opérations donnent d'abord des épaules solides, à mouvements limités; puis les ligaments s'allongent, et au fur et à mesure que les mouvements deviennent plus libres la distension capsulaire se reproduit, la récidive survient.

Les butées osseuses constituent la solution la meilleure pour la cure de cette affection. C'est Eden qui, en 1918, a d'abord utilisé l'implantation d'un greffon sur la partie antérieure du col de l'omoplate avivé. Mais c'est à Oudard que l'on doit la technique la plus simple et la meilleure. Oudard a eu l'idée, pour empêcher la luxation de la tête humérale en avant, d'allonger par le bas la coracoïde. Il a proposé pour le faire deux techniques successives. La première consiste à sectionner la coracoïde par le milieu, à interposer entre les deux bouts un greffon tibial et à suturer par-dessus en les croisant les deux moitiés du tendon du sous-scapulaire sectionné.

La deuxième, bien plus simple et tout aussi efficace, consiste à couper en biais la coracoïde, à faire glisser les deux segments l'un sur l'autre et à les suturer dans cette position.

Cette méthode a été employée déjà un grand nombre de fois par l'auteur ou d'autres chirurgiens. Tous les malades ont guéri sans récidive.

Le rapporteur conclut que deux méthodes thérapeutiques seulement ne connaissent pas d'échecs : la résection et la butée coracoïdienne. La deuxième n'entraîne aucun des troubles fonctionnels que la première rend inévitables. Elle constitue donc incontestablement la méthode de choix vraiment curatrice de l'affection.

Discussion.

M. Mauclaire (de Paris), comme chirurgien des Asiles, a eu à soigner, soit seul, soit avec MM. Picqué et de Fourmestraux, beaucoup de ces cas chez des épileptiques.

Il a fait au moins 12 fois l'arthrotomie et constaté que la dilatation de la capsule n'était pas constante. On trouvait une déchirure ou un décollement périostique. L'examen de la tête humérale ne lui a jamais permis de retrouver l'encoche postérieure décrite par Grégoire. Par contre, la radiographie montre la déformation en hachette et la désaxation du col. A son avis la lésion n'est pas identique dans tous les cas.

Comme traitement, M. Mauclaire a pratiqué d'abord des capsulloraphies et a eu des récidives. Il a fait l'opération de Clairmont-Erlich une fois, opération très difficile mais qui lui a donné un bon résultat. Enfin, en 1923, il a fait une butée par greffes ostéo-périostiques différente de celle de Eden. Il montre le résultat excellent six ans après.

M. Rocher a fait une fois l'opération de Oudard avec succès. Mais sur le cadavre on voit qu'il y a des apophyses coracoïdes de dimensions et directions très diverses. Or, pour avoir un résultat stable il faut une saillie longue. Peut-être faudrait-il, dans certains cas, revenir au premier procédé de Oudard.

M. Tavernier remarque que c'est le principe de Oudard qui lui paraît définitif; naturellement la technique peut être modifiée, améliorée.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Sur le traitement des fractures. — M. Soresi (de New-York) montre comment il pratiqua la réduction sanglante des fractures du fémur chez l'enfant, sans fixation au moyen de corps étrangers, au moyen de l'accrochage des fragments encochés, contention par une pince spéciale qu'on retire seulement quand le plâtre est sec.

Sur le traitement des luxations congénitales par la bifurcation de Lorentz. — M. Camera (de Turin). Dans les luxations unilatérales âgées, fait l'ostéotomie sous-trochantériennes du côté luxé et obtient l'égalité de longueur des membres en réséquant du côté sain la longueur nécessaire de diaphyse fémorale.

M. Frœlich (de Nancy) rappelle que la bifurcation de Lorenz n'est que la démarcation de l'ostéotomie sous-trochantérienne publiée pur Kirmisson et par lui-même depuis 1902.

Trois cas d'ostéites mycosiques. — M. Meyer (de Strasbourg) présente ces observations et croit que la recherche systématique des mycoses osseuses montrera leur fréquenee.

M. Mauclaire n'a vu qu'une seule sporotrichose de l'humérus.

M. Sorrel a vu un cas analogue, en 1911, à Berck. Il les recherche avec soin et n'en a jamais retrouvé.

M. Tavernier fait remarquer l'aspect radiographique très particulier des trois cas de M. Meyer : cavités d'abcès intra-osseux entourés d'une zone intense de condensation.

Pièce de coxalgie traitée par arthrodèse intra-articulaire. — M. Delahaye (de Berck) montre une pièce provenant d'un enfant ayant eu une coxalgie très grave à trois ans, réséquée à cinq ans, marche à peu près impossible, nécessité d'une arthrodèse faite intra-articulaire. Mort de néphrite dix-huit mois après. La pièce montre une bonne soudure osseuse.

Ostéotomies segmentaires pour tibias rachitiques. — M. Michel (de Lyon) montre des observations et radiographies de tibias rachitiques redressés par la méthode de Springer et Putti. Le tibia est découpé en segments obliques dont on intervertit l'ordre dans la gaine périostique, immobilisation avec l'appareil à tuteur externe d'Ombrédanne.

M. SORREL trouve l'opération bien complexe. Il a toujours pu redresser tous les cas par ostéotomie cunéiforme ou mieux par son procédé d'ostéotomie modelante.

M. MATHIEU se contente de l'ostéotomie linéaire.

M. FRŒLICH fait rarement l'ostéotomie, le plus souvent des séances d'ostéoclrnie manuelle suffisent.

M. MACHARD (de Genève) a eu rarement à faire l'ostéotomie.

M. ROCHER remarque que l'opération de Springer portant sur la zone la moins vasculaire du tibia peut exposer à la pseudarthrose.

M. CAMERA a pratiqué l'ostéotomie segmentaire dans des tibias avec incurvation très courte. Il fait la contention par plâtre.

Un cas d'ostéite éburnante. — M. RENDU (de Lyon) montre les radiographies d'un cas d'ostéite éburnante du fémur qui est opaque, sans réaction périostique — cas analogue aux 4 cas de Putti, Frœlich, Clairmont, Valentin — et distinct des cas de pléonostéose ou périostoses en coulée de Léri, maladie du périoste.

M. SORREL a vu un cas dont le squelette entier est ainsi éburné.

Aspect radiographique de l'ostéopathie déformante progressive de Paget. — M. LASSERRE (de Bordeaux) présente une série de clichés de malades entre quarante-trois et soixante-treize ans, qui lui permettent de distinguer trois stades à l'affection :

1° Stade de modifications structurales : décalcification, aspect lacunaire, reconstruction, désorientation trabiculaire;

2° Stade de modifications morphologiques et déformations;

3° Stade terminal avec modifications topographiques.

L'aspect radiographique rapproche cette affection des lésions osseuses d'origine vasculaire, et l'éloigne des ostéopathies déformantes déjà connues.

M. MOUCHET n'a pas constaté d'artério-sclérose chez les malades qu'il a pu observer.

Décollement traumatique de l'épiphyse fémorale. — MM. MATHIEU et R. DUCROQUET chez un jeune homme de quatorze ans, décalottement traumatique du fémur, réduction par la position de Whitman, trois mois de plâtre — trois ou quatre mois après la reprise de la marche, boiterie — on constate un début d'arthrite déformante. Il faut donc redouter une infirmité grave.

M. FRŒLICH croit que la hanche était malade avant le décollement.

M. NOVÉ-JOSSERAND rapporte deux cas analogues. Il pense comme M. Frœlich que dans ces cas la fracture n'est qu'un épiphénomène sur un col déjà malade.

M. MEYER cite deux cas de décalottement de la tête fémorale sans traumatismes vrais.

Technique opératoire pour la cure du pied plat douloureux. — M. G. HUC (de Paris) montre par une série de planches sa technique personnelle pour la réfection de la voûte plantaire antéro-postérieure et transversale dans le pied plat : incision médiane de Chaput, libération du scaphoïde dont un coin externe est enlevé, ce qui permet de le remonter en clef de voûte; libération du deuxième cunéiforme et de son métatarsien qui sont remontés en clef de voûte; fixation du pied dans un plâtre.

M. LANCE a pu constater dans un cas la facilité et l'excellence du procédé décrit.

Il insiste sur le jour considérable que l'incision médiane donne sur les articulations du pied en particulier la sous-astragalienne postérieure et sur l'avantage d'une incision longitudinale dans les opérations pour pieds paralytiques.

Luxations pathologiques simples de la hanche. — M. RŒDERER rapporte trois de ces observations, l'une dans une paralysie infantile, deux autres au cours d'arthrites suppurées.

M. LANCE.

ÉLECTIONS

Ont été nommés membres de la Société :

FRANÇAIS. — MM. Peyret (Bidart), Doche (Arcachon), Loze (Berck), Rottenstein (Marseille), Félix Bérard (Lyon), Pierre Corret (Nancy), Roudil (Bordeanx), Guérin (Bordeaux), Estor fils (Montpellier).

ETRANGERS. — MM. Jacobovici (Cluj), Bozi dar Spisic (Zagreb), Zaharadnicek (Prague), Deya (Poznan), Adam Gruce (Lwow), Meyerding (Rochester), Glorieux (Bruges), Goffin (Athènes), Spitzy (Vienne), Erlacher (Graz), San Ricard (Barcelone).

La prochaine réunion est fixée au vendredi 10 octobre 1930.

Les sujets mis à l'étude sont :

I. *La coxa vara des adolescents.* — Rapporteur : M. HUC (Paris).

II. *La paralysie obstétricale du membre supérieur.* — Rapporteur : M. André RENDU (Lyon).

XXXVIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1929 (1).

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Phrénicectomie. Technique et résultats. — M. PICOT (de Lausanne) fait l'éloge de la technique de Roux qui, entre autres avantages, n'altère ni le trapèze ni le rhomboïde.

Les côtes supérieures sont facilement atteintes si l'omoplate est fortement érignée en haut.

L'auteur décrit l'instrumentation dont il se sert : miroir frontal, rugines à longs manches, cisaille à bec de perroquet de Roux. Il préfère l'anesthésie générale à l'éther à l'anesthésie locale.

Sur 39 opérés, 28 bons résultats, 8 morts opératoires et 3 morts à distance.

M. ROUX (de Lausanne) décrit sa **technique de la thoracoplastie étendue** qu'il réalise en un ou deux temps avec entre les deux séances un intervalle de douze à quinze jours.

L'anesthésie est obtenue, soit par une série d'injections de novocaïne ou d'un autre succédané de la cocaïne, soit par inhalation de protoxyde d'azote et d'oxygène.

L'essentiel est de sectionner la première côte. La section des côtes suivantes n'est guère qu'un complément utile mais d'importance moindre.

Cette première côte est facilement atteinte et sectionnée si l'on suit à la lettre la technique de l'auteur et si l'on s'aide de sa longue pince à grand levier.

L'apicolyse se fait d'elle-même sans manœuvres brutales.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. JACOBOVICI (de Cluj). Son expérience porte sur 6 thoracoplasties et 40 phrénicectomies. Les thoracoplasties ont

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 82, p. 1449.

été faites 2 fois dans des cas de pyopneumothorax, 2 fois chez des bacillaires cavitaires présentant de fortes hémoptysies et 2 fois chez des sujets atteints d'une tuberculose évolutive avec adhérences pleurales s'opposant à l'établissement d'un pneumothorax.

L'auteur a eu 5 bons résultats et 1 décès.

Sur les 40 phrénicectomies, 22 seulement ont été suivies avec 17 bons résultats et 5 mauvais.

Phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. — M. Léonté (de Bucarest) communique sa statistique qui porte sur 20 opérés.

Il expose en détails sa technique. L'opération est toujours réalisée sous anesthésie locale à l'aide d'une solution de novocaïne à 1 p. 100. Cette anesthésie se fait en deux plans : l'un superficiel, l'autre profond.

Le cou est placé en hyperextension, la tête en rotation du côté opposé.

Les tissus superficiels reçoivent quatre injections de 5 centimètres cubes de la solution anesthésiante, l'une en haut, la seconde en bas, la troisième en dehors et la quatrième en dedans.

L'incision d'une longueur de 5 à 6 centimètres s'étend depuis la jugulaire externe jusqu'au sterno-mastoïdien.

L'anesthésie profonde est réalisée par une cinquième injection de 5 centicubes dans l'épaisseur du scalène antérieur. Jamais de drainage.

M. Sebrecht (de Bruges), en collaboration avec le phtisiologue Dewinter, a fait 225 opérations pour tuberculose pulmonaire.

Toujours il pratique une phrénicectomie préliminaire. La thoracoplastie est réalisée en trois temps sous anesthésie rectale à l'éther. Il enlève le maximum de longueur de côtes, utilise une incision postérieure et évite de léser le scalène pour éviter la chute de l'épaule.

Dans certains cas de lésions du sommet, la thoracoplastie élargie et même le désossement complet du thorax ne suffisent pas pour produire l'accollement des parois d'une caverne quand le tissu apical est résistant. Dans ces conditions, l'auteur pratique l'apicolyse par voie antérieure après résection de la deuxième côte et plombe la cavité au moyen des deux pectoraux munis de leur pédicule vasculaire.

Cette opération peut être faite des deux côtés, tout comme la thoracoplastie limitée du sommet.

Indications et résultats de l'apicolyse. — M. Lauwers (de Courtrai). Dans les cas de tuberculose limitée au sommet, l'apicolyse doit être pratiquée, non par décollement pleuro-pariétal à bout de doigt, mais par section du ligament suspenseur de la plèvre sous le contrôle de la vue. On sectionne le phrénique au passage.

Sur 11 cas de lésions sus-claviculaires, l'auteur a eu 11 succès.

Sur 30 cas de lésions sous-claviculaires, 11 fois l'apicolyse a donné la guérison; les 19 autres cas ont nécessité des résections costales étendues.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. Maurer (de Paris) a pratiqué 120 phrénicectomies. Il insiste sur le résultat heureux de cette opération, même quand il existe des cavernes. Les résultats chirurgicaux ne sont pas toujours en rapport avec l'ascension diaphragmatique.

Il signale la tendance bien légitime d'étendre les indications de la phrénicectomie, et rappelle les incidents post-opératoires possibles.

D'autre part, l'auteur a réalisé 42 thoracoplasties comprenant 85 temps de désossement thoracique.

Avec les rapporteurs, il distingue la thoracoplastie d'indication pulmonaire et celle d'indication pleurale, et insiste sur la nécessité de la collaboration médico-chirurgicale.

Il souligne le pronostic grave des cavernes volumineuses avec niveau liquide visible à la radiographie.

Il préconise l'incision de Roux et insiste sur certains détails anatomiques de la région cervicale qu'il a spécialement étudiée.

Thoracoplastie et phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire. — M. Jeanneney (de Bordeaux). A côté de la thoracoplastie qui reste dans l'état actuel une opération grave, il faut faire une place de plus en plus large à la phrénicectomie.

Cette opération simple et bénigne fait plus que le pneumothorax qui n'immobilise jamais d'une façon absolue et constante.

Il y a donc intérêt à utiliser la phrénicectomie de bonne heure non seulement comme succédané mais encore comme adjuvant du pneumothorax. Les indications de cette association devront être posées par le médecin de sanatorium et il y aurait même des avantages à ce que ce soit lui qui opère.

Ainsi la phrénicectomie associée précocement au pneumothorax mérite d'entrer dans la pratique courante du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Thoracoplasties à minima et thoracoplasties à maxima. — MM. Fruchaud (d'Angers) et Bernon (de Châteaubriant). Il convient de faire une place importante aux thoracoplasties partielles du sommet dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Les affaissements localisés respectent les portions saines du poumon et permettent d'agir ultérieurement sur le côté opposé en cas d'essaimage secondaire.

A ces opérations localisées on a reproché de comprimer moins que ne le ferait une thoracoplastie totale. Or, les faits et la radiographie montrent que l'objection est mal fondée.

On a dit également qu'elles favorisaient l'extension des lésions de l'apex du poumon vers sa base. Des recherches poursuivies par les auteurs il appert que l'essaimage se fait le plus souvent vers le sommet opposé.

La thoracoplastie locale constitue une opération utile, peu shokante et peu mutilante. Sur 9 opérés, il y eut 6 très bons résultats et 3 mauvais.

Dans les cas de pyothorax surinfectés, il faut pratiquer une thoracoplastie maxima précédée d'une pleurotomie au niveau de la ligne axillaire antérieure. Dans un cas de ce genre les auteurs ont réséqué chez un même sujet 2m12 de côtes ou cartilage.

Souvent il est nécessaire de supprimer les parties molles de cinq ou six espaces intercostaux, voire une portion de la plèvre.

Ces thoracoplasties à maxima se font suivant deux techniques :

a. La thoracoplastie antérieure nécessite une incision incurvée qui suit la clavicule et le bord externe du sternum avec ou sans désarticulation temporaire de la clavicule;

b. La thoracoplastie postérieure ou para-vertébrale est faite au ras du rachis et des apophyses transverses. La ligne d'incision ne dépasse pas vers le haut l'épine de l'omoplate et laisse intacts les faisceaux supérieurs du trapèze. On supprime de cinq à six côtes. A noter le danger du voisinage de l'artère scapulaire postérieure.

Dix-huit cas de phrénicectomie. — M. Bonnal (de Marseille). Ces dix-huit cas ont été opérés en collaboration avec Olmer. Deux remontent à 1927, cinq à 1928, onze au sept premiers mois de 1929.

Cette progression s'explique par ce fait que les auteurs ont étendu considérablement les indications de la phrénicectomie. Celle-ci ne doit pas être limitée au seul traitement des lésions de la base du poumon. Elle agit tout aussi bien sur les lésions du sommet ou de la partie moyenne du poumon que sur celles qui sont en contact direct avec le diaphragme.

L'opération se fait sous anesthésie locale à la novocaïne à 1 p. 200; 10 à 20 centimètres cubes suffisent. Il est nécessaire d'établir pendant quarante-huit heures un drainage filiforme. Crins et agrafes sont enlevés au sixième jour.

Le seul point délicat de l'intervention est d'aller directement sur le scalène antérieur sans s'égarer en arrière sur les branches du plexus brachial, ou en avant sur la jugulaire interne.

Les suites opératoires sont généralement très simples.

Le collapsus obtenu n'est pas aussi complet que dans le pneumothorax artificiel, mais ce dernier est trop souvent impossible ou difficile.

L'auteur a pratiqué quelques thoracoplasties qui ne lui ont pas laissé une impression très encourageante. Même faites sous anesthésie locale et en plusieurs temps, ces opérations sont graves, et doivent, pour donner un résultat, être largement conduites.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. Bonniot (de Grenoble). L'auteur a réalisé 12 thoracoplasties. Trois seulement de ses opérés ont nettement bénéficié de l'intervention.

Il a observé 3 résultats nuls et 6 décès survenus dans un temps plus ou moins long après l'opération (de six à sept mois pour deux d'entre eux). Ces décès se sont produits au cours d'une surinfection de la plèvre.

Il condamne l'anesthésie générale et conseille de faire précéder la thoracoplastie d'une phrénicectomie.

Il insiste sur l'importance de la section de la première côte.

Une fois, l'auteur a utilisé la voie axillaire. Il la trouve moins facile que les voies antérieures et postérieures.

La phrénicectomie d'après 32 cas personnels. Technique et résultats. — M. Piollet (de Clermont-Ferrand). La plupart de ces observations sont le résultat d'une collaboration intime avec Labesse, médecin-directeur du sanatorium de Durtol.

Pour ce qui est des indications opératoires, M. Piollet souscrit pleinement à l'exposé du professeur Bérard.

Tantôt la phrénicectomie a été réalisée isolément, tantôt elle a été un supplément avantageux d'un pneumothorax artificiel incomplet. Enfin elle a été pratiquée souvent comme temps préparatoire d'une thoracoplastie.

La phrénicectomie est une opération bénigne qui peut être utilisée même dans les cas défavorables. Elle agit aussi bien dans les lésions apicales que dans celles de la base.

L'auteur attire l'attention sur un point de technique. Il a toujours découvert facilement le phrénique par la technique classique. Le nerf étant reconnu, avant de le dénuder et même avant d'infiltrer de novocaïne l'aponévrose du scalène qui le recouvre, il conseille d'en pratiquer le pincement expérimental avec une pince de Kocher. On obtient dans ces conditions une secousse unilatérale du diaphragme, accompagnée d'un hoquet douloureux.

Cette secousse du diaphragme s'obtient aussi bien si l'on pince l'accessoire du phrénique. Dans les cas douteux, cette technique lève toute hésitation.

L'auteur pense qu'il y a tout intérêt à supprimer une assez longue portion du nerf : 32 centimètres dans un cas.

Il n'a jamais observé le moindre incident opératoire. Il a eu un décès après quarante-huit heures par hémoptysie.

Sur les 32 opérations de sa statistique, 22 seulement sont utilisables, les autres étant trop récents. On note :

2 résultats très bons.
6 résultats bons.
1 cas a permis une thoracoplastie ultérieure.
5 résultats médiocres.
4 décès après six mois et plus.
4 résultats inconnus.

Dans le cas d'intervention portant à gauche, on observe parfois des troubles cardiaques avec tachy-arythmies passagères.

M. Leriche (de Strasbourg) a pratiqué 54 thoracoplasties dont un certain nombre en un seul temps avec une mortalité et des suites opératoires qui l'ont fait changer de méthode.

Actuellement, il opère toujours en trois séances : phrénicectomie préalable, thoracoplastie haute, thoracoplastie basse.

La statistique de phrénicectomies porte sur 36 cas dont 2 seulement ont été des phrénicectomies isolées. Bons résultats.

Il n'est guère partisan des thoracoplasties très étendues.

(*A suivre*). DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 15 octobre 1929)

MM. Pachon, G. Jeanneney et R. Fabre (de Bordeaux) ont étudié les **règles diététiques de l'alimentation chez les opérés de gastrostomie.**

On observe souvent chez de tels sujets des troubles gastro-intestinaux graves, très fréquemment de l'amaigrissement et des signes de dénutrition grave. Aussi de tout temps s'est-on préoccupé du régime alimentaire de ces opérés. Aujourd'hui les auteurs, après de nombreuses études, estiment qu'il est nécessaire, si on veut alimenter rationnellement un gastrostomisé, de lui donner des repas comparables à ceux d'un sujet normal et de provoquer par l'excitation de la vue, de l'odorat, du goût, ainsi que par la mastication, la mise en jeu des sécrétions psychiques, c'est-à-dire de lui donner un mode d'alimentation constituant un véritable régime physio-psychique.

M. le professeur Vaquez a présenté une note de MM. Daniélopolu et Proca (de Bucarest) sur le **réflexe anphotrope sino-carotidien après extirpation du premier ganglion thoracique chez le chien.**

— En comité secret, l'Académie a repris la discussion de l'Ordre des médecins, et a entendu une proposition de son secrétaire général relative à la rédaction d'un dictionnaire français de la langue médicale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 11 octobre 1929)

Suppuration éberthienne d'un kyste de l'ovaire au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. Jean Tapie, L. Morel, Lyon et Bertrand (de Toulouse) rapportent l'observation d'une jeune fille hospitalisée d'urgence au troisième septenaire d'une fièvre typhoïde pour un syndrome péritonéal. L'examen ayant révélé l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne rénitente et peu douloureuse, indépendante de l'utérus, la laparotomie fut pratiquée *in extremis*, après anesthésie locale à la novocaïne; on trouva un gros kyste suppuré de l'ovaire droit qui, après isolement de la cavité péritonéale, fut largement drainé. Amélioration instantanée : cette malade, dont l'état avait paru désespéré, quittait l'hôpital un mois plus tard, complètement guérie de sa fièvre typhoïde. L'examen bactériologique du pus a permis d'isoler à l'état de pureté le bacille d'Eberth. Abandonnées à elles-mêmes, ces suppurations ovariennes comportent chez les typhiques un pronostic très sombre; l'intervention chirurgicale donne des résultats très remarquables.

Recrudescence estivale de la spirochétose ictéro-hémorragique provoquée par les bains de rivière. — MM. Jean TROISIER, LÉON-KINDBERG et MONNEROT-DUMAINE signalent que cet été les cas de spirochétose ictérigène ont été relativement nombreux, à la suite de bains de rivière. Ils donnent l'observation d'un cas typique d'ictère à rechute avec herpès, myalgies, réaction méningée, azotémie du début, séro-diagnostic de Martin et Pettit positif. Leur malade s'était baigné quotidiennement à Asnières. On sait maintenant isoler le spirochète directement de certaines eaux polluées.

Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. — MM. LAPORTE, BERNARDBEY et GIMAZANE (de Toulouse) présentent une observation que l'on peut résumer : fièvre typhoïde à Eberth à signes atypiques dans son évolution, névralgie, constipation opiniâtre, cholécystite probable, absence de signes ordinaires de la maladie, en dehors de la fièvre. Au cours de l'évolution de cet état fébrile, apparition d'une tumeur sus-pubienne indolore qui grossit peu à peu tout d'abord, puis par propagation de l'infection au péritoine devient douloureuse et augmente rapidement. L'opération et l'examen du pus confirment le diagnostic clinique de kyste dermoïde suppuré à bacille d'Eberth.

Traitement de l'encéphalite épidémique par le « Trypanblau ». — M. CHEVALLIER rapporte plusieurs observations de malades traités par le Trypanblau et atteints, soit d'encéphalite au début, soit d'un syndrome parkinsonien. Cette thérapeutique lui a donné de bons résultats dans les formes récentes d'encéphalite ; par contre, les résultats ont été moins satisfaisants dans les formes anciennes et les séquelles. l'auteur s'est adressé à une solution à 1 p. 100 dont il injectait 1, 2 et jusqu'à 6 centimètres cubes.

Paludisme spontané observé dans un service dans lequel la malariathérapie était pratiquée. — M. CHEVALLIER rapporte un cas de paludisme spontané. L'impaludation était due aux puces. L'auteur insiste sur la bénignité du paludisme ainsi contracté.

Traitement du tétanos par la sérothérapie associée à la chloroformisation. — M. H. DUFOUR rapporte un nouveau cas de tétanos guéri grâce à l'association de la chloroformisation et de la sérothérapie intrarachidienne. L'auteur insiste sur l'importance pratique de la chloroformisation associée à la sérothérapie.

REVUE DES THÈSES

L'urticaire. Pathogénie. Traitement par le tartrate d'ergotamine (1), par le docteur François DECAUX.

Des expériences récentes ont montré la part qui revient aux troubles du vago-sympathique dans la production de syndromes tels que la maladie de Basedow, la migraine et l'urticaire.

Certains auteurs ont constaté que l'urticaire se rencontre le plus souvent chez les individus qui paraissent être sympathicotoniques. Or, nous connaissons un médicament dont une des propriétés importantes est de pouvoir inhiber le sympathique : l'ergotamine.

Ce médicament a déjà été utilisé avec succès pour le traite-

(1) *Th. de Paris* (prix de thèse).

IRRASTÉRINE BYLA

ERGOSTÉRINE PURE IRRADIÉE AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS

DRAGÉES — SOLUTION HUILEUSE

Vitamine D antirachitique catalyseur du calcium et du phosphore

REMPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS TOUTES SES INDICATIONS

1 goutte = 1 cuillerée à soupe d'huile de foie de morue

TRAITEMENT DU RACHITISME
TROUBLES DE L'OSSIFICATION

ÉTATS PRÉTUBERCULEUX
CONVALESCENCES

Littérature et Échantillons aux

Établissements BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS (14e) R. C. Seine 71.895

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques,
Sédatifs expectorants.

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE, FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS, ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

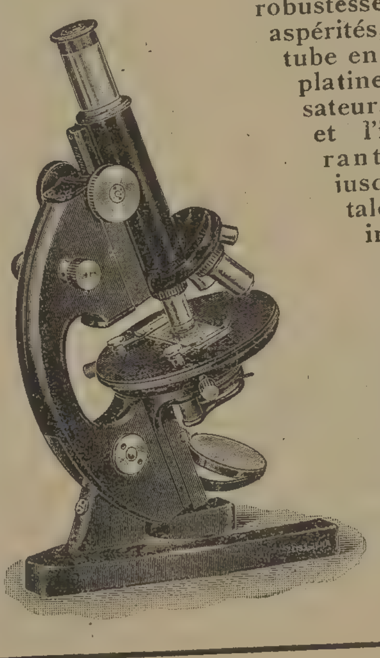
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

CARL ZEISS JENA

Les nouveaux statifs ZEISS

La présentation des nouveaux statifs ZEISS est parfaite tant au point de vue pratique qu'esthétique. L'harmonie de leur forme et leur maniabilité rencontrent l'approbation de tous les praticiens. La robustesse du pied sans aspérités, la stabilité du tube en liaison avec la platine et le condensateur, la grande saillie et l'inclinaison garantie du statif jusqu'à l'horizontale en font des instruments de premier ordre.



Les variétés d'équipement et d'usage, la modicité de leurs prix assurent aux statifs ZEISS un accueil favorable dans tous les milieux scientifiques.

MICROSCOPE ZEISS

Combinaison

E. S. A. 94 "MINERVINA"

Grossissements 56 — 1350 ×

avec platine à chariot simplifié, appareil d'éclairage mobile en hauteur par crémaillère et pignon, condensateur à iris, revolver quadruple, 2 objectifs achromatiques et 1 objectif à immersion homogène à iris pour fond noir, 2 oculaires Huyghens, en boîte armoire à clé : Francs 3.038.-

Se référer à ce journal en indiquant le but d'utilisation pour obtenir gratis et franco, sans aucun engagement, une offre détaillée pour un équipement approprié.

Brochure Micro N° 164 sur demande adressée à la

SOCIÉTÉ OPTICA

18-20, rue du Faubourg-du-Temple, PARIS (XIe).

concessionnaire de

CARL ZEISS JENA

ment des sympathoses (maladies de Basedow, tachycardie paroxystique, prurit, migraine) et c'est ce qui nous incite à le préconiser dans l'urticaire, à la suite des travaux de Bräck, Maier, Babalien, Tzanck.

Actuellement, la thérapeutique de l'urticaire est devenue une thérapeutique générale, car l'urticaire suppose des déficiences sympathico-glandulaires multiples, rentrant dans le groupe des affections de la diathèse exsudative éosinophiliques.

En faisant entrer l'urticaire dans le cadre plus vaste des intolérances, on peut essayer de rendre inopérant l'agent causal ou antigène par désensibilisation, mais surtout en modifiant le terrain par action soit avec les glandes, soit sur le tonus vago-sympathique.

Un certain nombre de caractères fournis par la clinique et l'expérimentation permettent de considérer l'urticaire comme une sympathose; les essais thérapeutiques apportent également des arguments en faveur de cette manière de voir.

Les observations cliniques de l'auteur, jointes aux observations communiquées par le docteur Batalian, montrent, en effet, que l'urticaire peut être assez souvent considérée comme une sympathicotonie et dans plus de la moitié des cas, les résultats obtenus avec la médication par le tartrate d'ergotamine confirme cette manière de voir.

La posologie à recommander est celle que Poncelet, dans sa thèse inaugurale, conseille pour le traitement de la maladie de Basedow, à savoir : vérifier d'abord par l'injection sous-cutanée de un quart de centimètre cube ou de un demi centimètre cube de la solution au 1/2 millième, si le malade réagit au médicament, s'il est, par conséquent, sous l'influence d'une sympathicotonie et se rendre compte ensuite de la dose journalière correspondant à ce degré de sympathicotonie.

L'administration du tartrate d'ergotamine se fait surtout par la voie buccale : on donne xv gouttes deux à trois fois par jour de la solution à 0,1 p. 100 ou bien les comprimés contenant 0,001 de tartrate d'ergotamine, à raison de 2 à 3 par jour. Par la voie sous-cutanée, on utilise les ampoule dosées à 1/2 milligramme de principe actif par centimètre cube. Dose : 1 centimètre cube par jour en deux fois.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PAR LE SOMNIFÈNE (1)

Par le docteur J. LARRIBÈRE.

Dans cette thèse très intéressante, M. Larribère ne s'occupe, bien entendu, que du traitement symptomatique des crises convulsives de l'éclampsie contre lesquelles, on le sait, on a essayé tout l'arsenal des anesthésiques et des médications sédatives. Sur les conseils de M. le professeur agrégé Houel, l'auteur a employé, dans le service si important de M. le professeur Laffont, le somnifène qu'il avait déjà utilisé avec succès dans les manies puerpérales. Il a traité huit cas avec succès pour la mère et pour l'enfant. La dose à injecter par voie endoveineuse varie de 3 à 5 centimètres cubes pour une malade de corpulence normale; dans la plupart des cas, une seule dose suffit. Il n'est point besoin d'insister ici sur le somnifène. Ce médicament qu'on a pu appeler le plus maniable des hypnotiques est aujourd'hui classique. Sans doute, contre les symptômes nerveux de moindre intensité, le sédobrol donne de très bons résultats; sans doute aussi, quand l'élément douleur entre en jeu, il est préférable d'utiliser l'allonal; mais dans toutes les insomnies de quelque nature qu'elles soient, le somnifène, par voie buccale, sous forme de gouttes, permet de donner à chacun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté. De nombreux travaux cliniques, pharmacologiques et physiologiques (Redonnet, G. et D. Bardet, Pouchet, Ritz, Fredet et Fabre, Petit et Perlis, etc.) ont prouvé l'innocuité du somnifène sur les principaux appareils (cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, urinaire). De multiples études cliniques et thérapeutiques ont montré les résultats que l'on peut obtenir de l'utilisation de ce médicament dans tous les cas d'insomnie, d'agitation et d'excitation intenses. Qu'il suffise de rappeler son emploi en psychiatrie (Crouzon, Claude, Laignel-Lavastine, Cestan, Riser, Quercy, S. Barnus, Robin, Parant, Demole, Mallet, etc.), en neurologie (Roger, Courbon, Rone, Pavlovitch, Neuberger, Lévi-Valensi, Lopez, etc.), dans le traitement du delirium tremens (Ramond, Laporte, Quénée), du tétanos (Labbé, Escalier, Louvard, Pasgrimaud, Polonski, Hamant, Bénech), de l'état de mal épileptique (Rimbaud, Boulet, Chardonneau, Amat, Sorel, Pérès, Vieu), également au point de vue des applications en obstétrique, les communications de Cleisz, Perlis, Delanglade, Emmerich, Marion, Lafora, et tout récemment celle d'Houel, Jahier et Larribère. Cette dernière a été en quelque sorte le point de départ du travail très important que nous venons d'analyser.

(1) Travail de la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine, Alger 1928.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 26 octobre. — Jury : MM. Achard, président; Gougerot, Philibert et Verne. — M. DEVIN. La fossette coccygienne, signe d'hérédo-syphilis. — M. TABOUREUX. De l'emploi d'un nouveau séro-médicament dans la tuberculose. — M. BONNET. Les modifications de la prokinémie au cours de l'eczéma.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCAR P.-L.-M. — Les services automobiles de la route d'hiver des Alpes fonctionnent entre Nice et Aix-les-Bains-Mont Revard. Deux départs par semaine dans chaque sens : jeudi et dimanche de Nice; mercredi et dimanche d'Aix-les-Bains.

Jusqu'au 20 décembre, un troisième service fonctionne entre Nice et Grenoble : départ de Nice le mardi, de Grenoble le samedi.

Le parcours de Nice à Aix-les-Bains s'effectue en trois jours par Entrevaux, Annot, Digne, Sisteron, le col de la Croix-Haute (1.176 m.), Grenoble, le col de la Porte (1.354 m.) et Saint-Pierre de Chartreuse ou vice versa.

Du 21 décembre au 28 février, les services sont prolongés d'Aix-les-Bains sur Chamonix afin de relier entre elles les grandes stations de sports d'hiver : Chamonix, Combloux, Mégève, Aix-les-Bains-Mont Revard, Saint-Pierre de Chartreuse; ils ont lieu trois fois par semaine dans chaque sens du 21 décembre au 31 janvier, tous les jours du 1er au 28 février.

Du 1er mars au 20 mai, les services continuent à fonctionner chaque jour, mais ils n'ont lieu qu'entre Nice et Aix-les-Bains.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE | ENTÉRITE
GASTRALGIE | CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boulᵈ Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulᵈ Ornano PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

dans les Hypertensions et tous les Etats spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134-569

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) pres Paris.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).



NESTLÉ

LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ

Non écrémé, non surchauffé, non dévitaminé.

Régulièrement pur, riche en vitamines, infraudable.

Concentré dans le vide à basse température après pasteurisation soignée.

Sté NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 17 octobre. — Questions données : « Formes cliniques du goitre exophtalmique. — Epanchements sanguins intracraniens d'origine traumatique chez l'adulte. »

MM. Lachter-Pachter, 21 ; Werner, 18; Sidi, 22; Benech, 23; Lazard, 17; Tavennec, 26; Parent, 16; Delamare, 25; Mariau, 27; de Pont-Réaulx, 22.

Séance du 18 octobre. — Questions données : « Colique néphrétique. — Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Schwartz, 23; Bernard, 26; Nomblot, 27; Roy, 20; de Soria, 23; Nicolas, 28 ; Jomain, 21 ; Alpern, 16; Fabre, 25; Loiseau, 14.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — *Lecture des copies.* — MM. Lyonnet, 24 ; Vuillième, 27; Guran, 26; Leroy et Luzuy, 25; Couvelaire, 26; Audouin, 24; Guillot, 28; Hussenstein, 22.

Epreuve orale. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Calcanéum et astragale. »

MM. Couvelaire, 26; Audouin, 20; Vuillième, 26; Lyonnet, 25; Guillot, 26; Guran, 25; Leroy, 23; Luzuy, 25.

Dissection. — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Nerf crural et ses branches à partir de l'arcade de Fallope. »

MM. Vuillième, 26; Guillot, 25; Guran, 26; Luzuy et Audouin, 27; Couvelaire, 29.

Epreuve supplémentaire. — Séance du 19 octobre. — MM. Guillot et Vuillième, 28.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Turpin, Paraf, Oberlin, Levesque, Halphen, Debray, Maurer, Wilmoth, Huet.

(Voir, page 1510, la liste alphabétique des candidats.)

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le jury est définitivement composé de MM. Hautant, Le Mée, Lemaître, Rouget, Heuyer, Bourgeois, Deniker.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Tirage au sort des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des Facultés de médecine ouverts à Paris en décembre 1929.

I. Juges titulaires. — CATÉGORIE A. — *Anatomie.* — Paris : 1 Champy, 2 Rouvières, 3 Cunéo.

Province : 1 Delmas (Jean), 2 Lucien, 3 Villemin, 4 Forster, 5 Leblanc, 6 Debeyre, 7 Vallois, 8 Latarjet, 9. Turchini.

CATÉGORIE B. — *Histologie.* — Paris : 1 Champy.

Province : 1 Bouin, 2 Dubreuil, 3 Collin, 4 Agraud, 5 Debeyre, 6 Vialleton, 7 Policard.

CATÉGORIE C. — *Histoire naturelle et parasitologie.* — Paris : 1 Brumpt.

Province : 1 Vallois, 2 Guiart, 3 Desoil, 4 Cabannes, 5 Thiry, 6 Mandoul, 7 Senevet, 8 Galavielle, 9 Borrel.

CATÉGORIE D. — *Bactériologie*, — Paris : 1 Lemierre.

Province : 1 Parisot (J.), 2 Pinoy, 3 Rispal, 4 Lisbonne, 5 Pierret, 6 Mauriac, 7 Arloing, 8 Carrieu, 9 Borrel.

CATÉGORIE E. — *Anatomie pathologique.* — Paris : 1 Baudouin, 2 Roussy.

Province : 1 Sabrazès, 2 Fabres, 3 Grynfelt, 4 Tapie (J.), 5 Géry, 6 Bosc, 7 Bardier, 8 Hoche, 9 Poujol,

CATÉGORIE F. — *Physiologie.* — Paris : 1 Roger.

Province : 1 Lambert, 2 Abelous, 4 Tournade, 4 Hédon (Louis), 5 Doyen, 6 Dubois, 7 Schaeffer, 8 Pachon.

CATÉGORIE G. — *Chimie.* — Paris : 1 Desgrez.

Province : 1 Nicloux, 2 Moog, 3 Hugounenq, 4 Chelle, 5 Vallée, 6 Maillard, 7 Derrien, 8 Polonowski, 9 Robert.

CATÉGORIE H. — *Physique.* — Paris : 1 Strohl.

Province : 1 Pech, 2 Rechou, 3 Dufour, 4 Cluzet, 5 Escanide, 6 Portes.

CATÉGORIE I. — *Médecine générale,* — Paris : Villaret (Maurice), 2 Loeper, 3 Lereboullet, 4 Tanon, 5 Rathery, 6 Clerc.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

Province : 1 Rimbaud, 2 Caussade, 3 Perrin, 4 Blum, 5 Petges, 6 Aubry, 7 Etienne, 8 Lafforgue, 9 Richon, 10 Minet, 11 Ducamp, 12 Cade, 13 Jeandelize.

CATÉGORIE J. — *Chirurgie.* — 1 Duval (P.), 2 Faure (J.-L.), 3 Mauclaire.

Province : 1 Guyet, 2 Michel, 3 Jacques, 4 Lombard, 5 Gorse, 6 Stolz, 7 André, 8 Massabuau, 9 Hamant, 10 Riche, 11 Vanvaerts, 12 Rochet.

CATÉGORIE K. — *Obstétrique.* — Paris : 1 Jeannin.

Province : 1 Anderodias, 2 Delmas (Paul), 3 Bue, 4 Fruhinsholz, 5 Reeb, 6 Audebert, 7 Voron, 8 Laffont.

CATÉGORIE L. — *Histoire naturelle pharmaceutique.* — Paris : 1 Perrot.

Province : 1 Seyot, 2 Senevet, 3 Bretin, 4 Beille, 5 Lobstein, 6 Maurin, 7 Desoil, 8 Juillet.

CATÉGORIE M. — *Pharmacie.* — Paris : 1 Goris.

Province : 1 Ribaut, 2 Leulier, 3 Dupouy, 4 Morvillez, 5 Tarbouriech, 6 Musso.

CATÉGORIE N. — *Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.* — Paris : 1 Lebeau.

Province : 1 Morel, 2 Chelle, 3 Tarbouriech, 4 Laborde, 5 Valdiguie, 6 Vallée, 7 Polonowski, 8 Douris.

II. **Juges suppléants.** — CATÉGORIE A. — Paris : 1 Hovelacque, 2 Olivier, 3 Giroud, 4 Mulon, 5 Verne.

Province : 1 Mutel, 2 Gabrielle, 3 Dubecq.

CATÉGORIE B. — Paris : 1 Giroud, 2 Verne, 3 Mulon.

Province : 1 Noël, 2 Watrin, 3 Lacoste.

CATÉGORIE C. — Paris : 1 Joyeux.

Province : 1 Thiry, 2 Lavier, 3 Sigalas (R,), 4 Garin.

CATÉGORIE D. — Paris : 1 Gastinel.

Province : 1 Dufourt, 2 de Lavergne, 3 Aubertin, 4 Boulet.

CATÉGORIE E. — Paris : 1 Oberling.

Province : 1 Pages, 2 Cornil, 3 Martin (J.-F.), 4 Muratet, 5 Boulet.

CATÉGORIE F. — Paris : 1 Richet, 2 Binet.

Province : 1 Sarvonat, 2 Mathieu, 3 Combemale (P.).

CATÉGORIE G. — Paris : 1 Blanchetière, 2 Labbé (Henri).

Province : 1 Sannie, 2 Florence.

CATÉGORIE H. — Paris : 1 Dognon.

Province : 1 Lamy, 2 Lamarque, 3 Chevallier.

CATÉGORIE I. — Paris : 1 Cathala, 2 Moreau, 3 Bénard (H.), 4 Chevallier, 5 Guy-Laroche.

Province : 1 Puech, 2 Boudet, 3 Greyx, 4 Simonin, 5 Chalier (Joseph), 6 Bertin.

CATÉGORIE J. — Paris : 1 Leveuf, 2 de Gaudart d'Allaines, 3 Moulonguet.

Province : 1 Papin, 2 Swinghedauw, 3 Binet, 4 Barthélemy, 5 Santy, 6 Lapeyre.

CATÉGORIE K. — Paris : 1 Vignes, 2 Portes.

Province : 1 Renther, 2 Paquet, 3 Pery, 4 Goldecarrera, 5 Vermelin.

CATÉGORIE L. — Paris : 1 Lutz.

Province : 1 Lavier, 2 Manceau, 3 Sigalas (R.).

CATÉGORIE M. — Paris : 1 Herissey.

Province : 1 Golse, 2 Manceau.

CATÉGORIE N. — Paris : 1 Fabre.

Province : 1 Florence, 2 Golse.

— L'arrêté ministériel suivant vient de paraître au *Journal officiel* (numéro du 13 octobre) :

ARTICLE PREMIER. — Les concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le 5 mai 1930.

Ces concours sont limités aux sections désignées et auront lieu aux dates fixées dans le tableau ci-après :

5 mai 1930 : Médecine générale.

7 mai 1930 : Chirurgie générale.

12 mai 1930 : Obstétrique, oto-rhino-laryngologie.

14 mai 1930 : Physiologie, physique médicale.

19 mai 1930 : Anatomie, chimie médicale, médecine légale.

22 mai 1930 : Histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, anatomie pathologique.

26 mai 1930 : Histoire naturelle pharmaceutique, chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

ART. 2. — Les registres d'inscription seront ouverts dans les Académies du 4 janvier au 3 mars 1930 inclus.

ART. 3. — Les emplois d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie mis au concours pour les sections ci-dessus désignées se répartissent de la manière suivante :

Anatomie. — Un emploi pour chacune des Facultés suivantes : Bordeaux, Lille et Montpellier.

Histologie. — Un emploi pour les Facultés de Lille et de Strasbourg.

Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Un emploi pour la Faculté de Lyon.

Physiologie. — Un emploi pour les Facultés de Lyon et de Strasbourg.

Chimie médicale. — Un emploi pour les Facultés de Lille et de Montpellier et deux emplois pour la Faculté de Lyon.

Médecine légale. — Un emploi pour la Faculté de Strasbourg.

Physique générale. — Un emploi pour les Facultés de Strasbourg et de Toulouse.

Médecine générale. — Un emploi pour les Facultés de Bordeaux et de Montpellier et deux emplois pour les Facultés de Nancy et de Toulouse.

Anatomie pathologique. — Un emploi pour les Facultés de Paris et de Lille.

Chirurgie générale. — Un emploi pour la Faculté de Lille et deux emplois pour la Faculté de Nancy.

Oto-rhino-laryngologie. — Un emploi pour la Faculté de Lyon.

Obstétrique. — Un emploi pour les Facultés de Lyon et de Strasbourg.

Histoire naturelle pharmaceutique. — Un emploi pour les Facultés de Bordeaux et de Toulouse.

Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Un emploi pour les Facultés de Bordeaux et de Toulouse.

AVIS DE CONCOURS. — Il est ouvert un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé dans l'Yonne.

Les candidats à cet emploi devront être Français, âgés de 45 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande devra être adressée au Comité national de défense contre la tuberculose, avec le dossier réglementairement composé, avant le 15 novembre 1929.

(Voir la suite des « Informations », p. 1510.)

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme. PILULES ET GRANULÉ

LABORATOIRE NATIVELLE
49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

L'emploi de

L'OUABAÏNE ARNAUD

est indiqué dans tous les cas d'insuffisance du myocarde :

Insuffisance du cœur gauche;
Insuffisance ventriculaire droite;
Arythmies et Tachycardies.

La Solubaïne ou solution au millième d'Ouabaïne Arnaud permet d'administrer l'Ouabaïne Arnaud par voie buccale; elle est aussi maniable que la solution de Digitaline Nativelle.

L'Ouabaïne n'est pas un succédané de la Digitaline. Elle a ses indications propres; presque la totalité des insuffisances cardiaques peuvent en bénéficier : 1° celles consécutives à des lésions organiques du cœur; 2° celles qui sont dues à la répercussion qu'exercent, sur ce dernier, les lésions ou troubles des organes voisins (poumons, par exemple); et les différentes maladies infectieuses.

« L'association de l'Ouabaïne Arnaud et de la digitaline Nativelle forme une symbiose médicamenteuse qui produit les plus heureux effets, là où chacune d'elles séparément administrée semble être inefficace. »

THÈSE DU Dr DIMITRACOFF, PARIS 1922.

DOSES :

Petites doses prolongées ..	X à XX gouttes.
Doses moyennes	XXV à L gouttes.
Doses massives	L à CL gouttes.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

DIURÉTIQUE PUISSANT

DOSAGE RIGOUREUX

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

ACTION CONSTANTE ET SURE

LABORATOIRE Prof Arnaud NATIVELLE

DRAEGER

NOVAR SENOBENZOL BILLON

RESTE LE MÉDICAMENT DE CHOIX DU TRAITEMENT D'ASSAUT DE LA SYPHILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

Bacilloses
États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam

Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.



FORMULE
Iode 0.01
Cholestérine . . . 0.10
Cinnamate de Benzyle . . 0.05
Eucalyptol 0.05
Goménol 0.05
Gaïacol 0.05
Huile stérilisée. 1c.c. 5

Échantillons et Littérature sur demande aux
LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
11 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone :
Archives 08-27

SYNDROMES PARALYTIQUES PROGRESSIFS DES NERS CRANIENS PAR TUMEURS BASILAIRES

Par MM. L. BABONNEIX et J. SIGWALD.

Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant le premier semestre 1929, deux cas de tumeurs cérébrales à peu près comparables, se traduisant d'abord par une atteinte oculaire unilatérale, puis, secondairement, par la destruction progressive et rapide des nerfs craniens de voisinage. Le premier de nos malades eut en très peu de temps une atteinte paralytique de sept nerfs; le second, suivi moins longtemps, n'eut qu'une destruction plus limitée. Tous deux ont ainsi réalisé, avec des combinaisons variées, un syndrome de paralysie progressive des nerfs craniens, affection bien étudiée récemment par MM. Guillain et Garcin (1) et qui est presque toujours d'origine néoplasique. Il en était ainsi chez nos deux patients. L'évolution et l'extension des paralysies, différentes suivant chaque sujet, ont toujours un certain nombre de caractères sémiologiques communs, et, d'après les signes de localisation, plusieurs types cliniques ont été isolés. Il y a toutefois, dans l'atteinte des nerfs, un caractère un peu particulier, certains d'entre eux étant touchés les premiers, et cela de manière constante; ce phénomène s'explique par la résistance variable de ceux-ci à la compression et à l'envahissement par le tissu néoplasique. C'est ainsi que le moteur oculaire externe se paralyse bien avant le moteur oculaire commun, alors que leur atteinte est contemporaine. Nos deux observations montrent que cette contradiction n'apparaît pas seulement dans l'atteinte des nerfs, mais aussi dans la paralysie d'un seul d'entre eux. Chez nos deux malades, il y eut ophtalmoplégie unilatérale complète, mais tous deux conservèrent leur motilité pupillaire, alors que leur motilité extrinsèque était depuis longtemps abolie. Cette dissociation entre l'atteinte motrice extrinsèque et intrinsèque d'un même nerf, le moteur oculaire commun, paraît paradoxale. Il nous a semblé néanmoins que ce signe pouvait avoir une certaine importance dans le diagnostic étiologique d'une ophtalmoplégie. L'intégrité de la pupille ou plus exactement la résistance plus grande à la destruction des fibres oculo-pupillaires du moteur oculaire commun nous paraît être un élément possible du diagnostic d'une ophtalmoplégie par compression néoplasique quelle qu'elle soit; elle permet d'éliminer l'autre cause fréquente des paralysies des moteurs oculaires, la syphilis, qui lèse tout d'abord, et pendant longtemps de manière élective, la motilité intrinsèque de l'œil, en particulier en abolissant les réflexes photo-moteurs.

Nos deux malades ont eu ce signe de manière nette; chez le premier, nous l'avons constaté dès le début, puis pendant longtemps, alors que l'envahissement des nerfs craniens se faisait de proche en proche; le second a été suivi pendant fort peu de temps, mais il a présenté aussi nettement cette dissociation paralytique.

(1) Guillain et Garcin. Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens, *Ann. de méd.*, 1928.

Le premier était un homme de quarante-cinq ans, accordeur de piano, qui vint nous consulter en mars 1929 pour des troubles oculaires d'apparition récente, puisqu'ils évoluaient depuis un mois et demi.

L'interrogatoire ne relevait aucun antécédent important. X... n'avait jamais eu la syphilis et était le père de trois enfants bien portants.

En juin 1928, il se fracture la cuisse gauche, et on peut constater une consolidation vicieuse angulaire d'une fracture de la région sus-condylienne du fémur. Quand nous le voyons pour la première fois, nous n'attachons aucune importance à cet accident épisodique; mais l'évolution ultérieure nous montra l'importance de cette fracture qui était le premier symptôme en date de l'affection. Plus tard, recherchant de manière précise les conditions dans lesquelles s'était produit cet accident, le malade nous en révéla les caractères anormaux suivants : depuis quelque temps, il souffrait de douleurs vagues de la cuisse gauche, mais il marchait normalement; en manquant de glisser, il fait un effort brusque pour se rétablir et ressent alors un craquement douloureux de la cuisse gauche; sa jambe se dérobant sous lui, il s'affaisse. Il venait de se faire une fracture spontanée, pour laquelle il sera immobilisé, mais non plâtré. Pendant six semaines il reste alité, puis il peut remarcher, mais avec difficulté, puisqu'il y a consolidation à angle obtus ouvert en arrière. Spontanément et à la marche, il a des douleurs lancinantes du genou, mais qu'il signale à peine et qui ne l'empêchent ni de marcher ni de reprendre ses occupations.

En janvier 1929, alors qu'il se croyait en bonne santé et ne présentait aucun autre trouble que cette gêne de la marche, il ressent quelques douleurs dans la moitié gauche de la tête. Quelques jours après, il constate qu'il voit double, puis survient un ptosis gauche. Pour cette diplopie et ce ptosis, il consulte aux Quinze-Vingts, où il lui est trouvé une paralysie oculo-motrice gauche, sans atteinte du fond de l'œil. On lui fait une réaction de Wassermann dans le sang, et, bien qu'elle fût négative, on lui applique successivement des traitements de sulfarsénol et de cyanure de mercure.

Aucune amélioration ne survenant, il entre à l'hôpital de la Charité le 9 mars. Pendant son séjour on fait chez lui plusieurs examens oculaires et sémiologiques complets, ainsi que diverses recherches sérologiques. A ce moment nous attribuons à la syphilis les accidents observés, et nous laissons de côté l'antécédent de la fracture de la cuisse dont le malade ne parle même pas; plus tard nous en verrons l'importance, puisque cette fracture était la première manifestation de la néoplasie, et que les accidents nerveux relevaient, en réalité, d'une métastase cranienne.

L'examen général est négatif, la paralysie oculaire gauche paraît résumer l'affection dont se plaint notre malade.

Tout d'abord, on remarque l'existence d'un ptosis gauche, qu'il parvient tout de même à vaincre en contractant fortement son frontal; ainsi il maintient la paupière ouverte à peine. Cette manœuvre permet de constater une diplopie nette.

L'examen ophtalmologique (docteur Jean Blum) montre que l'*œil gauche* est atteint de troubles extrinsèques paralytiques importants. Le moteur oculaire externe est paralysé, il n'y a aucun mouvement du droit externe. Le moteur oculaire commun présente une paralysie à peu près complète, intéressant les droits supérieur, inférieur et interne, et le releveur de la paupière. Il y a toutefois quelques mouvements possi-

bles dans le regard droit supérieur et inférieur; le mouvement de convergence est esquissé.

L'exploration de la motilité intrinsèque montre que la pupille est de calibre normal et peu mobile à la lumière, mais l'examen à la chambre noire montre que la réaction photomotrice existe, faible, quoique indiscutable. L'accommodation est normale, et il y a également réaction dans le mouvement de convergence. Le contraste est donc frappant entre la motilité extrinsèque qui est presque abolie et la motilité intrinsèque normale pour l'accommodation, et diminuée quant à la réaction photo-motrice.

Le fond d'œil est normal, de même que la tension rétinienne.

La sensibilité cornéenne est à ce moment normale.

L'examen de l'*œil droit* ne montre aucune lésion; les motilités extrinsèque et intrinsèque sont normales, de même que le fond d'œil.

Il y a donc une ophtalmoplégie gauche à peu près complète.

L'examen neurologique général ne montre aucune déficience musculaire. Aux membres supérieurs et inférieurs, la force musculaire est normale, les réflexes tendineux sont normaux, seuls les rotuliens et les achilléens sont un peu vifs. Il n'y a pas de signe de Babinski. On ne trouve pas de troubles sensitifs, pas de troubles sphinctériens.

A la face, aucun trouble moteur ni sensitif. Il n'y a pas de paralysie faciale, et, d'autre part, le trijumeau est indemne, la sensibilité étant normale. La cornée est également sensible. Il en est de même de la motilité de la bouche et du pharynx qui n'offre aucun trouble de la phonation et de la déglutition. Il n'y a pas de troubles de l'auditif.

Les lésions nerveuses de ce malade se résument à ce moment dans une atteinte isolée du III et du VI.

Par un examen général on ne relève aucune lésion importante, bien que le malade soit asthénique, un peu amaigri.

Toutefois on remarque au tiers inférieur de la cuisse gauche une déformation angulaire due à la fracture survenue spontanément huit mois auparavant. Le cal est volumineux et on le palpe facilement sous l'atrophie musculaire. Il y a angulation ouverte en arrière, ce qui amène une démarche hanchée, dont le malade souffre.

En présence de cette paralysie oculaire unilatérale et malgré la persistance du réflexe pupillaire nous rattachons à la syphilis l'étiologie de ces symptômes. Un Wassermann sanguin est négatif. Une ponction lombaire donne également un Wassermann négatif; le liquide céphalo-rachidien est à peu près normal, donnant 1 lymphocyte par millimètre cube et une albuminose de 0g50. Il y a néanmoins une petite dissociation albumino-cytologique.

Malgré la négativité des réactions sérologiques, le malade est mis au traitement spécifique. Il reçoit ainsi huit injections de cyanure de mercure d'un centigramme. On lui commence également une cure d'arsénobenzol. Il sort de l'hôpital le 30 mars, après que l'on a confirmé par un second le premier examen ophtalmologique.

Jusqu'alors il n'y avait eu aucune amélioration, au contraire le malade se plaignait plus fréquemment de céphalée sourde et d'insomnie. Il n'avait pas de vertige et pas de vomissements.

Le 6 avril il est revu de nouveau. Il se plaint toujours de céphalée et a conservé son ophtalmoplégie. Par un examen attentif on découvre quelques faits nouveaux. Il a une anesthésie cornéenne du côté gauche, ainsi qu'une hypoesthésie de la moitié gauche de la face; il y a également atteinte de la sensibilité gustative dans la moitié gauche de la langue. Au repos la face est symétrique, mais les mouvements mettent en évidence une légère parésie faciale gauche. Aucun autre signe d'ordre neurologique.

A cette époque, l'envahissement s'étend du III et du VI au V et également au VII, et par conséquent gagne en arrière.

Le 22 avril, l'ophtalmoplégie est absolue à gauche; le ptosis est complet et il faut maintenir la paupière supérieure pour découvrir le globe oculaire. Les mouvements du globe sont à peu près complètement supprimés, sauf un léger mouvement de haut en bas. La pupille est immobile à la lumière et à l'accommodation. L'anesthésie cornéenne est complète. Mais il n'y a toujours pas de modification du fond d'œil ni de la tension rétinienne. L'atteinte du trijumeau se confirme par la constatation évidente de l'hémi-anesthésie faciale et linguale.

Le malade présente un nouveau symptôme : une surdité gauche traduisant l'atteinte de l'auditif correspondant.

Il est revu de nouveau le 3 mai. Son état général devient mauvais. Outre une céphalée constante de la région occipitale il présente de l'insomnie nocturne avec somnolence diurne, et il faut user d'hypnotiques pour lui procurer le sommeil. Il a constamment des vertiges qui l'obligent à rester couché.

Les symptômes se sont accentués. A gauche, persistent le ptosis et l'ophtalmoplégie avec toujours une ébauche de mouvement, l'anesthésie cornéenne, l'hémi-anesthésie linguale et l'hypoesthésie de la face de ce côté. Le facial est légèrement atteint; il y a surdité gauche complète.

A ce moment il y a extension à droite; le moteur commun droit se prend également, traduisant son atteinte par la suppression du regard en dedans avec abolition de la convergence.

Aux membres, l'examen ne montre aucun symptôme neurologique. Mais on remarque une modification importante du tiers inférieur de la cuisse gauche. A l'endroit de sa fracture spontanée, nous avions constaté au premier examen une angulation avec augmentation de volume. Au cours de l'examen fait à ce jour, nous trouvons une hypertrophie énorme du tiers inférieur du fémur, qui est presque double du droit, avec déformation angulaire. Spontanément et à la palpation le malade souffre. Cette dernière montre qu'il s'agit d'une tuméfaction dure refoulant les plans musculaires, qui paraît correspondre à une hypertrophie diffuse du fémur. La surface en est régulière, mais dure, et on ne peut mettre en évidence de crépitation osseuse. L'articulation du genou est indemne et de motilité normale. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale. On fait à ce moment une radiographie du tiers inférieur du fémur; le malade nous apporte en même temps celle qui fut faite en juin 1928 au moment de la fracture.

Sur la première radiographie de juin 1928 on voit une fracture sus-condylienne du fémur, déchiquetée et engrénée, avec une angulation minime. Il y a surtout une densification osseuse de toute l'extrémité inférieure du fémur donnant aux condyles une opacité complète avec invisibilité du système trabéculaire, fait qui contraste avec la structure normale des plateaux tibiaux. Au-dessus du foyer de fracture cette densification se continue sur la diaphyse disparaissant progressivement. Il n'y a pas de modification des contours.

Sur la seconde radiographie faite en mars 1929, on constate que ces caractères anormaux se sont accentués. La condensation du fémur est plus intense, les condyles sont tout à fait opaques et ne présentent aucune travée. On voit encore le trait de fracture, l'angulation est d'ailleurs plus prononcée. L'os a en ce point une ébauche de géode centrale avec de larges mailles de condensation donnant un aspect vermoulu; au pourtour il existe quelques productions ostéophytiques irrégulières. Il n'y a rien de visible autour de l'os, la rotule est normale, de même que le tibia. Les lésions primitives se sont donc accentuées.

On fait en même temps une radiographie du crâne de profil; elle ne montre pas de modification osseuse de la base du crâne, sauf peut-être une transparence plus grande que normalement du sphénoïde, mais sans modification des contours ni de la selle turcique.

Le 16 mai, examinant à nouveau notre malade, nous le trouvons dans un état précaire. Il se cachectise rapidement, souffre de céphalée constante qui rend nécessaire l'usage de

morphine. Il est incapable de rester debout et est continuellement somnolent.

A gauche, l'ophtalmoplégie est absolue. A droite, elle est presque complète avec ptosis et limitation des mouvements du globe. A gauche, il y a aussi anesthésie faciale, paralysie faciale nette et surdité. Mais il n'y a toujours pas d'atteinte sensitivo-motrice des membres ni de troubles sphinctériens. Il n'y a pas non plus de troubles de la phonation et de la déglutition.

Le fémur gauche a encore augmenté de volume et l'angulation est plus nette.

Pendant quelques jours torpeur progressive, puis mort le 29 mars 1929 dans le coma. Il n'y a pas eu de contrôle anatomique.

L'observation de notre autre malade est plus courte, les lésions nerveuses étant restées plus limitées.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans qui nous fut adressée le 21 juin 1929 pour néoplasie généralisée. En 1922, elle avait eu un cancer du sein gauche, et après deux à trois mois d'évolution elle avait été opérée par M. Baumgartner. L'intervention se passa normalement, et après l'exérèse, tout à fait bien portante, elle reprit ses occupations. Pendant sept ans elle est en apparence guérie de son épithélioma.

En janvier 1929, apparaissent des noyaux durs, de la taille de grains de café, dans la partie latérale gauche du cou, qui, augmentant rapidement, sont traités par la radiothérapie pénétrante. Après quinze séances d'irradiation, ces premières métastases rétrocèdent.

En mars de la même année, soit un mois avant son entrée, elle est prise subitement de vertiges qui entraînent la chute, puis surviennent de la céphalée, plus récemment des troubles oculaires.

En examinant le siège du cancer primitif, on trouve sur le sein gauche la cicatrice de l'intervention, qui est souple et indemne de récidive. Mais, sur la face antérieure du thorax, on trouve de petits nodules cutanés du volume d'une noisette, et à la région cervicale, des adénopathies dures bilatérales. Le foie, gros, présente de gros noyaux métastatiques. Il s'agit donc chez notre malade de récidive d'un cancer du sein, à métastases dites multiples.

Il existe, en particulier, des signes de localisation cérébrale : céphalée, torpeur, vertiges avec démarche ébrieuse; en outre, on constate une paralysie oculaire droite. L'atteinte de l'œil se traduit par les signes suivants; on remarque tout d'abord le ptosis et la fixité du regard, due à une abolition des mouvements en haut, en bas et en dedans, traduisant une atteinte profonde du moteur oculaire commun. Le moteur oculaire externe est également touché, mais il y a tout de même ébauche du regard en dehors. La pupille est égale à celle du côté opposé, et *réagit normalement* à la lumière et à la distance; l'acuité visuelle est normale et il n'y a pas de stase papillaire. Il y a donc chez cette malade un contraste encore plus évident que chez le premier dans l'atteinte du moteur oculaire commun : la motilité extrinsèque est complètement supprimée, alors que les réactions pupillaires sont normales.

Du même côté droit, il y a également très légère atteinte du trijumeau, se traduisant par de l'hypoesthésie de la cornée et de la région péri-orbitaire. Il y a aussi hémi-anesthésie linguale. Le facial et l'auditif semblent indemnes, de même que les nerfs de l'autre hémiface. Il n'y a aucun trouble de la déglutition, de la phonation, de la motilité des membres, des sphincters.

Cette ophtalmoplégie relève bien d'une métastase intracranienne, qui se traduit, en outre, par l'irrégularité de la démarche à type ébrieux, avec vertiges fréquents. On fait une ponction lombaire, qui montre un liquide clair, légèrement hypertendu (23 à l'appareil de Claude en position couchée), légèrement xanthochromique, contenant 3 lymphocytes et 0g60 d'albumine, donc petite dissociation albumino-cytologique. Le Wassermann est négatif.

Une radiographie du crâne est faite; elle ne montre pas de grosses lésions du squelette cranien; il y a toutefois une augmentation de volume du sinus sphénoïdal dont l'aspect est arrondi et qui a la taille d'une noix; sa paroi supérieure superpose son ombre à la partie inférieure de la selle turcique qui est normale, faisant ainsi saillie dans l'étage moyen de la base du crâne.

Après un séjour de huit jours dans le service la patiente nous quitte, et, depuis ce moment, nous l'avons perdue de vue.

Chez ces deux malades, malgré l'absence de contrôle anatomique, le diagnostic de tumeurs de la base du crâne s'impose. Les caractères de localisation et de tension sont déjà assez typiques, confirmés par l'histoire clinique et l'existence d'autres foyers néoplasiqués.

Nous ignorons pour le premier d'entre eux la nature et le siège de sa tumeur maligne primitive. S'est-il agi d'un ostéosarcome du fémur annoncé par la fracture primitive spontanée et de métastase cranienne? Cliniquement, on devait admettre ce diagnostic et cette interprétation. La radiographie du fémur ne confirma pas complètement cette hypothèse. Au lieu d'y trouver la raréfaction osseuse et les constructions périphériques habituelles à l'ostéosarcome, on constate une densification massive de l'os très comparable comme aspect à celui des vertèbres d'ivoire, mais avec aspect géodique au centre; les bords en sont nets, sauf au trait de fracture, où il existe quelques productions ostéophytiques que celles-ci a occasionnées; cet aspect se modifie progressivement pour redevenir normal au niveau de la diaphyse. Il est donc possible qu'il s'agisse également là d'une métastase osseuse d'un néoplasme d'origine indéterminée (étant peut-être le néoplasme cérébral) le processus d'ostéite condensante, ne confirmant pas le diagnostic d'ostéosarcome. Ces considérations sur l'origine du néoplasme sont d'ailleurs tout à fait secondaires, ne modifiant en rien la notion du néoplasme cranien.

De toute évidence, chez notre seconde malade, il s'agit d'un épithélioma du sein généralisé secondairement. La lésion radiologique du sinus sphénoïdal confirme l'existence d'une métastase dont la clinique avait fait le diagnostic de nature et de siège.

Il nous semble plus utile d'insister sur différentes particularités symptomatiques de ces deux observations. Chez les deux malades, nous avons observé des lésions identiques, tout au moins pendant une certaine période. Il y avait ophtalmoplégie externe avec atteinte plus ou moins complète du VI et presque complète du III. La destruction du III devait être intense, puisque aucun des muscles innervés par lui n'était capable de mouvement. Or, les réflexes pupillaires étaient, sinon normaux, tout au moins conservés offrant un vif contraste avec l'ophtalmoplégie externe. Cette atteinte dissociée des fibres d'un même nerf mérite réflexion. Il est classique d'admettre que chaque nerf a une résistance différente à la compression et à l'envahissement : en

particulier on observe souvent la paralysie précoce du VI, nerf qui résiste très mal aux divers agents pathogènes. Nos deux cas de compression évidente montrent que la résistance a été également variable dans les fibres d'un même nerf, réalisant un tableau symptomatique inverse de celui de la syphilis qui atteint tout d'abord les fibres pupillaires. Il est impossible, sur deux observations, de tirer une conclusion générale de ces faits, mais peut-être aura-t-on l'occasion, en analysant d'autres cas, de retrouver ce caractère; il prendrait alors une certaine importance diagnostique, permettant ainsi de reconnaître la compression comme cause d'une ophtalmoplégie lorsqu'il n'y a pas atteinte nucléaire.

L'étude relative à l'origine et au trajet des fibres pupillaires aide à comprendre cette atteinte du moteur oculaire commun, avec conservation fonctionnelle de quelques-unes de ses fibres. En réalité, l'innervation de la pupille est formée par deux systèmes antagonistes, mais qui sont autonomes, émanant du sympathique et du parasympathique. Les fibres iridodilatatrices d'origine sympathique naissent du ganglion cervical supérieur; quelques-unes ont une origine bulbaire, au voisinage du faisceau solitaire. Passant par le ganglion de Gasser, elles suivent le nerf ophtalmique, puis le nasal, pour aboutir au ganglion ciliaire, d'où partent les nerfs ciliaires.

Les fibres irido-constrictrices, d'origine parasympathique, qui nous intéressent plus particulièrement ont un trajet plus simple. Elles émanent d'un noyau spécial, le noyau pupillaire, situé dans le mésocéphale, indépendant du noyau du moteur oculaire commun, et, pourtant, situé à son voisinage. Ces fibres n'empruntent le moteur oculaire commun qu'à partir de son origine apparente; elles cheminent ainsi jusqu'à la cavité orbitaire, situées en plein centre du nerf pour Schiff, puis atteignent le ganglion ciliaire.

L'atteinte isolée du noyau du III peut expliquer la conservation des fonctions pupillaires, en même temps que la paralysie motrice extrinsèque. Cette hypothèse ne saurait être admise ici, puisque dans nos deux cas la lésion siège sur le trajet intraméningé du III. Or, les fibres pupillaires qui ont une origine différente chemineraient, pour certains auteurs, au centre du nerf. On comprend, dès lors, qu'elles soient restées protégées plus longtemps contre l'agent destructeur extrinsèque au nerf, à la fois par leur siège, et peut-être aussi par une structure différente. André Thomas avait d'ailleurs observé des cas analogues, avec intégrité des nerfs ciliaires, alors que la IIIe paire était dégénérée. Remarquons, néanmoins, que l'ophtalmoplégie externe congénitale est caractérisée par une atteinte paralytique identique, mais pratiquement le diagnostic différentiel ne se pose pas.

A part ce caractère anormal des paralysies oculaires, nos deux observations rentrent dans le groupe des syndromes paralytiques des nerfs craniens et en ont les caractères essentiels. Ces syndromes nerveux qui sont presque toujours d'origine néoplasique peuvent réaliser, suivant le processus d'extension, de la tumeur n'importe quelle destruction nerveuse. Néanmoins, les associations paralytiques les plus souvent rencontrées ont été décrites; elles sont bien étudiées dans le travail de MM. Guillain et Garcin. Nous rappellerons rapidement cette classification afin de placer dans ce groupe nos deux observations qui en relèvent.

Les syndromes paralytiques des nerfs craniens peuvent être divisés en deux groupes : les paralysies partielles, les paralysies étendues.

Les syndromes *paralytiques partiels* sont désignés par leur siège anatomique et correspondent, en général, à une entité anatomo-clinique. Il ne s'agit pas de divisions arbitraires, mais de limitation de paralysies telles que la pratique les réalise.

Le *syndrome de la fente sphénoïdale*, décrit par M. Rochon-Duvigneaud, est caractérisé par l'atteinte simultanée du nerf optique, des moteurs oculaires et de la branche ophtalmique du trijumeau. Ainsi se trouvent réalisées une cécité unilatérale, une ophtalmoplégie complète et mixte avec anesthésie du territoire de la branche ophtalmique, sous la dépendance soit d'une périostite syphilitique, soit d'une tumeur.

Une localisation plus postérieure des lésions réalise le *syndrome de la paroi externe du sinus caverneux*, décrit par Foix, avec ophtalmoplégie unilatérale débutant par le moteur oculaire externe, et syndrome sensitif subjectif de la branche ophtalmique. L'étiologie comprend deux causes fréquentes : les tumeurs de l'hypophyse et la thrombose du sinus caverneux.

L'atteinte globale de tous les nerfs de cette région réalise le *syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal*, décrit par Jacot. Secondaire presque toujours à un sarcome de la trompe d'Eustache qui pénètre dans le crâne par le trou déchiré antérieur, cetteatteinte du II, III, IV, V et VI nerfs craniens d'un côté se traduit par une névralgie du trijumeau avec ophtalmoplégie et amaurose.

Le *syndrome de Gradenigo ou de la pointe du rocher* est causé par une atteinte du VI et du V au niveau du ganglion de Gasser due à une otite moyenne. Il y a paralysie du droit externe et névralgies temporo-pariétales.

Les gliomes du nerf auditif, les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux au début, réalisent le *syndrome du conduit auditif interne* : paralysie faciale périphérique et surdité accompagnée de vertiges par atteinte du nerf auditif.

Le *syndrome du trou déchiré postérieur* décrit par Vernet est presque toujours d'origine traumatique, mais il peut être aussi lié à une tumeur de la base. Il est constitué par l'atteinte simultanée du IX, X, et XI nerfs craniens d'un côté.

Lorsque les IX, X, XI et XII nerfs du même côté sont touchés simultanément, il s'agit du *syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur*, assez souvent d'origine traumatique lorsqu'il est pur, relevant au contraire d'une affection endocranienne, lorsqu'il s'accompagne d'une atteinte sensitivo-motrice des membres.

Si le sympathique cervical est atteint en même temps que ces quatre derniers nerfs, se trouve

constitué le *syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur*, la participation du sympathique se traduisant par un syndrome de Cl. Bernard-Horner.

Parmi ces formes postérieures une limitation des paralysies peut donner les syndromes d'Avellis, de Schmidt et de Jackson.

Tels sont les syndromes de paralysies limitées unilatérales des nerfs craniens qui correspondent à un repère anatomique, surtout précis pour les variétés antérieures. Mais il n'est pas constant de voir une atteinte restée aussi limitée; *parfois les paralysies sont plus étendues*; les tumeurs de la base du crâne se propageant de proche en proche « fusionnent les syndromes mitoyens. Ceux-ci n'apparaissent que comme une *étape éphémère du processus extensif* en évolution progressive et constante ». Toutes les associations sont alors possibles, mais elles ne méritent pas d'être isolées.

Une variété assez rarement réalisée est le *syndrome paralytique global unilatéral* bien étudié par MM. Guillain et Garcin, qui réalise une synthèse de tous les autres syndromes. Son étiologie en semble assez précise, relevant de fibrosarcomes développés au dépens de tissus conjonctifs de la base du crâne. Il n'y a pas d'extension de l'autre côté; lorsque celle-ci existe, il s'agit plutôt d'une tumeur épithéliale (Fritz Hartmann et Royce).

Ces syndromes paralytiques des nerfs craniens peuvent être d'origine traumatique, mais lorsqu'ils surviennent de manière primitive, ils sont presque toujours produits par des néoformations. Le syndrome de la fente sphénoïdale est réalisé par des tumeurs de l'orbite, ou par une tumeur endo-cranienne qui envahit secondairement l'orbite. Le syndrome de la paroi externe du sinus caverneux est presque toujours causé par une tumeur de l'hypophyse. Le syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal est produit par la propagation intracranienne de sarcome de la trompe d'Eustache. Le syndrome du conduit auditif interne peut être réalisé par une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux au début, ou par un gliome de l'auditif. Une tumeur de l'étage postérieur du crâne peut être à l'origine du syndrome du trou déchiré postérieur ou des autres syndromes postérieurs. Lorsqu'il s'agit de paralysies multiples étendues et surtout de paralysie globale unilatérale on peut incriminer à coup sûr une tumeur de la base mais l'étiologie peut en être double : soit néoplasme sous-cranien développé aux dépens du naso-pharynx, puis perforant la base du crâne, s'accompagnant d'adénopathies sous-angulo-maxillaires ou jugulaires, ainsi que de lésions radiologiques importantes; soit néoplasme d'origine endocranienne, un sarcome pour la paralysie globale unilatérale.

Quelle qu'en soit l'origine, ces néoformations ont des caractères symptomatiques très particuliers. L'*extension est en général rapide*, mais à répartition variable, car certains nerfs peuvent ne traduire leur souffrance qu'avec un certain retard. Il y a quelques signes négatifs de toute importance : elles ne s'accompagnent *pas de signes d'hypertension intracranienne, ni de stase papillaire, ni de troubles sensitivo-moteurs des membres.* Pour MM. Guillain et Garcin « ces caractères négatifs doivent trouver en partie du moins leur cause principale dans l'altération précoce du plancher osseux au contact duquel évolue le néoplasme. » Ces altérations osseuses sont fréquemment retrouvées à la radiographie.

Le diagnostic clinique peut en être difficile, par suite de l'absence de signe d'hypertension. On pense souvent à la méningite syphilitique, les lésions produites par celle-ci étant souvent symétriques, et on dirige la thérapeutique dans ce sens, mais la ponction lombaire ne montre pas de modifications du liquide céphalo-rachidien.

La pachyméningite tuberculeuse de la base peut également donner des paralysies limitées, mais il s'agit rarement de paralysies multiples étendues.

Enfin, lorsque le traumatisme est en cause, il est facile de lui rapporter les paralysies observées.

Des formes étendues de paralysies de la base ont été réalisées par nos deux malades. Le premier a d'abord fait un syndrome de la paroi externe du sinus caverneux, mais ce n'était qu'une « étape éphémère », l'extension rapide s'étant faite à tout l'étage moyen de la base du crâne, allant même jusqu'au rocher, puisqu'il y avait atteinte du facial et de l'auditif. Très tardivement se produisit une propagation du côté opposé, au même étage moyen avec participation des moteurs oculaires commun et externe, signe qui serait en faveur d'une tumeur épithéliale pour Fritz Hartmann et Royce. Comme dans la plupart des cas, il n'y eut pas de stase papillaire, et, à la période terminale, un minimum de signes d'hypertension intracranienne fut constaté. Notre second cas est également un syndrome de la paroi externe du sinus caverneux d'origine épithéliomateuse qui se serait sans doute étendue si nous l'avions suivi plus longtemps. Il y avait néanmoins dans ce cas quelques signes de tumeur cérébrale : vertiges, céphalée et légère dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Nos deux observations viennent confirmer le polymorphisme évolutif possible des néoformations de la base du crâne ainsi que leur difficulté de diagnostic avec les méningites de la base surtout la méningite syphilitique. Par le caractère anormal des paralysies oculaires elles font entrevoir la possibilité de trouver, pour certaines variétés et à un certain stade, un élément de différenciation. Le seul intérêt est d'ailleurs d'en poser le diagnostic, car la thérapeutique reste complètement désarmée contre ces néoformations; aussi est-il légitime de faire, lorsque le doute est encore possible, un traitement spécifique d'épreuve, sans s'exagérer l'importance du facteur d'aggravation qu'il peut comporter. Il sera logique de tenter l'application de radiothérapie pénétrante; le plus souvent, on devra se borner au traitement symptomatique des manifestations pénibles de ces néoformations dont l'évolution est assez rapide.

Étude élémentaire des arythmies. Lecture des électrogrammes. Phono et cinématographie, par R. LUTEMBACHER. Un volume de 120 pages avec 78 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1929)

Spina bifida. — M. Leveuf rapporte quatorze observations de spina bifida de M. Yotchitch (de Belgrade) avec quatre morts seulement. La position ventrale permet d'éviter la souillure de la plaie par les excréta. Bons résultats éloignés et un seul cas d'hydrocéphalie.

M. Leveuf insiste sur la nécessité d'opérer les myéloméningocèles dès la naissance. Lorsque la plaie est revêtue de peau le pronostic est infiniment meilleur, et quelques cas peuvent guérir sans séquelles.

M. Cunéo croit, comme l'a vu M. Leveuf, que l'étude anatomo-pathologique actuelle est à reviser sur certains points.

M. Mathieu estime qu'on doit opérer malgré la gravité de certains cas.

Inversion utérine d'origine puerpérale au dix-huitième jour. Hystérectomie vaginale. — M. Cadenat rapporte cette observation de M. Murard. Après une tentative de réduction manuelle, on dut faire une hystérectomie vaginale.

Fracture du crâne. — M. Oudard rapporte une intéressante observation de M. Roubois (de Fort de France) qui a trait à une forme rare de fracture du crâne.

Gastrostomie continente. — M. Gernez est partisan d'exécuter la gastrostomie très haut, sur la poche à air, par le procédé de Witzel, mais de placer l'orifice cutané plus bas que l'orifice gastrique.

M. Grégoire estime qu'il est difficile d'atteindre la poche à air par voie abdominale.

Pancréatites chroniques. — M. Brocq en rapporte deux cas personnels. Dans le premier cas la vésicule était adhérente, bourrée de calculs. La malade, jeune femme, guérit après cholécystectomie et drainage de la voie principale. La seconde malade ne présentait pas de vésicule biliaire. On se contenta donc d'un simple drainage de la voie principale. Très grosse amélioration.

La pancréatite chronique paraît être une affection extrêmement polymorphe.

M. Brocq aborde ensuite la discussion sur la part qui revient à la lésion mécanique, et celle qui appartient à l'altération de la cellule hépatique dans ces ictères.

M. Duval désirerait savoir sur quel critérium opératoire on peut baser le diagnostic de pancréatite chronique.

M. Cunéo estime, comme M. Duval, qu'il est des cas extrêmement embarrassants pour décider s'il s'agit d'une pancréatite chronique ou d'un cancer du pancréas.

M. Gosset dit pancréatite chronique lorsque chez un malade ictérique, sans calcul, la tête du pancréas est volumineuse et dure. La clinique indiquera s'il s'agit de cancer ou pancréatite.

M. Leveuf estime qu'il existe une grosse présomption pour la pancréatite chronique, lorsque après cholécystostomie l'injection de lipiodol indique un arrêt au niveau du pancréas.

M. Brocq estime que chez les sujets jeunes mieux vaut faire un drainage externe, et chez les sujets âgés un drainage interne.

Présentation de malades. — Cancer de la langue. M. Monod présente ce malade parce qu'il avait une adénopathie contro-latérale pour un cancer marginal. Ablation chirurgicale des ganglions du côté de la lésion. Irradiation linguale. Puis intervention chirurgicale pour les ganglions du côté gauche. Guérison apparente. Pas trace de cicatrice linguale.

INFORMATIONS

(SUITE)

LISTE ALPHABÉTIQUE DES CANDIDATS AU CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS :

Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker-Kamoun, Adle, Aegerter, Agadjaniantz, Mlle Aghion, MM. Aimez, Ajuriaguerra y Ochandiano, Akerman, Albaret, Albaric, Alguier, Allik, Allos, Almosnino, Ameur, Amigues, Andrieu, Angelici, Anglade, Anne-Quentin, Antomarchi, Arager, Arguelles, Arloing, Arné, Arnous, Arrighi, Arsitch, Ascher-Cohen, Ascher (Eugène), Aschkenasy, Astor, Aubert, Audebert, Audouard, Aussaye, Auszterweil, Avenard, Avenier, Azoulay,

Bagnaninchi, Bagot, Baillarge, Bain, Bakulin, Balme du Garay, Baloche, Mlle Balossini, MM. Barbet, Barbier, Barcat, Bardery, Baron, Barouch, Mlle Barreras, MM. Barry, Barut, Bascou, Baslez, Batail (Robert), Bataille (Jean), Mlle Bataille (Jeanne), MM. Baudouin, Bauer, Bayle, Beauchef, Beitz, Beley, Bellaiche, Belletoille, Belz, Bembaron (Charles), Bembaron (Victor), Benassy, Ben Chadli, Beneytout, Benichou, Benoit, Bentata, Bercovici (Bernard), Bercovici (Jean), Berger, Bergerot, Berliez, Bernard, Bessil, Besson, Bestion de Camboulas, Bideau, Biot, Blanc, Blanchard, Bleiwess, Blicher, Bloch, Blot, Blumenfeld, Boëlle, Boer, Bohosiewicz, Boisbourdin, Boissonnat, Bommart, Mlle Bongard, MM. Bonnefous, Bonnet, Bornet, Bornstein, Bosquet, Botreau-Roussel, Boudou, Bouillé, Boulard, Boulet, Bour, Bourdeau, Boureau (Jacques), Bourée, Mlle Bourgeois, MM. Bourgin, Boursans, Boussard, Boussofara, Boutard, Bouteille, Bouvrain, Boz, Braïlowski, Brami, Branelle, Braunberger, Brédier, Breitel, Bret, Bricage, Brochard, Broche, Bronstein, Broquin, Brugier, Brumpt, Brun, Brunet, Bruno, Buchhalter, Bucquoy, Mlle Bui-Quang-Chien, MM. Buit (du), Burel, Buresté, Busson, Busy,

Cadet de Gassicourt, Cadinouche, Cahnet, Cailleret, Mlle Caillet, MM. Calitchi, Calmanas, Calvet, Campesco, Canet (Jean), Mlle Canet (Simonne), Mme Capitain née Barré, MM. Capmas, Carle, Carniol, Carrez, Casalis, Castany, Castello, Castets, Catinat, Caucanas, Mlle Cauchy, MM. Cauneau, Cauvy, Cayla, Mlle Cazes, MM. Cenac, Cernéa, Chabanon, Chabaud, Chabert-Ostland (de), Chahed, Champault, Champsaur, Chapoy, Charton, Chaumeil, Chautemps, Chauveau, Chauvillon, Mlle Chessebeuf, MM. Chomet, Chouraqui, Choussat, Ciaudo, Mlle Ciosi, MM. Claisse, Clarac, Clary-Bousquet, Claude, Clénet, Cléostrate, Cler, Coldefy, Colletas, Combes (André), Mlle Combes (Marthe), MM. Combes (Willy), Comissioner, Conte, Copreaux, Coquet, Corpataux, Corcos, Corrèze, Corrion, Cosset, Mlle Coste, MM. Costet, Costil, Mlle Cotton, MM. Coulombeix, Courchinoux, Mlle Courrier, MM. Courtin, Creusot, Cuénot, Mlle Cuvier, MM. Cuzin,

Daien (Léon), Daien, Danard, Daniel, Darbois, Dauphin, Daverne, David (Isaac), David (Lucien), Debidour, Debroise, Debu, Defrançois, Deguise, Dehouve, Mlle Delaroche, MM. Delattre, Delian, Deloge, Delord (Pierre-Ulrich), Delort (Pierre-Jean), Delzant, Demange, Demarquet, Dequéant, Deramond, Dereure, Derieux, Dervaux, Desage, Mlle Desallais, MM. Desaux, Deschamps, Deséglise, Desmonts (Max), Desmonts (Théodore), Desormonts, Desrosiers, Desseigne, Mme Deté, née Rutaud, MM. Determe, Deuquet, Diétrich, Dillange, Dobrzynski, Dollé, Dos-Ghali, Mlle Dournel, MM. Drain, Driessens, Drizard, Droguet, Mlle Duba, MM. Dubarry, Dubois (Jean), Dubos, Dubreuil, Ducros, Mlle Dumas, M. Dupertout, Mlle Dupeux, MM. Dupont (Jacques), Dupuy,

Mlle Duran, MM. Duranceau, Durand (Georges), Duriez, Dutheil, Duval,

Echegut, El-Baffoun, El-Khaïm. Enquin, Epelbaum, Escande, Esquirol, Es-Sakka, Mlle Esvan, MM. Etesse, Evrard,

Fabignon, Fagot, Faliu, Fardet, Fargette, Fargier, Faugère, Fautrel, Mlle Fauvert, MM. Fauvet, Favier, Fayance, Faye, Feinmann, Fékète, Felgines, Mlle Ferrieu, M. Feuillet, Mlle Fié, MM. Firminhac, Fischmann, Flamant, Fleurot, Florès, Flori, Mlle Florimont, MM. Poltzer, Fonteneau, Forestier, Forget, Fortin, Fougeras-Lavergnolle, Fournée, Francès, Francescoli, Frézouls, Frileux, Frieszberg.

Gahinet, Gaillard, Galimard, Gallet, Gallois, Gamy, Gaquière, Garcin, Gateau, Mme Gateau, née Sellier, MM. Gaudebert, Gauffre, Gaulier, Gaumé. Gauthier, Gautreau, Gautrelet, Gazel, Gélas, Gellé, Gellert (Etienne), Gellort (Max), Génévrier, Georget, Gerbeaux, Gerbet, Géro, Mlles Ghingher, Ghinsberg, MM. Gibergy, Gillet (Bernard), Gillet (Germain), Gillet (Pierre), Gingold, Girard, Giraud, Giraudonx, Gireaux, Mlle Giret, MM. Gisselbrecht, Glaserman Goby, Godchot, Goéré, Goëz, Goldenberg, Gordet, Gossart (Edmond), Gossart (Pierre), Mlles Gothié, Gottlieb, MM. Gouget, Goujard, Goulet, Gourand, Gourdet, Gourevitch, Graciansky, Grange (Louis), Grange (Paul), Gras, Gratier, Greif, Gresse (Richard) Grèze (André), Mlle Griboval, MM. Grima, Gruner, Gros (André), Gros (Bernard), Gross (Félix), Gross (Georges), Grossiord, Guérin, Geslon, Guigal, Guillaumat, Guillemin Guillon, Guinard, Guitard, Guttières,

Hallé, Mlle Haloua, MM. Hamel, Hanania, Hanaut, Mlle Hannes, MM. Hanoun, Hansklecht, Mme Harburger née Autier, M. Hardy, Mlle Harispe, MM. Hascoët, Haye, Hébert (Paul), Hébert (Pierre), Hecht, Mlle Helman, MM. Herscovici (Leiba), Herscovici (Samuel), Hertz, Hervé, Heunet, Mlle Hitier, MM. Horeau, Huguet (Maurice), Mlle Huguet (Simone), MM. Huillet, Husset, Hy,

Iancovici, Iglésias, Igra, Inbona, Ingrand, Israël,

Jacowski, Jacquet, Jacquot, Jaïna, Mlle Jakovler, MM. Jalladeau, Jan, Jarriault, Jarry, Mlle Jesensky de Nagy, MM. Jolicœur, Joly, Mlle Jomier, MM. Josef, Joseph, Josephson, Jouannard, Jude,

Kanner, Mlle Kapp, MM. Karabarbounis, Karatchentzeff, Kasatzker, Kerambrun, Mlle Kerboul, MM. Kestenberg, Kilidjian, Mlle Klein, MM. Klotz, Kohen, Kolpenitzki, Krakowski, Kron, Krug, Mlle Kuypers,

M. Lac (du), Mlle Lacassagne, M. Lacheny, Mlle Ladet, MM. Lafargue, Lafourcade, Lagaillarde, Lair, Lamy, Lande de Vallière (de la), Landès, Laneuville, Lapeyre, Laporte, Larabi (Mahmoud), Larabi (Mohamed), Lardenois, Lardy, Larrive, Latour, Laubry, Laugier, Laure, Laurian, Lautrette, Lavedan de Casaubon (de), Lazar, Le Bars, Lebel, Le Bihan, Leclercq, Lecointre, Leconte, Mlle Lecour, M. Le Cudonnec, Mlle Ledan, MM. Ledoux-Lebard, Leduc (Frédéric), Le Duc (Jean), Leducq (Maurice), Lefer, Lefèvre (Marcel), Mlle Lefèvre (Marguerite), M. Lefèvre (Robert), Mme Legoux née Recton, MM. Legros, Lemaire, Lemmet, Lemoine, Lemonnier, Lenoir, Le Pavec, Lepetz, Lepeytre, Le Picard, Lepintre, Lepoivre, Leprêtre, Lejeune, Leroux, Le Roy (André), Le Roy (François), Leschi, Lesobre, Lespinat, Mlle Levaillant, MM. Levêque, Lévy (Jacques), Lexa, Liber, Liénard, Lignières (de), Limasset, Lipsztejn, Loiseau (Ferdinand), Loiseau (Jacques), Mlle Loloum, MM. Longraye, Longuet, Mlle Lormand, MM. Loutfalla, Loze, Mlle Luders, MM. Luszynski, Lutrot, Mlle Lyon,

MM. Maclou, Magnier, Maggi, Mahé, Mahmed, Maillard (Emile), Maillard (Pierre), Maillet, Mlle Malan, MM. Mallet, Mandel, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marcorelles, Mlle Margueron, MM. Marguliès, Marlin, Marque, Marquinie, Marrek, Marsat, Martin (Georges), Martin (Max), Martin (Pierre), Martin (René), Martini, Martel, Masse, Massonie, Massonnet, Mathey, Mathieu, Matras, Maude, Maugenest, Maulmont (de), Maurage, Mayaud, Maynadier, Mazingarbe, Meillon, Mlle Meligue, MM. Mendelsohn, Ménétrier, Mlle Merlier, MM. Methlin, Meurin, Meyblum, Meynard, Michaut, Michel (Jean), Michel (Roger), Milliau, Moinard, Moïse, Moisesco, Moninéry, Monbeig-Andrieu, Monier (Henri), Monier (Lucien), Monin, Monjanze, Montarnal, Montel, Monti, Mlle Montrozier, M. Morand, Mlle Morel, MM. Morhange, Moreau, Morichau-Beauchant, Morin, Moro, Mouchet, Mouchotte, Moulle, Münz,

Nabert, Nakache, Nayna, Nedelkoff, Née, Nègre, Nevjinsky, Neumann, Mme Neval née Focsineau, MM. Neveu, Neyraud, Ngo-Quoc (Quyen), Nguyen (van Nha), Nguyen (Hai), Nguyen Trung (Giao), Nguyen (van Kim), Nguyen (van Kinh), Ngyuen (van Nguyen), Nico, Nitti, Nobili (de), Nordin, Normand (Maurice), Normand (Pierre), Nyer,

Mlle Œconomos, MM. Offret, Oger, Olive, Olivier (Marcel), Mlle Olivier (Geneviève), MM. Olivier-Pallud, Opin, Ornstein, Ory,

Pailheret, Paillas, Mlles Paillé, Paley, MM. Pasqualini, Pauchard, Paziaud, Péan, Pellier, Mlle Pénicaud, MM. Péraire, Pereton, Peretz, Mmes Perlès, Perrault, MM. Perrot (Robert), Persoz, Pertus, Petit, Petresco, Mlle Petroff, MM. Pham-Ba Vien, Phan van Chanh, Phelut, Philippe (Germain), Philippe (Léon), Picard (Georges), Mlle Picard (Suzanne), MM. Picart (René), Picaud, Picot (Guy), Picquart, Pideri, Pierra, Pillière de Tanouarn, Pimpaneau, Poggioli, Mlle Poidevin, MM. Poisson, Politis, Politzer, Porret, Potin, Poucet, Pouliquen, Poumpouras, Pour, Pradaude, Mlle Prain, MM. Prattet, Prévost (Jean), Prévosi-Brouillet, Pruvost, Mlle Puisais, MM. Pulsford, Puybaret,

Quentin,

Rabant, Rabaté, Rabinovitcz, Rabourdin, Racheff, Raffray, Raison, Rambert, Rapaport (Abr.), Rapaport (Alex.), Raphaël, Rauchbach, Ray, Mlles Reboul, Regnault, M. Rendu, Mlles Renié (Odile), Renier (Suzanne), MM. Renou, Reynaud, Ribert, Richard (Charles), Mlle Richard (Danièle), MM. Richard (Gabriel), Riche (Louis), Mlle Riche, Mme Ripert née Carl, MM. Rizoff, Robine, Roch, Mme Rodzevitch, MM. Rollat (de), Rollin, Ronot, Roquigny, Rosenberg, Rosenfeld, Rosenweig, Rossignol, Rostain, Rotenstein, Mlles Rouard, Rouault, M. Rougean, Mlles Roule, Rousier, MM. Roux-Naud, Rouyer (François), Rouyer (René), Rouzaud, Rovianu, Roy (Fernand), Roy (Roger), Rozée-Belle-Isle, Rubinstein, Rudaux, Rudeanu, Ruin,

Sachnine, Sachs, Sacquépée, Saïe, Mlle Saint-Paul, MM. Salaun, Sallé, Salman (Moïse), Salmon (Robert), Salmona, Samain, Samuel, Sandbrand, Sarradin, Scemama, Schatz, Schredine, Schiller, Schmid, Schmid, Schmierer, Schwarcz (Esméric), Schwartz (Salomon), Schwarz (Léon), Schwartzenberg, Segall, Serane, Sérilman, Sete, Sfar, Siau, Sicard, Sierra, Sifantus, Siguier, Sikora, Silvestre, Mlle Silvy, M. Simart, Mlle Simon (Marie), MM. Simon (Isidore), Simon (René), Simonin (Louis), Simonin (Pierre), Sobieski, Soudée, Spector, Steinberg, Steiner, Steuerman, Sufrin, Sulem, Sultan, Szejdel, Sztejn, Szwarc,

Tabary, Tabourdeau, Tallet, Tanret, Mlle Tanzy, MM. Taranto, Tarchiani, Teichmann, Mlle Ternois, MM. Thevenin, Thévenot, Thibon, Thiébaut, Thieffry, Mlle Thierry, MM. Thomas (André), Thomas (Raymond), Thomas de Closmadeuc, Thomazi, Thorel, Thouret, Tiffeneau, Tissandié, Tisserand, Tissier, Tissot, Torrel, Touati, Touzard, Toye, Tran (Van, Con), Tran (Van, Dô), Tran-Tan (Phat), Trestorian, Tricault, Trouvé, Truelle, Tsiricas, Tsoutos, Tuchmann, Tulpin, Turlotte, Tzannetis,

Vaillant, Vaisman, Valet, Valarché, Valletta, Vancostenoble, Varin (Jacques), Varin (Edouard), Mlle Velentzas, MM. Venizelos, Varnaz, Verre, Viala, Vialard, Vialenc, Viault, Vialle, Mlle Vichnewsky, MM. Viennot, Vignal, Vignalou, Vignolles, Villaret Vincelet, Vincent, Vioget, Vitenson, Vivien, Voiriot,

Mlle Wall, MM. Weill (Jacques), Weill dit Weill-Wall,

Weintraub, Wiederkehr, Winiezki, Wolf, Wolfin, Wolfromm, Wolinetz,

Zakhejm, Zeller (Henri), Zeller (Maurice), Zographsky.

SANATORIUM DÉPARTEMENTAL DE PONTEILS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin-directeur du sanatorium départemental de Ponteils (Gard).

Les candidatures accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus seront adressées au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au 4 novembre 1929.

Un droit de priorité est accordé aux candidats justifiant de deux ans de fonctions comme médecins adjoints dans un sanatorium public.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Professeur : M. H. HARTMANN.) — M. le professeur Henri Hartmann commencera son cours de Clinique chirurgicale le samedi 9 novembre, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 h. : Examens cliniques et présentation de malades à l'amphithéâtre.

Samedi, 10 h. : Leçon à l'amphithéâtre.

Opérations, à 9 h. 1/2, lundi et vendredi, par M. Hartmann; mardi et samedi, par M. Bergeret; mercredi et jeudi, par M. Boppe.

Consultations externes, à 9 h. 1/2. — Maladies de l'appareil digestif (M. Parmentier), mardi et samedi (le mardi est spécialement réservé aux examens radioscopiques). — Maladies de l'appareil urinaire (M. Brouet), lundi et jeudi. — Maladies des femmes (M. Metzger), mercredi et vendredi. — Malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium (M. Hartmann), lundi, à 15 h.

Du lundi 11 novembre au samedi 21 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bergeret et Boppe, chirurgiens des hôpitaux; Metzger, Dessaint et Dubois-Roquebert, chefs de clinique.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Tarnier. Professeur : M. BRINDEAU.) — M. le professeur Brindeau commencera son cours de Clinique d'accouchements le samedi 9 novembre 1929, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Enseignement des stagiaires.* — Mardie et jeudis, à 9 h. 1/2 (amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : Consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

NOTES DE PRATIQUE

ANTISEPSIE PULMONAIRE

L'activité du camphre, menthol, eucalyptol, thymol, éther, n'est plus à démontrer. L'association judicieuse de ces diffé-



R. C., 127.006, Seine.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : *Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets*

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

BRONCHITOL

Sirop de Thiocol pur

(Procédé nouveau de fabrication)

GRAND FLACON. -- PRIX : 15 francs

1 cuillerée à café = 0 gr. 35 de Thiocol pur

ÉCHANTILLONS : Laboratoires H. SALLE 4, Rue Elzévir - Paris (III°)

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

rents corps réalise dans les maladies infectieuses — et tout particulièrement dans la grippe — une synergie médicamenteuse du plus heureux effet.

Si l'on se souvient des travaux récents sur les relations étroites existant entre l'intestin et le poumon, d'une part, et du rôle de l'intestin dans les infections générales de l'autre, on cherchera à prévenir les complications pulmonaires souvent si graves par une action conjuguée sur l'intestin et sur le poumon.

Le Cétémol employé par voie buccale ou par voie sous-cutanée permet d'exercer cette action conjuguée.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC (1)

Des abcès peuvent apparaître :

— En arrière au niveau de la nuque.
— Latéralement : dans le creux sus-claviculaire.
— En avant.

Abcès rétro-pharyngiens, quelquefois révélés par le nasillement, la dysphagie, la dyspnée, mais ils peuvent être latents, et l'ouverture spontanée peut en être le premier symptôme.

Diagnostic : il faut les ponctionner non par la bouche mais latéralement.

Ces abcès d'ailleurs assez rares n'agravent pas considérablement le pronostic.

Les troubles nerveux sont au contraire le gros danger du Pott sous-occipital.

La compression du névraxe : peut être due

à la pachiméningite,
aux abcès intrarachidiens,
ou bien au déplacement osseux.

Tantôt compression brusque. — A l'occasion d'un effort d'un mouvement : la *luxation amorcée se complète brusquement*.

Parfois la mort est *foudroyante*.

Parfois se produit une quadriplégie flasque, puis au bout de quelques minutes survient la mort, par cyanose et asphyxie.

Tantôt compression lente les troubles observés, sont variables et multiples.

A. Ce sont généralement des **paralysies**.

1° *Paralysies incomplètes localisées* ; mais, membre supérieur d'un côté ou des deux côtés.

2° Plus souvent *quadriplégie*, qui *débute* par *les membres supérieurs*, puis gagne ensuite les membres inférieurs où elle reste incomplète généralement : paralysie flasque des membres avec exagération des réflexes aux membres *inférieurs*. Tardivement troubles sphinctériens.

3° L'hémiplégie d'emblée est exceptionnelle.

B. **Troubles sensitifs** sont plus rares, ou bien sont associés à une paralysie du côté opposé réalisant le *syndrome de Brown Séquard*.

C. Enfin, **compression des nerfs bulbaires parfois.**

Surtout du XII : d'où troubles de la parole et de la définition.

Plus accessoirement du X : avec dyspnée, asphyxie du XI.

Les troubles oculo-pupillaires sont inconstants.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 83, p. 1483.

PRONOSTIC

Mise à part les complications nerveuses si redoutables, *le pronostic est favorable.*

De tous les maux de Pott, le Pott sous-occipital est *celui qui guérit le plus vite et le mieux* (Broca).

En dix-huit mois environ.

Mais il est **deux facteurs de gravité.**

a. Le premier commun à toutes les tuberculoses : *la multiplicité des foyers.*

b. Le second propre au Pott sous-occipital : *la compression possible du bulbe* : un diagnostic précoce, une immobilisation efficace permettent presque toujours de prévenir l'apparition des complications nerveuses.

La guérison se fait *par ankylose*, aussi presque toujours, il persiste plus ou moins de raideur et d'*attitude vicieuse.*

DIAGNOSTIC

A. **La radiographie** a, pour le diagnostic précoce, une importance capitale.

Il faut faire *trois épreuves.*

— Une de profil,
— Deux de face dont une à travers la bouche maintenue ouverte.

De profil. — Au début : *l'inclinaison de l'atlas sur l'axis*, lorsque les apophyses épineux forment entre elles un angle de 15 p. 100.

Plus tard : 1° **Le tassement vertébral** se traduit par l'*ascension de l'odontoïde.*

2° **La subluxation de l'atlas** en avant par :
— La saillie en avant de l'arc antérieur de l'atlas,
— L'existence d'une zone claire entre l'arc antérieur et l'odontoïde.

De face. — Au début : le *pincement articulaire* d'un côté ou de l'autre.

Plus tard. — La *disparition de l'espace articulaire.*

— Inclinaison latérale chaque fois que *le plan des masses latérales de l'atlas n'est plus perpendiculaire à l'odontoïde.*

B. **Différentiel**, car :

Le torticolis rhumatismal, à début aigu, fébrile, guérissant rapidement en quelques jours;

Le torticolis congénital, par rétraction du sterno, ne peut être confondu;

Les torticolis osseux congénitaux, par anomalie vertébrale, sont d'un diagnostic plus difficile et simulent un mal de Pott guéri;

Le rhumatisme vertébral à début aigu et fébrile;

Les arthrites infectieuses, surtout postscarlatineuses, peuvent être d'un diagnostic très difficile;

L'ostéomyélite cervicale a une allure aiguë et le point de départ en est généralement l'apophyse épineuse;

La syphilis vertébrale se rapproche beaucoup du mal de Pott, seulement les antécédents, les hyperostoses décelées par la radio en permettent le diagnostic.

Restent, enfin, chez l'adulte et le vieillard :

La pachyméningite cervicale hypertrophique; elle accompagne le plus souvent une syringomyélie;

Les arthrites déformantes et ankylosantes qui sont rarement isolées.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

TRAITEMENT DES TUMEURS
sous leurs diverses formes
ÉPITHÉLIOMAS, CARCINOMES, SARCOMES, etc.
PAR LA
BACKÉRINE ACTIVÉE
Ferments du Dr DE BACKER et Sels de Magnésie
Modifiant l'organisme par développement des agents de fermentation
Formes : AMPOULES, CACHETS, DRAGÉES
Littérature Médicale et Échantillon sur Demande.
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — R. C. Seine, 221.745.

TRAITEMENT NOUVEAU DES STAPHYLOCOCCIES
Staphylothanol
A BASE D'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
AMPOULES DE 2 CC
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

SULFOÏDOL ROBIN
Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules
ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50 — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale*. — Séance du 22 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic du chancre syphilitique de la verge. — Symptômes, diagnostic et traitement de la tuberculose épididymaire testiculaire. »

MM. Conte (Michel), 26 ; Poucy, 27 ; Aboulker (P.), 25 ; Williot, 20 ; Delinotte, 23 ; Brandy, 24 ; Prost, 25 ; Bruneton, 27 ; Scheid, 18 ; Ellenberger, 15.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Classement :
MM. Couvelaire, Guillot, Vuillième, Luzuy, Gurand et Audouin.
Candidats reçus : MM. Couvelaire et Guillot.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est composé de MM. Bouchet, Rouget, Le Mée, Michel, Gernez.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — Le jury est composé de MM. Terrien, Morax, Cerise, Poulard, Rochon-Duvigneaud, Abrami, Kuss.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG. — Les professeurs, les suppléants, les agrégés en exercice, les chargés de cours et les maîtres de conférences de la Faculté de médecine de Strasbourg sont convoqués le samedi 9 novembre 1929, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique, en remplacement de M. Ancel, nommé doyen de ladite Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :
Officier de l'Instruction publique. — M. Duboucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Alger.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE. — Le VIe Congrès français de stomatologie s'est ouvert à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Oudinot, chef de cabinet du ministre de l'Instruction publique, aux côtés de qui avaient pris place MM. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur ; le professeur Roger, doyen de la Faculté, et Rousseau-Decelle, président du Congrès.

VIIe JOURNÉES FRANCO-BELGES (Paris, du 4 au 9 décembre), au siège social du groupement odontechnique (A. E. O. S. O. F.), 5, rue Garancière.

Les VIIe Journées franco-belges se tiendront du 4 au 9 décembre prochain. Comme les années précédentes, ces Journées, en même temps qu'elles sont une fête amicale, sont l'occasion de grandes manifestations scientifiques.

Pour tous renseignements, adresser la correspondance à M. Sapet, secrétaire général du Comité d'organisation, 5, rue Garancière.

ORDRE DES MÉDECINS. — Dans leur séance commune du lundi 14 octobre 1929, sous la présidence de M. Wattine, président du Tribunal de la Seine, la Société de médecine légale de France et la Société générale des prisons et de législation criminelle ont adopté à l'unanimité le principe de la création d'un Ordre des médecins et décidé qu'une Commission étudierait dans le plus bref délai un texte à proposer au vote du Parlement.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

CONCOURS D'OPHTALMOLOGIE ORGANISÉ POUR 1930 PAR L'EXPANSION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE. — PRIX. — Ce concours comporte 18 prix en espèces d'une valeur globale de 15.000 fr., le premier prix étant de 6.000 fr.

La somme totale de 15.000 fr. a été offerte par M. Alfred Chauvin qui l'a déposée à la Banque Morgan et Cie.

SUJET DU CONCOURS. — Le sujet du concours est le suivant : « Prophylaxie et traitement du trachome. » Il s'agit de prophylaxie médicamenteuse (sans insister sur la prophylaxie hygiénique, sauf si le candidat a des idées nouvelles à exposer à ce sujet) et de traitement thérapeutique (sans insister sur les traitements chirurgicaux, sauf si le candidat propose un traitement mi-chirurgical, mi-thérapeutique).

Le concours sera clos le 1er mars 1930.

Pour toute demande de renseignements se rapportant à ce concours on est prié d'écrire à l'Expansion médico-pharmaceutique française, boîte postale n° 8, Aubenas (Arcèche) France.

(Voir la suite des « Informations », *p. 1534.)*

CHRONIQUE

LE XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

MONTPELLIER 15-18 OCTOBRE 1929.

Le XXe Congrès s'est ouvert à Montpellier, mardi dernier, sous la présidence de M. le professeur Vedel. Son succès a dépassé encore en éclat le Congrès tenu à Paris en 1927 sous la présidence de M. Pierre Teissier. Comme cela se passe toujours à Montpellier où tout gravite autour de la vénérable et illustre Faculté de médecine, partie intégrante de la cité, les membres de la Faculté, l'Université, la Ville, les corps constitués, les praticiens de tout le Languedoc méditerranéen, se sont unis pour donner au Congrès le caractère d'une solennité régionale dans un cadre historique unique au monde, solennité favorisée, en outre, par un merveilleux ciel bleu et une température estivale.

Il est impossible de citer tous ceux qui se pressaient dans la vaste salle du palais universitaire.

Au premier rang avaient pris place le préfet, le maire, le général en chef et l'Evêque de Montpellier. Sur l'estrade, aux côtés de M. le président Vedel, on remarquait M. le recteur Coulet, M. le professeur Maragliano, sénateur du royaume d'Italie, les vice-présidents Vires et Leenhardt, M. le doyen Euzière, MM. les professeurs Syllaba (de Prague), Henrijean, de Beco, Roskam (de Liége), Jimenez Diaz (de Madrid), Roch (de Genève), Pariseau (de Montréal), Holmgren (de Stockholm), Lemaire (de Louvain), Ferranini (de Naples), Cantacuzène (de Bucarest), Prusik et Micheltzi (de Prague).

Outre les professeurs et agrégés de la Faculté de Montpellier au grand complet, on remarquait encore les professeurs Bezançon, revenu de Bucarest en avion pour assister au Congrès; Léon Bernard, Marcel Labbé, Lereboullet, MM. Babonneix, Crouzon, Huber, Laignel-Lavastine, Lian, Vaudremer (de Paris), MM. les professeurs Abelous, Lafforgue, Bardier, Baylac (de Toulouse), Pierre Mauriac et Verger (de Bordeaux), Léon Blum et Borrel (de Strasbourg), Sacquépée (du Val-de-Grâce), Tournade, Chassevant (d'Alger), Spillmann, Etienne (de Nancy), Carrière (de Lille), Arloing, Nicolas, Cade, Dumas (de Lyon), Olmer, Roger (de Marseille).

M. le président Vedel prend le premier la parole et rappelle d'abord le IVe Congrès tenu à Montpellier en 1898 sous la présidence de Bernheim et que « Grasset animait de son souffle puissant ».

Suivant la tradition brillamment inaugurée par MM. les professeurs Forgue et Vires à l'occasion du VIIe Centenaire de la Faculté, M. Vedel consacre son discours à une grande figure médicale, celle de Barthez, médecin et philosophe, et il fait une très remarquable étude du principe vital Barthézien. Discours admirable de forme et d'une élévation de sentiments très remarquée, bien digne des grandes traditions de travail et d'honneur de cette faculté de Montpellier qui garde jalousement la belle formule du serment d'Hippocrate. Ce fut un moment en vérité très émouvant que celui où M. Vedel, en terminant son discours, prononça ce serment devant toute l'assemblée dressée d'un seul mouvement.

— M. le secrétaire général Rimbaud, dans un court et substantiel rapport, nous initia alors à l'organisation du Congrès. Il nous apprit que le chiffre des inscriptions battait tous les records. Le XXe Congrès réunit en effet 642 ahérents et 440 associés, soit un total de 1.082 inscrits appartenant à 18 nations.

M. le doyen Euzière fit ensuite un charmant et spirituel discours dans lequel il n'eut pas de peine à démontrer que l'antique Faculté n'est pas une noble ruine mais bien un foyer toujours jeune et toujours actif.

C'est ce que vint confirmer enfin M. le recteur Coulet en apportant simplement deux chiffres : sur 3.152 étudiants inscrits cette année à l'Université, on compte 960 étudiants en médecine.

Les séances de travail ont commencé aussitôt. Nous en rendrons compte dans un prochain numéro, mais comment ne pas féliciter chaleureusement et sans retard M. le président Vedel qui dirigea les débats avec une autorité et une courtoisie inégalées; les vice-présidents MM. Vires et Leenhardt et leurs collaborateurs MM. Rimbaud, Delmas, Giraud, Carrieu, Boulet, Boudet, Desfour, qui, après avoir assuré une impeccable organisation ont accueilli si aimablement leurs confrères.

Les séances de travail, l'ordonnance de l'exposition scientifique, les réceptions resteront les modèles du genre. J'entendais un confrère dire : « C'est mieux encore qu'en Belgique! » Ce n'est pas un mince compliment. Comme en Belgique les grandes traditions ont été conservées intactes à Montpellier, et en première ligne les traditions d'hospitalité qui laissent confus tous ceux qui ont été à même d'en goûter le charme et la magnificence.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A VENDRE : CHATEAU DE GALAUBON, près Aire-sur-Adour, 180 m. d'altitude, vue sur les Pyrénées, climat tempéré, régulier et sec, très belle construction moderne de 350 m², rez-de-chaussée, 2 étages; eau, électricité, chauffage central, vastes communs, 12 h. de parc, jardin, cultures, conviendrait parfaitement à maison de repos ou sanatorium.

Rob. RENAULT, 29, avenue d'Italie, Paris.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10. Impasse Milord. — PARIS-18e.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Lorsque le cœur fléchit, lorsque le pouls devient filiforme, lorsque la digitale est contre-indiquée,

LA CORAMINE S'IMPOSE

Par son action rapide, intense et durable. Possédant l'action intégrale **du Camphre** elle n'en a pas les inconvénients.

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses — **Injection indolore vite résorbée**

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

Le DIAL CIBA

CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES

Rétablir chez les neurasthéniques et les surmenés la fonction hypnique perturbée est tout aussi indispensable à leur guérison que de mettre au repos physique les asthéniques par excès de dépense musculaire. Le DIAL joue là non seulement le rôle d'un médicament symptomatique, mais d'une réelle portée thérapeutique. Rapidement éliminé, il peut être continué aussi longtemps que nécessaire.

COMPRIMÉS — GOUTTES — AMPOULES

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

ÉNÉSOL

SALICYLARSINATE de MERCURE (38, 46 % de Hg. et 14,4 de As, dissimulés).

AVANTAGES DE L'ÉNÉSOL

FAIBLE TOXICITÉ, 70 fois moindre que HgI_2. Haute valeur analeptique. *Une dose de 0 gr. 10 par kilo d'animal et contenant 0 gr. 038 de mercure n'a pas incommodé le lapin, la mort n'est survenue qu'avec une dose triple, soit 0 gr. 114 de Hg.* (COIGNET).

INDOLENCE DE L'INJECTION, signalée par tous les auteurs.

DOUBLE ACTION STÉRILISANTE SPÉCIFIQUE :

1° **L'ÉNÉSOL** agit comme ***hydrargyrique.***

2° **L'ÉNESOL** est, vis-à-vis du spirochète, un ***agent arsenical*** majeur; introduit dans l'organisme par voie intramusculaire ou intraveineuse, il assure rapidement une stérilisation durable.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

TOUTES LES MANIFESTATIONS de la SYPHILIS.

L'ÉNÉSOL réunit toutes les indications réservées aux arsenicaux comme aux hydrargyriques. Il est le médicament de choix des syphilitiques réduits à l'état de misère physiologique. Il peut être administré à hautes doses et répond aux indications d'urgence de même qu'il permet la médication d'entretien. L'**ÉNÉSOL** réussit dans les affections nerveuses parasyphilitiques, là où les autres préparations échouent si souvent. (FREY, QUEYRAT, HUDOVERNIG).

L'ENÉSOL possède la propriété de faire disparaître la réaction de Wassermann dans la plupart des cas, résultat que l'on n'obtient que rarement avec l'arsenobenzol. L'action de l'**ENESOL** sur la réaction de Wassermann a été bien étudiée par FLECKSEDER (Clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne), par FREY, THOREL, FRAENKEL et KAHN, AGAMENNONE, GOLDSTEIN, etc.).

PHARMACOLOGIE ET DOSES.

Ampoules de 2 cc. et de 5 cc. d'une solution dosée à 0 gr. 0.3 cgr. par cc.

DOSE MOYENNE : 2 cc. correspondant à 6 cgr. d'**ÉNÉSOL** par jour.

DOSES MASSIVES ou de SATURATION : Injections intramusculaires de 4 à 6 cc. (soit 12 à 18 cgr. d'**ÉNÉSOL**), tous les 2 ou 3 jours. Injections intraveineuses de 2 à 10 cc. (soit 6 à 30 cgr. d'**ÉNÉSOL**), selon le sujet, l'urgence et la gravité, tous les 2 ou 3 jours.

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

1372

R. C., 78.026, Seine.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

L'INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A MONTPELLIER A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GRASSET

Le 18 octobre, à l'occasion du XXe Congrès français de médecine, le monument élevé par souscription à la mémoire du professeur Grasset a été inauguré à Montpellier.

Le monument est placé au pied de la Tour des Pins, au chevet de la Faculté qu'illustra Grasset, non loin de la promenade du Peyrou que le maître compara un jour à l'Acropole.

Le monument se compose d'une stèle de marbre noir qui supporte l'admirable buste de Grasset, exécuté de son vivant par Injalbert. A côté de la colonne une statue de femme digne et grave, personnifiant la Gloire, présente au maître une palme.

La cérémonie avait attiré une foule considérable, recueillie et émue. On sait, en effet, quel profond souvenir a laissé dans le Languedoc méditerranéen celui qui honora si grandement la science française.

Mme Grasset, ses enfants et petits-enfants assistaient à la cérémonie.

La remise du monument à la ville fut faite par M. le professeur Vedel, entouré par tout le corps professoral en robe, par les délégués de toutes les facultés et par les représentants de dix-huit nations amies.

Dans un très beau discours, M. Vedel rappela l'œuvre de Grasset, médecin et philosophe. M. le doyen Euzière parla ensuite de son œuvre scientifique, enfin M. Milhaud, maire de Montpellier, en recevant le monument, exprima la reconnaissance de la cité pour celui qui en fut, à tant de titres, l'inoubliable bienfaiteur.

Nous sommes heureux, à cette occasion, de publier un article que M. le professeur Forgue a écrit pour un numéro spécial de l'*Eclair de Montpellier* consacré à Grasset. Dans ce numéro, plein de souvenirs recueillis sur Grasset par M. Paul Bourget son illustre ami, par M. Pierre Grasset et par Jean Richepin, M. Forgue a retracé avec son habituelle élégance et une grande élévation de vues l'œuvre de Grasset.

Nous remercions l'éminent chef de l'Ecole chirurgicale montpelliéraine d'avoir bien voulu, ainsi que notre aimable confrère l'*Eclair*, nous autoriser à reproduire cet article, pieux hommage à la mémoire du vénéré maître disparu.

LA RÉDACTION.

Le Professeur GRASSET

Par le professeur E. FORGUE.

Au pied de la vieille tour, dernier vestige de l'enceinte de notre antique cité, s'élève le monument, aux lignes simples et sobres; en face, par un saisissant contraste, c'est le groupe moderne des laboratoires organisés pour les recherches libres et neuves de la biologie; à côté, se dresse la haute silhouette, jumelle et massive, du clocher de la cathédrale qui appelle les croyants à la prière. Ce cadre incomparable, qui frappe d'admiration nos visiteurs étrangers, synthétise à merveille toute la vie intellectuelle et morale du professeur Grasset.

En effet, *tradition* et *progrès*; *conviction religieuse* et *foi scientifique* : voilà les deux pôles vers lesquels, avec une constante fidélité, s'est orientée toute l'existence de ce grand médecin, de cet homme de bien.

Dix ans se sont écoulés depuis que nous avons perdu notre grand collègue et ami; c'est un temps suffisant pour que l'homme et l'œuvre se classent tels que la postérité les jugera. Il y a, en effet, dans la permanence et la survie de l'action personnelle d'un maître de la médecine de surprenantes inégalités qui ne sont pas exactement en rapport avec la célébrité du vivant. Alors que la création d'un artiste de génie se conserve intangible, parce que le beau est éternel, l'œuvre d'un savant est toujours revisable, remaniée par les progrès ultérieurs, parfois ruinée totalement par l'évolution inattendue des découvertes et des techniques. De plus, pour le médecin, et pour le chirurgien plus encore que pour le médecin, la gloire, selon le mot profond de Balzac, est viagère; c'est-à-dire qu'elle est contemporaine de l'homme, de son action professionnelle, de son influence sur ses disciples, de sa popularité temporaire parmi le public. Où sont actuellement maintes réputations d'antan? Que sont devenus les hauts renoms de médecins qui, dans des temps récents, ont dominé la clientèle ou l'enseignement d'un Jaccoud, d'un Peter, même d'un Debove? Au contraire, avec quel relief s'accuse la personnalité géniale d'un simple médecin de province, Bretonneau! Avec quelle ferveur persistante nous relisons encore les pages célèbres des Cliniques de Trousseau! Combien sera durable l'œuvre d'un Widal! Et, avec quel profit d'instruction, quel charme de lecture nous continuons à consulter toute cette œuvre de Grasset, dont Ménard a pieusement dressé l'inventaire, œuvre dont aucun autre écrivain médical n'a égalé l'abondance et la diversité, où se concentrent, de façon exceptionnelle, les valeurs supérieures d'un clinicien hors de pair, d'un penseur ingénieux et profond, d'un écrivain de rare qualité!

Ce qui assurera à l'œuvre de Grasset sa *durée*, c'est qu'*elle est dominée par une idée et une mission*. Il a été, à notre époque, le continuateur des doctrines spiritualiste et vitaliste de notre Ecole.

En vérité, sans hyperbole — car c'est nuire à la mémoire des morts que d'exagérer leur panégyrique — je crois qu'il faut remonter jusqu'au grand Barthez pour trouver, dans l'histoire de notre Faculté, une intelligence philosophique de cette ampleur, douée d'un semblable pouvoir de synthèse. N'y a-t-il pas une forte identité intellectuelle entre ces deux œuvres qui, à plus d'un siècle de distance, ont essayé — énorme entreprise encyclopédique — de faire, pour leur temps, la somme des connaissances acquises sur la vie humaine, normale et pathologique : les éléments de la science de l'homme de Barthez et le traité de physiopathologie clinique de Grasset?

Ce qui a fait la caractéristique et le renom permanent de notre Ecole de Montpellier, c'est, à travers plus de sept siècles, la continuité traditionnelle des principes hippocra-

tiques qui sont restés les fortes bases de sa pathologie générale et de sa thérapeutique. Or, il est advenu que la science moderne, loin de les infirmer, en a démontré, au contraire, la valeur d'observation et la justesse de prévision. Et le rôle éminent de Grasset aura été d'établir la jonction entre tout ce fond du passé et le prodigieux essor scientifique du présent.

L'unité vitale, la *souveraine unité de l'être vivant*; voilà la conception dominante de notre Ecole. Et, après Barthez, Grasset a magistralement développé cette concordance du dynamisme multiple de l'être humain. Elle est le principal caractère qui sépare les phénomènes vitaux des phénomènes physiques. « Dans un bloc de pierre, dans une masse cristallisée homogène, chaque partie a les mêmes propriétés que l'ensemble et, par la juxtaposition des parties, le tout n'acquiert aucune propriété nouvelle; dans l'être vivant, aucune partie ne peut remplacer le tout, et rien n'est indépendant. » Un de nos plus vieux dogmes est défini par la célèbre formule : « Tout concourt, tout consent, tout conspire dans le corps vivant ».

Or, les travaux de la physiologie moderne n'ont-ils pas, de plus en plus, prouvé cette indépendance des organes et des fonctions, ces sympathies viscérales profondes, cette solidarité du tout à l'occasion de la lésion d'une de ses parties.

La maladie ne se résume point dans la lésion anatomique, dans la lésion locale, comme l'a soutenu l'école organicienne dont l'influence a si longuement pesé sur l'Ecole de Paris; dans la plupart des cas, intervient *un état morbide général* qui intéresse l'organisme entier; il est donc suranné de penser *anatomiquement*; la médecine doit être orientée vers le *penser physiologique*.

La maladie n'est point un trouble passivement subi par l'être malade; elle est, au contraire, une *lutte*, une *réaction* salutaire tendant à la guérison; il y a plus de six cents ans qu'un de nos vieux maîtres montpelliérains, Arnaud de Villeneuve, a formulé que le médecin n'est que le ministre de la nature, et Grasset a repris, avec une grande maîtrise de pensée, cette idée fondamentale de la *nature médicatrice*, dont le mécanisme de défense contre l'infection a reçu, de la bactériologie moderne, une si éclatante lumière.

Le corps humain présente aux microbes un *terrain vivant*, c'est-à-dire un terrain qui n'a pas la passivité d'un bouillon de culture, qui réagit, qui tend à chasser ou à annihiler les adversaires de sa santé, qui ne demande qu'à être aidé dans son combat contre les agents producteurs de maladie : voilà l'essentiel de nos doctrines; nul ne l'a défendu avec plus d'autorité et de persévérance que Grasset. Et n'est-ce point un témoignage impressionnant que d'enregistrer l'acquiescement suprême à nos principes montpelliérains d'un génie, créateur de la bactériologie, de Pasteur prononçant, à son agonie, ces paroles rapportées par le professeur Renon qui veillait à son chevet : « Bernard avait raison; le microbe n'est rien; c'est le terrain qui est tout. »

Je me souviens de l'impression profonde que produisit sur nos jeunes esprits — j'étais encore étudiant — la première leçon de Grasset sur la vie et la maladie par laquelle s'ouvre son enseignement sur les maladies du système nerveux. Cette profession de foi vitaliste enthousiasma le milieu vibrant des étudiants par la fermeté de sa pensée et la netteté de son expression. Dès ses débuts, un grand maître s'affirmait; car c'est une chose remarquable que la *prématurité* de cet esprit d'élite, précocité cérébrale que nous retrouvons chez quelques médecins de premier rang, chez Bichat, chez Bordeu, chez Barthez. A trente ans de distance, de 1880, où nous commentions, avec l'ardeur des jeunes gens, ce discours préliminaire, à 1910 où nous lisions l'introduction du *Traité de physiopathologie clinique*, ce sont les mêmes qualités de clarté, de force logique et d'exposition précise que nous y admirions; c'était aussi la même foi vitaliste qui les animait, fortifiée, vers la fin de sa carrière, par l'expérience clinique et la longue méditation. Cette fixité doctrinale marque bien la parfaite unité de sa vie intellectuelle et la constance de sa direction philosophique.

Chez l'être vivant, une force complexe tend donc continuellement à concerter harmonieusement les fonctions de cette vie, à la maintenir et à la défendre contre les agents nocifs, à assurer son accroissement : c'est la force vitale. Mais, s'agit-il d'une force *spéciale*, d'un *principe de vie, immatériel, distinct de l'organisme lui-même*, indépendant des lois mécaniques ou physico-chimiques?

C'était là l'ancienne conception vitaliste; et, sous cette forme absolue, mystique, elle ne saurait être maintenue, à notre époque où ont si prodigieusement évolué la physiologie et la physico-chimie. Quelle était, sur ce point, la position *définitive* de Grasset? Il semble bien, autant qu'on en puisse juger par la lecture attentive de l'introduction à son *Traité de physio-pathologie*, et de son livre sur la biologie humaine, en 1917, qu'il se rapprochait d'une formule moyenne, atténuée, également éloignée du vitalisme intégral et de la conception strictement physico-chimique. Si les phénomènes vitaux ont leurs conditions physico-chimiques, ils montrent aussi des lois d'enchaînement, de subordination, de solidarité fonctionnelle, en vue d'un résultat qui est la conservation ou l'accroissement de l'individu ; et c'est cet arrangement, suivant un plan organique constant, cet ordre dans la succession des phénomènes vitaux qui est incontestablement le trait spécial et saillant des êtres vivants; c'est lui qui répond à l'idée de force vitale, *impulsion directrice et régulatrice* : « Quant à sa *nature essentielle*, il est impossible et inutile d'en rien dire : le fait important c'est d'admettre son existence, ses caractères d'unité, d'individualité, qui le distinguent de tout ce qui n'est pas elle. » Grasset va même jusqu'à déclarer qu'il convient de laisser de côté les mots « irritants et inutiles », de principe vital, de force vitale, qui d'ailleurs n'avaient pas dans l'esprit de Barthez d'autre sens que celui donné aujourd'hui au mot énergie.

Donc, la biologie est bien une science à part : « Elle a pour objet l'étude des êtres vivants, l'évolution vitale, leur idée directrice, leur lieu spécial; cela n'appartient ni à la physique, ni à la chimie. » C'est ce domaine exact que Grasset a délimité dans ce petit livre de 200 pages sur les *Limites de la biologie*, qui, né d'une simple conférence amplifiée, a été probablement l'ouvrage le plus lu, le plus passionnément discuté de toute l'œuvre de Grasset. La biologie reconnaît qu'elle a des limites; elle reste elle-même également distincte de la physico-chimie et de la psychologie, de la métaphysique et de la théologie; elle n'est ni asservie, ni dépendante.

« On admet malaisément, écrivait Paul Bourget dans sa belle préface au livre de Grasset sur les limites de la biologie que les qualités du praticien et celles du philosophe ou du généralisateur coexistent dans un homme. » Grasset a démontré que ces deux aptitudes cérébrales peuvent être conjuguées. Sur le socle de son monument, se lit cet hommage concis et juste : au médecin, au philosophe. Et, en réalité, l'étendue et la valeur de son apport philosophique sont égales, dans la somme de ses œuvres, à sa contribution médicale. Il faut citer, au premier rang : la distinction des *deux psychismes*, l'intellectualité supérieure, consciente et volontaire, et le psychisme inférieur, subconscient et automatique; l'étude pénétrante des *demi-fous*, *à responsabilité atténuée*, d'une portée juridique si considérable; l'*introduction physiologique à l'étude de la philosophie*. La maladie et la souffrance n'ont point réussi à vaincre ce labeur; la pensée, maîtresse de ce corps mortellement atteint, a continué, jusqu'aux approches de la dernière heure, à garder sa sérénité et sa puissance; pendant les mois douloureux qui ont précédé sa mort, il a conçu et préparé la matière de ces deux volumes : *Science et philosophie*; *Le Dogme transformiste et la philosophie*. Comme l'a dit Vedel dans une émouvante image : « Quand la mort vint lui prendre la main... elle y a trouvé sa plume. »

Ainsi mourait, en philosophe, le grand médecin, exceptionnellement doué, qui, naguère, élève de Fouillée dans la classe de philosophie au lycée de Montpellier, avait obtenu le prix du concours général pour une dissertation sur l'idée de cause, où se révélait déjà cette forte culture prémédicale, dont il est toujours resté l'éloquent défenseur.

Je pense, comme lui, que les humanités sont la meilleure préface des études scientifiques; cette haute éducation de l'esprit exerce la souplesse de la pensée, donne le sens et le goût de la mesure et de l'expression juste, développe la logique et contribue à la formation morale. Grasset, dans son livre sur *Les Humanités et les médecins*, a bien montré la nécessité de l'éducation classique dans la préparation des futurs médecins; bien mieux, il a, par son éclatant exemple, prouvé combien l'humanisme aide le clinicien dans le problème du diagnostic et du pronostic qui exige un esprit fin et bien discipliné, capable de coordonner et de hiérarchiser les signes perçus; et dans la question de thérapeutique où la logique, le jugement, l'examen critique des indications et des moyens, la valeur morale de la décision jouent un rôle capital.

Ses disciples, devenus des maîtres, Rauzier, Vedel, Rimbaud, Euzière, ont tracé, avec la même admiration, parce qu'ils ont été frappés par les mêmes qualités du maître, ce tableau de Grasset en face du problème clinique, de la sûreté de son analyse, de la nette vision avec laquelle il subordonnait les symptômes et dégageait l'indication. Pour moi, qui ai eu l'honneur d'instituer à l'hôpital, grâce à sa collaboration et à son esprit de progrès, cette clinique médico-chirurgicale qui est, comme il l'a dit, celle de l'avenir, et de devancer ainsi cette liaison du médecin et de l'opérateur, dont la guerre devait, quelques années plus tard, nous démontrer la nécessité et les services, j'ai apprécié combien sa précision clinique dirigeait mon action chirurgicale et quelle concordance se vérifiait entre son diagnostic pré-opératoire et mes constatations en cours d'opération.

Comme *enseigneur*, il était hors de pair. J'en dirais volontiers ce que Haller avait dit de Boerhaave : « D'autres pouvaient l'égaler en savoir, mais il n'avait pas de rival dans l'art d'enseigner. » C'était une grande joie intellectuelle que d'assister à une de ses grandes leçons ou conférences, d'en analyser le procédé d'élaboration, l'art de composition; le plan était simple, par grandes lignes; la documentation était complète et au courant; le développement du sujet se déroulait méthodiquement, sous une forme brillante et entraînante, avec des citations bien choisies, des détails pittoresques, des actualités qui captivaient l'attention de l'auditoire. Je ne vois aucune intelligence, dans le monde médical moderne, qui ait été douée, au même degré, de la capacité d'assimilation et de vulgarisation.

Comme *praticien*, son labeur a été énorme, Paul Bourget, bien qualifié pour juger l'œuvre de Grasset où s'associent la profondeur de la pensée philosophique et la valeur de l'observation médicale, a défini, en une formule exacte, la science de ce grand médecin, « aussi humblement dévouée dans la pratique qu'elle était haute et large dans le domaine des idées ». C'est bien par ce double caractère que me paraît se distinguer l'action intellectuelle et professionnelle de mon collègue et ami.

On ne pouvait certes pas lui adresser le reproche qu'un critique acerbe formulait autrefois contre un de nos plus vieux maîtres dont il disait que « la philosophie lui avait fait oublier la médecine ». C'était le consultant le plus répandu, très apprécié par la valeur de ses conseils, par sa constante convenance envers les confrères, par sa compassion pour toutes les misères, par le rayonnement d'espoir et de bonté qui émanait de sa personne.

La bonté! Sophocle a dit qu' « il n'y a que les grandes âmes qui sachent combien il y a de la gloire à être bon ». Plus on avance sur le dur chemin de la vie, plus on comprend que c'est la qualité d'âme la plus précieuse. Le destin réserve à chacun de nous des coups assez cruels pour que nous ne les augmentions pas de maux volontaires, par dureté réciproque et intolérance. Grasset n'a jamais connu la haine; il a toujours pardonné les offenses; sa générosité d'âme ne s'est jamais démentie.

« Quoique j'aie mes idées personnelles en philosophie et en religion (ce qui me paraît le droit et le devoir de chacun), mon enseignement ne reflétera aucune doctrine de ce genre; il pourra être suivi et adopté par tous, quelle que soit l'opinion philosophique de chacun ». C'est cette belle pensée de tolérance qu'il a formulée dans son introduction au *Traité de physio-pathologie* et qu'il a scrupuleusement observée. Mais sa foi religieuse était profonde et pratiquante : comme l'a dit, avec émotion, lors de son service funèbre, notre grand prélat, âme d'élite comme Grasset, Son Eminence le Cardinal de Cabrières, notre collègue a servi la science et la foi avec une ferveur constante. Ses convictions religieuses l'ont aidé à supporter les souffrances de sa fin de vie : *suscipe sustentationes Dei*; supportez les lenteurs de Dieu. Elles lui ont permis de voir venir la mort avec sérénité et de s'endormir dans la paix et la force du juste.

XXXVIIIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1929 (1).

DEUXIÈME QUESTION

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE L'OSTEOSYNTHESE DANS LE TRAITEMENT DU MAL DE POTT

Résumé du rapport de M. Rocher (de Bordeaux).

Après avoir défini les différentes opérations ankylosantes du rachis, le rapporteur fait un exposé historique et critique de ces opérations.

Elles sont nées des procédés d'ostéosynthèse.

Au début elles ont été réalisées à l'aide de fils métalliques dont le rôle était plutôt de maintenir le redressement des gibbosités que d'assurer l'immobilisation d'un segment rachidien.

Welkings en 1886 passe des ligatures métalliques à travers les trous de conjugaison.

En 1891 Hadra propose la suture entre elles des apophyses épineuses après redressement de la gibbosité. Mais les fils ne restent pas en place, dérapent ou coupent les os.

Church, dans le but d'empêcher ces inconvénients, perfore la base des apophyses et les relie entre elles.

Chipault pratique des ligatures en huit, et sur trois opérations obtient deux succès.

Enfin en 1887 Calot conseille la soudure opératoire des lames par décollement périostique au niveau des gouttières vertébrales.

Dans l'ensemble les ostéosynthèses par fils métalliques n'ont point de succès.

Lange eut le premier l'idée de placer le long de la colonne vertébrale des attelles d'acier, mais il échoue. Il s'agissait d'un enfant de neuf ans qui meurt six semaines plus tard de méningite tuberculeuse.

Quelques années après, il reprend et modifie son opération.

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 82, p. 1449, et n° 84, p. 1493.

Utilisant cette fois des attelles d'acier étamé il obtient une guérison durable.

52 fois avec un succès variable il emploie des attelles de celluloïd qu'il fixe des deux côtés de l'arc vertébral postérieur.

En 1911 Hibbs et Albee publient à quelques mois de distance deux méthodes d'opérations ankylosantes qui vont révolutionner la thérapeutique de la tuberculose vertébrale.

A. **Méthode de Hibbs.** — Tout d'abord, l'auteur pratique une simple fracture sub-totale des épines et procède à leur rabattement.

Perfectionnant sa méthode il avive les lames vertébrales et crée l'ankylose des massifs articulaires d'abord par fracture à l'ostéotome, puis par arthrodèse à la curette fine.

Enfin, à ces différents temps il ajoute l'ostéoplastie pédiculée lamellaire.

Dans une statistique remontant à 1911 et portant sur 210 opérations, Hibbs indique les résultats suivants :

157 guérisons;
22 cas douteux;
31 morts s'étageant sur une période de sept ans avec une survie moyenne de trois ans.

Presque toujours il s'agissait d'enfants ou d'adolescents dont l'affection évoluait depuis quatre à six ans.

L'intervention précoce est recommandée. Ni les paraplégies, ni les abcès à distance du champ opératoire ne constituent des contre-indications formelles.

L'auteur avoue que la gibbosité qui diminue ou se fixe dans 83 p. 100 des cas, s'exagère au contraire dans 17 p. 100 des cas.

Une seconde statistique publiée en 1928 comprend 286 malades et donne les résultats que voici :

181 guérisons;
30 cas douteux;
8 cas non guéris;
67 morts.

Cette fois, la gibbosité est diminuée ou fixée dans 123 cas augmentée dans 44 cas.

Les paraplégies ont donné : 5 guérisons, 3 améliorations marquées, 1 amélioration légère, 7 résultats nuls et 7 morts.

Les compressions médullaires légères se résument en 18 guérisons, 3 cas douteux et 3 morts. Dans ce dernier groupe 6 laminectomies supplémeetaires ont été suivies de 2 guérisons. Les laminectomies pour être utiles doivent être tentées très précocement.

B. **Méthode d'Albee.** — En 1913 Albee publie les premiers résultats de sa technique d'ankylose vertébrale par greffon tibial. 50 malades ont été opérés dont l'âge varie de deux à cinquante ans, tous atteints de mal de Pott à la phase aiguë.

Cette publication crée un enthousiasme considérable dans les milieux chirurgicaux. Les résultats sont surprenants.

Après six semaines de repos l'opéré retrouve sa liberté et sans aucun corset plâtré reprend sa place dans la société.

La gibbosité est corrigée, les douleurs disparaissent, l'état général s'améliore, 4 paraplégies complètes guérissent après cinq à six mois de repos.

Les recherches expérimentales montrent un greffon épaissi, allongé et des corps vertébraux denses et nets.

Un charpentier reprend son travail sept mois après l'opération.

Cependant certains chirurgiens se montrent plus réservés. Ce sont notamment : Ombrédanne, Russ, Backett et Rugh. On signale de tous côtés, après des résultats immédiats satisfaisants, des courbures du greffon, des exagérations de la gibbosité, des morts rapides fréquentes.

On s'aperçoit que l'influence ankylosante de l'opération est conditionnée par l'importance, la durée et la qualité du traitement orthopédique qui doit suivre.

Mais sous l'influence de certaines modifications de la technique initiale soit du fait d'Albee soit du fait d'autres chirurgiens, les résultats s'améliorent et actuellement Albee peut produire plus de 1.000 cas opérés avec des résultats souvent admirables.

Il est intéressant de suivre pays par pays l'évolution des idées quant au traitement du mal de Pott depuis la généralisation de l'ostéosynthèse vertébrale.

Grande Bretagne. — Gray considère le procédé comme une méthode adjuvante, capable d'abréger la période de repos sans toutefois la supprimer.

Partisan de l'intervention précoce chez l'adolescent et chez l'adulte, il préfère chez l'enfant le traitement orthopédique à moins que celui-ci n'ait rien donné de satisfaisant après un essai conseiencieusement fait.

Il emploie l'anesthésie locale à la novocaïne adrenalinée. En dix ans il a opéré 28 malades avec 3 morts non imputables à l'intervention.

William Erland de Courcy Wheeler est également partisan de la rachi-synthèse par greffon para-épineuse.

Sur 30 cas il a eu 6 morts avec 68 p. 100 de résultats favorables.

Lui aussi réserve l'opération aux adolescents et aux adultes.

Girdlestone se montre réservé quant au résultat à distance chez l'enfant. Chez l'adulte et l'adolescent, le moment opportun est la période tardive de la maladie.

L'opération lui apparaît comme un véritable traitement de consolidation. Il a publié deux statistiques.

La première qui va de 1914 à 1918 comprend 59 cas avec 42 guérisons, 8 morts et 9 résultats douteux ou nuls.

La deuxième qui va de 1919 à 1923 comprend 41 cas avec 31 guérisons, 4 états stationnaires ou récidés, 1 abcès du psoas avec bon état général et 5 morts.

Espagne. — Decref est hostile aux opérations dans le jeune âge et très réservé en ce qui concerne les adultes.

De Mata réclame au contraire l'opération à tous les âges surtout en présence des formes caverneuses susceptibles d'aboutir à des complications brusques. Sur 23 cas d'opération d'Albee il note 18 guérisons, 3 améliorations et 2 échecs.

Blanc y Fortassin, d'abord adversaire a voulu contrôler cependant l'action de cette opération sur quatre enfants. Il a eu quatre bons résultats.

Ayestaran est partisan de la méthode d'Albee chez l'adulte seulement.

La statistique de Lizcano comprend 30 cas opérés par de Mata suivant la méthode d'Albee sans aucun décès. L'auteur est très favorable à la méthode. Il en est de même de Llado et de Guttierez.

Ces deux derniers emploient parfois un greffon dévitalisé par immersion dans l'alcool ou par ébullition prolongée.

Allemagne. — La technique d'Albee y fut longtemps très en honneur.

Vulpuis y publie 30 opérations avec d'excellents résultats.

Stacker, Spitzy conseillent l'intervention retardée.

Thomsen est d'un avis contraire.

Fromme pense que les meilleurs cas sont ceux pris au début avant l'apparition de la gibbosité.

Goerres rapporte 60 cas d'Albee avec 2 morts rapides et 4 éloignées.

Debrunner fait une étude d'ensemble basée sur 1.000 cas appartenant à plusieurs chirurgiens et conclut qu'il ne faut jamais opérer au-dessous de cinq ans.

Matheis, Dreyer, Elsner, Payr, Kolliker, Baumann sont tous partisans de l'opération d'Albee avec quelques variantes.

Mais sous l'influence de Bielsalsky une réaction se produit depuis 1923. « Les espoirs que l'on avait fondés » dit-il « sur les ostéosynthèses, n'ont pas été tenus. Les pièces anatomiques prélevées montrent que le greffon joue bien un rôle

d'immobilisation et que le foyer tuberculeux continue à évoluer ».

Quoi qu'il en soit bon nombre de chirurgiens allemands demeurent fidèles aux ostéosynthèses rachidiennes.

France. — Nombreux sont les travaux publiés en France sur cette intéressante question : Société de chirurgie de Paris, Société de chirurgie de Lyon, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Les auteurs qui ont particulièrement contribué à l'avancement de cette question sont Tuffier, Duval, Guillot et Dehelly, Dujarier, Sorrel, à Paris ; Berard, Leriche, Potel et Tavernier, à Lyon ; Rocher, à Bordeaux.

En 1919, Tuffier rapporte 11 cas opérés depuis 1911. Il s'agit de sujets dont l'âge varie de dix-sept à cinquante-neuf ans. L'opération lui paraît bénigne et dans un cas où le greffon se fractura, le résultat fut cependant satisfaisant. 5 malades ont été suivis pendant trois ans ; 3 sont en parfaite santé.

Une fois, Tuffier a appliqué avec succès la méthode d'Albee au traitement d'un mal de Pott sous-occipital.

Duval présente, en 1920, une femme de vingt-quatre ans, opérée d'un double mal de Pott dorsal supérieur et lombaire à dix-huit mois d'intervalle.

Dujarier, la même année, fait connaître à la Société de chirurgie de Paris une femme de dix-neuf ans chez laquelle, pour la première fois en France, il utilise le greffon ostéo-périostique tibial souple. La rigidité du segment vertébral est obtenue en moins de deux mois.

Lecène et Schwartz sont septiques quant aux avantages de la méthode. « Comment, dit Lecène, peut-on faire la preuve indiscutable de la valeur thérapeutique réelle d'une intervention qui n'a plus pour but que de consolider une guérison que la nature aidée par l'orthopédie a déjà presque complètement assurée ».

Ombrédanne, Sorrel et Mauclaire trouvent la méthode contre-indiquée chez l'enfant.

Gaudier, Barbarin et Tavernier sont d'un avis contraire. Ce dernier proclame la possibilité de faire marcher sans appareil des opérés de quarante-cinq jours.

Dans une importante revue générale de la *Gazette des hôpitaux,* parue en 1920, Lance expose les techniques de Hibbs et d'Albee. Etudiant les statistiques de ces auteurs, il conclut à 60 p. 100 de guérison avec la méthode de Hibbs et à 74,6 p. 100 avec celle d'Albee.

La mortalité opératoire serait de 1,4 à 2 p. 100. La mortalité globale opératoire et post-opératoire atteindrait 17,4 p. 100.

Calvé et Galland sont fort peu favorables à la méthode.

Leclercq (de Dijon) modifie légèrement l'opération d'Albee. Il sectionne longitudinalement les apophyses épineuses pour les rabattre des deux côtés dans les gouttières vertébrales dénudées.

Un greffon costal ou ostéo-périostique est appliqué sur la surface d'étalement des apophyses épineuses.

Suisse. — Roos a soigneusement étudié les résultats éloignés des ostéoplasties vertébrales sur 21 sujets dont 11 opérés par Hoessly.

La méthode constitue un progrès réel, et les mauvais résultats viennent de ce qu'on abandonne trop vite le traitement orthopédique post-opératoire et notamment l'usage du corset de soutien.

Jentzer trace une incision courte au niveau des apophyses épineuses et glisse le greffon dans la musculature sans léser cette dernière. Par sa contraction et sa tension, la musculature fixe et immobilise le greffon.

Dardel expose les résultats qu'il a obtenus à la clinique de de Quervain.

38 p. 100 des opérés demeurent guéris après cinq et même dix ans. Sur 41 interventions il note une mort post-opératoire une après laminectomie et 5 par tuberculose viscérale. Sur les 32 survivants, 25 après cinq ans sont restés guéris, 2 sont encore en traitement ; pour 3, le diagnostic a été douteux ; 2 n'ont pas donné de leurs nouvelles.

Hollande. — Jägerink a observé d'excellents résultats chez 2 enfants et une vingtaine d'adultes.

Langenskiold, sur 34 opérés suivant la méthode d'Albee, compte 20 guérisons depuis vingt et trente mois, 3 morts ; les 3 autres cas sont trop récents pour être considérés.

Waldenstrom opère en deux temps.

Dans un premier temps, il redresse progressivement la gibbosité, le malade étant couché sur un lit plâtré de Lorenz.

Dans un second temps, il procède à l'opération-type d'Albee.

Les enfants sont opérés à partir de quatre ans, mais jamais au stade évolutif du processus tuberculeux. Sa méthode lui donne 80 p. 100 de guérison avec correction de la gibbosité.

Belgique. — Lorthioir a abandonné le traitement classique de l'immobilisation absolue au lit. Ses préférences sont pour la méthode dite ambulatoire et pour l'intervention sanglante.

Il considère l'opération d'Albee comme un simple moyen de fixation qui diminue la durée du traitement.

Comparant les mortalités par le traitement conservateur orthopédique et la méthode opératoire ankylosante, il arrive à un chiffre identique de 7,7 p. 100.

Marique et Maffei comme Lorthioir, du reste, réclament l'ostéosynthèse vertébrale même pour les enfants.

Moreau opère de préférence avant l'apparition de la gibbosité et sur 6 opérés, il a 4 guérisons.

Sebrechts a pratiqué, de 1916 à 1922, 82 opérations d'Albee dont 6 chez des enfants, sans mortalité opératoire.

Lauwers donne la préférence au procédé d'Halstead.

Delchef a fait de la méthode d'Albee une étude très approfondie. Une série de contrôles radiographiques lui ont permis de suivre l'évolution du greffon. Celui-ci peut se raréfier, ce qui explique l'incurvation rachidienne possible.

Il a pu examiner histologiquement 2 greffons implantés l'un depuis trois ans, l'autre depuis dix-huit mois. Ces greffons ne contenaient pas simplement de la substance osseuse morte, mais aussi des travées vivantes de formation nouvelle.

Le greffon doit être prélevé au ciseau et au maillet et non à la scie électrique.

L'auteur insiste sur la nécessité d'un traitement général longtemps poursuivi.

Roumanie. — Radulesco suit une technique de synosthose vertébrale dont voici les principaux temps :

1° Anesthésie rachidienne, sauf chez les enfants.

2° Prise d'un greffon costal souple comprenant seulement la moitié de l'épaisseur de la côte (périoste, tissu compacte et spongieux).

3° Insertion du greffon à la manière d'Albee entre les apophyses épineuses.

Décubitus ventral pendant six semaines, dorsal pendant un mois.

4° Corset de maintien.

Italie. — Le professeur Dalla Vedosa a réuni les statistiques étrangères, la sienne, celle de Maragliano, Scalone et de Falcone. Sur un total de 1.069 observations, il relève 86 p. 100 de guérisons et améliorations, 8 p. 100 d'insuccès, 4,5 p. 100 de mortalité et 2,5 p. 100 de résultats inconnus.

Gabazzi conteste la valeur mécanique et physiologique du greffon d'Albee.

Il préfère le traitement classique orthopédique associé à l'héliothérapie en climat marin ou de montagne.

Ciaccia trouve l'opération inutile sinon dangereuse surtout chez l'enfant.

Giorgacopulo publie, en 1925, une statistique d'opérations d'Albee portant sur 19 malades opérés par d'Este entre six et trente-quatre ans avec :

2 morts non opératoires,
4 résultats incomplets,
3 malades perdus de vue,
10 autres parfaitement guéris.

Résumé du rapport de M. E. Sorrel (de Paris).

L'ostéosynthèse vertébrale appliquée au traitement du mal de Pott est une opération dont la fortune s'est montrée excessivement variable au cours de ces dernières années.

La vérité est qu'il est difficile, pour deux raisons, de porter sur elle un jugement définitif.

Le mal de Pott est une affection de gravité fort différente suivant les cas. Tandis que la guérison s'obtient avec une facilité relative chez l'enfant, on peut dire que chez l'adulte l'affection est en quelque sorte incurable; le mal est assoupi, mais un réveil est toujours à envisager.

D'autre part, il existe des degrés de gravité aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Chez l'enfant, on peut rencontrer des maux de Pott extrêmement graves, et chez l'adulte, exceptionnellement il est vrai, des maux de Pott anormalement bénins.

Ceci étant admis, il paraît difficile qu'un chirurgien puisse se former une opinion sur la valeur d'un traitement qui lui apparaîtra ou très bon ou très mauvais suivant que le hasard lui aura fait rencontrer une série de cas heureux ou malheureux.

Pour arriver à une conclusion judicieuse il faudrait que ce chirurgien ait vraiment opéré un très grand nombre de malades.

La deuxième raison est que nous ne savons pas encore exactement ce que nous pouvons espérer de l'ostéosynthèse dans l'ignorance où nous sommes de son mode d'action.

Le greffon est-il un simple tuteur, un agent d'immobilisation et rien de plus? Apporte-t-il par sa présence des modifications vasculaires heureuses? Permet-il une fixation calcique importante?

L'ostéosynthèse est-elle une opération palliative ou au contraire une opération curative?

Un fait est certain : le greffon remplit un rôle mécanique hors de doute. En se soudant aux arcs postérieurs il immobilise en quelques semaines les vertèbres malades. Quant à l'action biologique heureuse qui aiderait à la guérison, elle est encore à démontrer.

Indications de l'opération. — 1° Les ostéosynthèses chez l'enfant. — Il semble que la majorité des chirurgiens pense qu'elles ne sont pas utiles chez l'enfant, sauf cas exceptionnels.

Trois arguments à l'appui de cette opinion :

a. Le traitement orthopédique classique guérit d'ordinaire d'une façon définitive par soudure vraie des corps vertébraux malades.

b. Les opérations ankylosantes sont incapables à elles seules d'arrêter l'évolution de la maladie. Elles ne luttent pas contre la destruction du tissu osseux et les conséquences qu'elles comportent, abcès, gibbosité, paraplégie; et puisqu'elles ne dispensent pas du traitement orthopédique, elles apparaissent inutiles.

c. Enfin, on peut se demander si dans l'avenir du jeune malade l'ankylose des arcs postérieurs ne gênera pas la croissance de la colonne vertébrale.

Dans les cas habituels mieux vaut donc s'abstenir chez l'enfant. Et cependant, cette opinion n'est pas universellement partagée. Albee opère à tout âge; son plus jeune malade avait vingt mois. Hibbs opéra un enfant de dix-huit mois; Tavernier, un autre de cinq ans. Le Fort opère à partir de huit ans.

Mais c'est en Suède que, sous l'impulsion de Waldenström, on intervient le plus communément chez les sujets jeunes. A vrai dire, Waldenström ne fait pas simplement une ostéosynthèse. Il débute par un traitement orthopédique : hyperextension en décubitus dorsal jusqu'à correction quasi-complète de la gibbosité.

Quoi qu'il en soit, l'auteur pense que l'opération n'a pas beaucoup de raison d'être puisque sans elle l'enfant guérit sous l'influence d'un traitement orthopédique bien conduit.

2° Les ostéosynthèses chez les adultes. — Ici l'accord semble fait. Trente-sept chirurgiens français interrogés par le rapporteur se sont tous montrés, sauf un, partisans décidés de l'ostéosynthèse. Il en est à peu près de même des chirurgiens étrangers, les Allemands exceptés, qui, à la suite de déconvenues résultant sans doute d'une trop grande vulgarisation de la méthode, se montrent moins enthousiastes.

Dans quelles conditions les ostéosynthèses doivent-elles être pratiquées?

Les lésions viscérales graves, un mauvais état général, l'âge trop avancé du sujet sont des contre-indications sérieuses. Mais il y a également des contre-indications d'ordre local : une gibbosité trop accusée ou l'infection des téguments à son niveau.

Le siège du mal de Pott n'a que peu d'importance, et si l'on opère davantage de Pott lombaires c'est simplement parce que ceux-ci sont les plus fréquents.

La duplicité des foyers pottiques n'est pas une contre-indication pourvu que chaque foyer ne soit pas trop étendu.

Le moment opportun de l'opération est discuté. Tandis que les uns estiment que l'opération doit être tentée le plus tôt possible, les autres pensent qu'il est préférable d'attendre l'assouplissement des foyers osseux, l'amélioration des abcès, des fistules et des phénomènes paraplégiques.

Quoi qu'il en soit, le rôle de l'ostéosynthèse même tardive reste considérable. Il est certain que les moyens orthopédiques ne sauraient guérir un mal de Pott chez l'adulte; la seule garantie que nous puissions avoir pour l'avenir réside dans l'ankylose comme c'est la règle dans tous les cas de tuberculose osseuse grave; or, cette ankylose que l'adulte est incapable de réaliser lui-même l'ostéosynthèse l'établit rapidement.

Technique opératoire. — L'ostéosynthèse vertébrale peut être réalisée par deux variétés d'opérations. On distingue en effet :

1. Les ostéosynthèses par auto-greffon;
2. Les ostéosynthèses sans greffon.

L'opération d'Albee est le type des opérations du premier groupe. En voici les temps essentiels :

Repérage radiographique des apophyses épineuses, incision cutanée courbe permettant la libération des apophyses et leur fente au ciseau. Toutes ces manœuvres constituent ce qu'on peut appeler la préparation du lit du greffon.

Ce dernier est prélevé à la scie électrique aux dépens de la face interne du tibia.

Il ne reste plus qu'à placer ce greffon rigide dans le lit préparé et à l'y maintenir par un triple surjet musculaire, aponévrotique et cutané.

Telle est l'opération d'Albee, simple, rapide, peu choquante et parfaitement efficace. Elle se fait sous anesthésie générale à l'éther, bien qu'il existe quelques partisans de l'anesthésie locale et même de la rachicocaïnisation.

A vrai dire, suivant les cas et suivant les chirurgiens, elle peut présenter quelques variantes. S'il existe une forte gibbosité, le greffon rigide s'applique mal, et il est indiqué de lui préférer un greffon souple ostéo-périostique à la « Dela-

genière ». Parfois, la fente des apophyses est laborieuse et la préparation du lit pourra se faire par d'autres procédés : dénudation des lames et résection des apophyses épineuses.

La statistique du rapporteur comprend 206 cas; 160 ont été traités par l'opération-type d'Albee avec greffons rigides et 26 par greffons souples. La préparation du lit du greffon s'est faite souvent par des combinaisons variables des différentes méthodes signalées.

L'ostéosynthèse sans greffon remonte à la même époque que l'opération d'Albee. C'est Hibbs qui a vulgarisé ce procédé dont voici les temps principaux :

Section médiane mettant à nu les apophyses épineuses et permettant leur dénudation qu'il faut pousser très loin. Les lames et la base des apophyses transverses doivent être également ruginées avec soin jusqu'à ce qu'apparaissent nettement les ligaments jaunes et les articulations des apophyses articulaires.

On libère ensuite les rebords inférieurs et supérieurs des ligaments jaunes avivés. Les surfaces des apophyses articulaires sont également avivées.

A l'aide d'une gouge on taille, en partant du centre de chaque lame, une petite lamelle comprenant environ la moitié de sa longueur et la moitié de son épaisseur; cette lamelle est laissée adhérente aux bords libres de la lame vertébrale. Puis on retourne en haut la demi-lamelle supérieure, en bas la demi-lamelle inférieure de façon telle qu'elles viennent s'appliquer contre la lamelle correspondante de la vertèbre voisine.

Quand cette manœuvre a été répétée de chaque côté une double colonne continue se trouve réalisée par cette série de petites lamelles.

Reste à fracturer les apophyses épineuses à la pince-gouge et à les rabattre au contact les unes des autres.

Le périoste et la peau sont enfin suturés.

L'opération de Hibbs est infiniment moins pratiquée que celle d'Albee, non pas que ses résultats ne soient pas satisfaisants; maintes fois on en a recueilli les preuves anatomiques; mais parce qu'elle est longue, compliquée et infiniment plus shokante.

Enfin, on a essayé de réaliser l'ostéosynthèse vertébrale à l'aide de corps étrangers, ou de greffons hétérogènes souples. Ces techniques ont été abandonnées. Cependant Turner se sert encore d'un greffon de côte de bœuf qu'il place à la base des apophyses épineuses.

Récemment, Lange a utilisé des attelles métalliques qu'il place dans l'angle des apophyses épineuses et des lames et qu'il maintient en cette position grâce à des fils métalliques.

Soins postopératoires et durée de l'immobilisation. — S'il s'agit d'un mal de Pott cervical ou sous-occipital, l'usage du « lit plâtré » est indispensable après l'opération. Dans les autres cas mieux vaut laisser le malade couché sur un lit résistant et maintenu par un gilet de toile. Cette immobilisation doit se prolonger trois semaines.

Quand la gibbosité est accentuée, afin d'éviter les escarres, il est prudent de placer le malade de temps à autre en position ventrale.

Le décubitus dorsal doit être maintenu jusqu'à obtention de la solidité du greffon, six mois au moins de l'avis du rapporteur; après quoi on prescrira le port d'un corset orthopédique pendant un an.

Accidents. — Au cours de l'opération les accidents sont exceptionnels. On a signalé cependant l'ouverture de la dure-mère; et dans ces conditions un hématome dural peut se produire entraînant une paraplégie passagère.

Savariaud a publié un cas d'hémorragie abondante presque inquiétante au niveau des apophyses et des lames vertébrales.

Dans les jours qui suivent l'intervention, on a pu observer un cas de dilatation aiguë de l'estomac mortel. Le rapporteur a rencontré cet accident une fois, mais son malade a guéri.

Soixante-douze heures après une ostéosynthèse qui se présentait comme bénigne, l'auteur a assisté au réveil brutal et mortel d'une pleurésie purulente. Il a noté quelquefois des signes graves d'insuffisance des surrénales.

Ce sont là des accidents qui peuvent se présenter après toute intervention, quelle qu'elle soit; mais il existe vraiment des complications propres à l'ostéosynthèse vertébrale.

L'hématome, soit au niveau du dos, soit au niveau de la jambe, hématome qui peut être volumineux, qui peut s'infecter et suppurer.

Le sphacèle des bords de l'incision dorsale.

L'élimination du greffon ou sa fracture.

Des paralysies temporaires du sciatique poplité externe, voire même des paraplégies.

Des phlébites simples ou doubles.

Des hernies musculaires du groupe antéro-externe de la jambe.

Valeur de l'opération. — Sur la totalité des malades qu'il a opérés, le rapporteur a pu en retrouver 106 dont les résultats se répartissent de la façon voici :

60 résultats excellents,
21 — bons,
9 — assez bons ou mauvais,
16 — mauvais.

Par résultats excellents il faut entendre ceux qui ont permis aux opérés de reprendre une vie active et normale, de revenir par exemple à leur ancienne profession.

Par résultats bons on désigne les malades qui ont repris leur travail d'une façon régulière, mais au sujet desquels on garde encore quelque appréhension.

Les résultats médiocres sont ceux qui ne permettent aux opérés qu'un travail intermittent et relatif.

Les résultats mauvais s'entendent des sujets ayant présenté un réveil d'un ancien foyer ou une localisation tuberculeuse secondaire, ou même une autre maladie intercurrente ayant entraîné l'impotence ou la mort.

Le nombre des bons résultats est donc relativement considérable.

La qualité de la guérison, dont ne peut rendre compte une statistique, est aussi très impressionnante.

Certes, l'ostéosynthèse vertébrale ne constitue pas un traitement suffisant du mal de Pott. En aucun cas elle ne saurait dispenser du traitement général ni du traitement orthopédique. Mais ceci reconnu, elle apparaît dès maintenant comme une opération heureuse dont il faut souhaiter la vulgarisation.

Discussion.

Ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. — M. Waldenstrom (de Stokholm) opère les enfants à partir de quatre ou cinq ans, mais il attend toujours que le stade aigu du processus tuberculeux soit calmé, ce qui revient à dire qu'il n'intervient qu'un an ou deux ans après l'apparition des premiers symptômes.

Dans un premier temps, il traite la gibbosité par redressement et pression progressive, le sujet étant couché sur le dos dans un lit plâtré de Lorenz.

Dans un second temps, il procède à l'opération d'Albee.

Pendant deux ou trois mois, l'enfant est maintenu sur son lit plâtré. Dès qu'il marchera, on le soutiendra d'un corset, permettant une forte compression ouatée au niveau de la région opérée.

Le corset plâtré sera remplacé ultérieurement par un corset en étoffe et baleine d'acier qui sera conservé un ou deux ans.

Cette méthode peut donner 80 p. 100 de guérison.

M. Albee (de New-York). Avec de magnifiques projections à l'appui, l'auteur fait une exposition détaillée de sa technique et de ses résultats qui portent actuellement sur plus de 1.000 cas. (Voir plus haut le résumé du rapport de M. Etienne Sorrel).

Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. — M. Janio (de Bucarest) rapporte une statistique de 27 cas comprenant des adolescents et des adultes de moins de trente-cinq ans.

Il a observé quelques incidents opératoires : fracture ou élimination du greffon, déplacement de ce greffon dans un cas de mal de Pott lombaire.

La mortalité post-opératoire est représentée par 1 cas de méningite, 1 cas de tuberculose cérébral, 1 cas de cachexie.

La technique suivie est celle de Bérard ou celle d'Albee.

Le greffon a été emprunté parfois à une côte dont on avait conservé le pédicule péristique, mais le plus souvent, c'est au greffon titral massif que l'auteur a eu recours.

Après l'opération, le décubitus dorsal est de rigueur pendant quelques jours. Un corset plâtré est prescrit qu'on renouvelle tous les six mois.

La marche est permise au plus tôt six mois après l'intervention.

Chez l'enfant, l'auteur donne la préférence au traitement orthopédique pur et simple.

M. Sebrebhts (de Bruges) a fait, depuis 1916, 385 opérations d'Albee. L'opération n'est pas un complément du traitement orthopédique, mais elle remplace celui-ci chez l'adulte. Il est nécessaire d'utiliser un greffon tibial aussi long et aussi épais que possible.

L'auteur fend les apophyses épineuses par leur milieu. Il reconnaît à la « résonance » le moment où il atteint le canal rachidien. Il fracture alors la base des deux moitiés d'apophyse et enfouit le greffon sous la double chaîne osseuse directement au contact des lames. De gros crins de Crino Larochette fixent le greffon et réunissent au-dessus de lui les muscles para-vertébraux.

On évite en procédant de cette façon la saillie sous la peau des extrémités de la greffe.

Le malade ne porte aucun appareil d'immobilisation. Il est couché sur son matelas à air et on lui permet de se mouvoir librement. Les fils métalliques sont enlevés après six semaines Le malade se lève vers la huitième semaine.

Il est important d'opérer très vite et d'employer l'instrumentation d'Albee qu'on peut stériliser à chaud dans les vapeurs de formol.

L'opération est indiquée chez tous les malades de seize à soixante ans non cachectiques. On peut parfaitement opérer les grosses gibbosités, les paraplégiques, les porteurs d'abcès et de fistules. Cependant quand la fistule est située dans le champ opératoire mieux vaut s'abstenir.

Sur 385 cas, la mortalité globale a été 1,2 p. 100. Une première série de 82 opérations ne comporte aucun décès. Une deuxième série de 303 opérations a donné 5 morts.

L'expérience de l'auteur lui permet d'affirmer que l'opcration d'Albee, correctement exécutée, donne chez l'adulte des résultats qu'aucun autre traitement ne pourrait procurer.

M. Billet (de Lille) est un abstentioniste décidé dans les cas de tuberculose chirurgicale chez l'enfant. S'il lui est arrivé de pratiquer quelques ostéosynthèses dans ces conditions c'est parce que contrairement à l'opinion générale, il ne croit pas que le mal de Pott guérisse toujours simplement et mathématiquement chez les jeunes sujets.

Il est des cas où en dépit d'un traitement correct local et général, des aggravations se produisent tantôt de l'état général et tantôt de l'état local. C'est dans ces cas que le traitement chirurgical est indiqué.

Les résultats que l'auteur a obtenus jusqu'à ce jour ne peuvent que l'inciter à poursuivre cette pratique.

Des enfants qui s'étiolaient dans leur plâtre, ou dont la paraplégie et la gibbosité s'aggravaient ont été améliorés dès que l'ostéosynthèse a été pratiquée. Ils ont guéri intégralement par la suite.

Le traitement ambulatoire du mal de Pott. — M. Gourdon (de Bordeaux). Il résulte des statistiques réunies par les rapporteurs que les opérations ankylosantes ne suffisent pas à assurer la guérison du mal de Pott. Elles exigent un traitement orthopédique complémentaire.

De plus, le traitement chirurgical ne convient pas à tous les cas.

Le traitement orthopédique constitue donc une thérapeutique constante de la tuberculose vertébrale.

Pour qu'il donne son maximum d'efficacité, il est nécessaire d'annihiler les contractures musculaires qui accompagnent toujours le mal de Pott, de redresser les courbures lordotiques enfin d'appliquer un appareil plâtré modelant exactement la gibbosité, sans grande ouverture antérieure, afin d'obtenir un contre-appui solide.

On obtient ainsi une fixation absolue du rachis en bonne attitude et le malade peut marcher.

L'auteur a employé la méthode ambulatoire depuis vingt-deux ans chez des pottiques de tout âge et de toutes conditions avec des résultats toujours satisfaisants.

M. Calot (de Berck) rappelle qu'en 1897, il réalisa le premier « la fusion des vertèbres ».

S'il a renoncé depuis à l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott c'est parce que cette opération pratiquée seule est impuissante à corriger les gibbosités. Elle n'y arrive que grâce à l'association d'un traitement orthopédique bien conduit.

Dans ces conditions, la méthode orthopédique conservatrice doit de toute évidence être préférée à la méthode sanglante.

De plus, l'auteur n'est pas certain que l'ostéosynthèse abrège la durée du traitement. La mortalité est deux fois plus forte que dans le traitement orthopédique simple. Enfin, il semble que l'ostéosynthèse soit sans action sur les abcès et les paralysies.

L'auteur demeure donc fidèle aux grands corsets de plâtre ou de celluloïd avec fenêtre dorsale permettant la compression ouatée progressive des gibbosités.

Technique et valeur opératoire de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. — M. Masmonteil (de Paris) a pratiqué 27 ostéosynthèses vertébrales avec :

2 mauvais résultats;
1 résultat médiocre;
23 résultats excellents.

Le greffon lui paraît avoir tout à la fois un rôle mécanique et un rôle physiologique. « Il crée au voisinage du foyer tuberculeux une inflammation aseptique du plus heureux effet sur l'évolution du mal de Pott. »

L'auteur est partisan des interventions précoces, dès que le diagnostic ferme est posé et quel que soit le siège de la lésion.

Pourtant la multiplicité des foyers et le mauvais état général sont des contre-indications formelles.

L'intervention de choix est l'opération d'Albee. Le greffon doit être solidement immobilisé par fixation au crin au niveau de chaque apophyse. Ce détail de technique assure une consolidation rapide.

Le malade reste au lit vingt jours, puis se lève soutenu par un corset plâtré.

Cette opération peut se réaliser en une demi-heure; avec vingt jours de lit et quatre mois de plâtre, elle donne un résultat sinon supérieur, au moins égal à celui que promet le traitement orthopédique au bout de plusieurs années.

Ostéosynthèse dans le mal de Pott. — M. Jentzer (de Genève) fait l'éloge de la méthode Hoesly-de Quervain et condamne celle de Lange.

Il estime qu'il ne faut pas schématiser et qu'il convient d'être éclectique, dans le choix du moment de l'intervention. Cela dépend surtout de la résistance biologique du malade.

Il insiste sur le choix du greffon, sur sa fixation, sur la pratique d'une injection préventive d'adrénaline qui éviterait les hématomes.

Malgré l'acte chirurgical, il ne faut pas négliger le traitement médical, seul capable de consolider une guérison et d'éviter les récidives, dans la mesure du possible.

M. Leclerc (de Dijon) ne croit pas que le greffon joue un rôle dans la recalcification. Sur 27 opérations de rachisynthèse il a obtenu 22 guérisons et 5 insuccès. Il utilise l'anesthésie locale ou régionale.

A la méthode d'Albee il apporte quelques modifications de détails. C'est ainsi qu'il sectionne longitudinalement les apophyses épineuses pour les rabattre des deux côtés dans les gouttières vertébrales dénudées. Il applique un greffon costal ou un greffon ostéo-périostique sur la surface d'étalement des apophyses épineuses.

M. Barbarin (de Paris) résume son opinion de la façon suivante : « Toutes les fois qu'un mal de Pott présentera une gibbosité, alors qu'il n'y a pas de contre-indication opératoire résultant de l'état général ou de complications locales, je chercherai par l'opération d'Albee, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, à obtenir plus vite et plus souvent que par les moyens orthopédiques, l'ankylose vertébrale, première étape de la guérison. »

M. Robert Sorel (de Paris) reconnaît que les implantations de greffons au niveau de la colonne vertébrale constituent une opération non dangereuse et efficace. Mais le rôle du greffon est comparable à celui d'un « tuteur » supérieur pour l'immobilisation à l'appareil plâtré. Il n'agit pas autrement sur la lésion qui évolue avant comme après l'opération, qui est sujette à des poussées successives, voire à des récidives à distance.

L'auteur ne voit pas quelle supériorité la méthode de l'ostéosynthèse pourrait avoir sur le simple traitement orthopédique, du moins chez l'enfant. Il rappelle qu'en qualité de chirurgien de sanatorium marin il a traité des malades non sélectionnés âgés de quatre à vingt ans. Ces malades ont guéri par la méthode orthopédique longtemps appliquée avec une mortalité orthopédique de quelques unités, 6,5 p. 100. La consolidation s'est toujours produite d'une façon régulière.

Pour ce qui concerne les adultes, l'indication opératoire ne se pose pas s'il existe des lésions en évolution. C'est donc dans un très petit nombre de cas qu'on aura recours à la méthode sanglante.

Même dans ces cas l'auteur n'a pas eu l'impression évidente que l'ostéosynthèse rendît plus rapide la consolidation et surtout qu'elle donnât la certitude d'être à l'abri des récidives.

La technique opératoire si bien réglée par Albee servira certainement pour les cas de chirurgie osseuse traumatique. A ce point de vue elle constitue un magnifique progrès. Mais l'auteur demeure persuadé qu'elle sera abandonnée pour la tuberculose vertébrale, même chez les adultes. Ce n'est pas du côté opératoire que des efforts doivent être faits pour obtenir la cure des tuberculoses osseuses, mais bien du côté biologique : méthode orthopédique et hygiénique.

Ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. — M. Poissonnier (d'Amiens) demeure partisan du traitement orthopédique du mal de Pott. L'ostéosynthèse est une opération grave qui n'abrège que peu le traitement orthopédique puisqu'on la réserve aux malades dont l'affection est au début et qui guérissent simplement, ou aux convalescents qui sont presque guéris.

De plus, l'auteur pense que l'ostéosynthèse favorise la généralisation tuberculeuse.

L'ostéosynthèse est donc inutile; elle peut être aussi nuisible dans certains cas, puisqu'elle empêche la correction de la gibbosité. Enfin, elle est sans action sur les abcès et la paraplégie.

Statistique personnelle d'opérations d'Albee. — M. Richard (de Paris). Elle porte sur 17 interventions. La diversité des âges, des professions, des situations sociales et des lésions à traiter permettent un jugement d'ensemble intéressant.

Il faut opérer de bonne heure, sans attendre la période de réparation que réclame Sorrel. L'auteur est en effet convaincu de l'action biologique de la greffe osseuse. Comment expliquer autrement l'amélioration rapide des paraplégies et des fistules ?

L'usage de la scie électrique est à rejeter ; sa rotation rapide, la chaleur rapidement élevée qui accompagne son fonctionnement obturent les canaux de Havers et traumatisent les éléments vasculaires médullaires de l'os. Mieux vaut se servir du ciseau à lame souple d'Ombrédanne.

S'il existe une fistule, il est bon de fixer le greffon du côté opposé.

Le malade est immobilisé dans un plâtre ou un lit plâtré pendant quatre mois. Le lever est autorisé au cinquième mois, d'abord en station assise, puis en station debout. Pendant le sixième mois, marche progressive sans plâtre. Séjour à la mer ou à la montagne; suralimentation.

(A suivre). Dariau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 7 octobre 1929)

Etude comparée des protéines dans le sérum sanguin et dans les sérosités pathologiques. — MM. Ch. Achard et A. Arcaud.

(Séance du 14 octobre 1929)

L'amylase du sérum de cheval et les variations de son activité en fonction des saignées successives. — M. D. Brocq-Rousseu, Mme Z. Gruzewska et M. G. Roussel ont démontré que, quel que soit le nombre des saignées, on trouve toujours de l'amylase et de la maltase dans le sérum. Les courbes représentant l'activité de l'amylase en fonction des saignées ont le même aspect quel que soit le pH du milieu. En dehors des fluctuations individuelles, il y a un abaissement d'activité entre la quatrième et la neuvième saignée. Le sérum stérile conserve son pouvoir hydrolysant sur l'amidon pendant de très longs mois. Il y a absence totale de ferment glycolytique, en raison sans doute de sa grande fragilité.

Sur le mécanisme de la silicose pulmonaire. Influence sur les cellules cultivées « in vitro » des poussières siliceuses provenant du travail au rocher dans les mines de houille. — MM. A. Policard, S. Doubron et M. Boucharlat.

Quelques données expérimentales sur le virus de la dengue. — MM. Georges Blanc et J. Caminopetros. Les faits rapportés par les auteurs s'opposent à ceux qui ont été

constatés dans l'infection amaryllique et séparent nettement le virus de la dengue de celui de la fièvre jaune.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1929)

Présentation. — M. L. CAMUS, au nom du docteur Ed. CHAUMIER, de Tours, offre à l'Académie deux tableaux et deux volumes : les deux volumes du docteur Nass « Curiosités médico-artistiques » renfermant cinq reproductions de gravures sur la vaccine. Les deux tableaux sont deux dessins en couleur également relatifs à la vaccine l'un signé : A. Devéria, l'autre signé : Pem.

Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des Assurances sociales exposées par le professeur Eppinger. — MM. Pr. MERKLEN et M. WOLF, après avoir rappelé que les médecins ne sont pas les adversaires du principe de la loi des Assurances sociales, mais redoutent son application défectueuse, insistent sur l'égal intérêt pour l'Etat et le Corps médical de trouver, en matière d'assurances-maladies, une formule qui épargne les mécomptes dont tous deux seraient victimes. En Allemagne, l'accumulation de la fortune a permis aux caisses d'assurances de devenir un Etat dans l'Etat, à tel point qu'elles ont imposé come ministres, ces dernières années, plusieurs hommes sortis de leur sein. La France a l'heureuse fortune de pouvoir profiter d'une expérience voisine. Puisse-t-elle en tirer parti :

Les auteurs rapportent dans cet esprit les déclarations qu'ils ont recueillies de la bouche du professeur Eppinger (de Fribourg-en-Brisgau), dont l'autorité s'étend au delà des frontières allemandes. Elles prouvent que la loi risque de menacer non seulement les praticiens, mais aussi les médecins adonnés à la science et à l'enseignement. En voici la substance.

« Après avoir traversé une heureuse période de cinq à dix ans, la loi des assurances allemandes a créé nombre de difficultés matérielles et morales. Les causes en furent les abus des assurés et dirigeants des caisses et les modifications progressives de la mentalité médicale. Les directeurs des caisses ne visaient qu'à l'épargne et au rendement; ils transformèrent les médecins en petits fonctionnaires. D'où conflit; la victoire alla naturellement à l'argent, c'est-à-dire aux caisses.

Celles-ci devaient bientôt abuser de leur succès. Fondation de petits services spécialisés d'abord, puis de centres de diagnostics, de maisons de cure, de sanatorium, enfin de grandes maisons de santé, telles furent les étapes. Des médecins furent enrôlés, des privatdocent et des professeurs extraordinaires même avec assistants et aide-assistants, à qui de larges prérogatives étaient concédées, à condition de demeurer à la disposition des directeurs des caisses. Les caisses, tenant surtout à récupérer le plus tôt possible les malades, exigèrent de leurs médecins une formation spéciale et des stages préliminaires; ils durent suivre des cours en vue du contrôle de la capacité de travail. Ce que veulent aujourd'hui les caisses, c'est la fondation d'hôpitaux-cliniques, de collèges et de facultés libres en concurrence avec les Universités officielles; leur fréquentation serait obligatoire pour les étudiants se destinant à la médecine de caisse qui leur assurera, dès leur installation, un gagne-pain minimum.

Ce sera la fin du travail scientifique; dans ce nouveau genre d'université tout sera sacrifié à l'exploitation du rendement de l'individu. Dès maintenant, les caisses surveillent leurs malades dans les cliniques officielles, contrôlent la durée et le résultat de l'hospitalisation; elles discutent traitement et prix de revient. Ne sont-elles pas d'accord avec les cliniques, elles reprennent leurs malades et les soumettent à l'examen d'une Commission de contrôle, que les Universitaires sont forcés d'accepter. Au surplus, la clientèle des cliniques s'effrite de plus en plus en faveur des hôpitaux des caisses ou des maisons de santé privées agréées par ces dernières. Lorsque seront fondés les collèges des Assurances sociales, tout essor social sera anéanti.

« Quant aux médecins de caisse, ils se préoccupent de leurs malades dans la mesure où les caisses le leur permettent. Elles ont coupé tout lien moral entre le médecin et son patient. La transformation du médecin en fonctionnaire est un fait acquis et accepté en Allemagne. C'en est fini de la conception de responsabilité, de la notion altruiste de devoir; en leur lieu et place, de la pusillanimité égoïste. Car les caisses ont mis la main sur les décisions thérapeutiques de leurs médecins comme sur les méthodes de diagnostic. N'a-t-on pas vu interdire l'insuline chez des diabétiques acidosiques?

« Les jeunes gens ont été attirés en surnombre vers la médecine par l'idée qu'ils auraient, grâce aux caisses, une petite existence assurée d'emblée. Le chiffre des étudiants s'est multiplié dans de grandes et tristes proportions. Une fois installés, ils cherchent à gagner et à retenir leurs clients par une surenchère médicamenteuse qui plaît aux malades. Aussi les études médicales sont-elles poursuivies dans un esprit d'utilitarisme difficile à concevoir. Les professeurs et leurs collaborateurs sont inquiets de voir combien s'est abaissé le niveau moyen des dernières générations médicales. Les étudiants un peu doués n'acceptent de fonctions dans les cliniques et instituts scientifiques qu'à condition d'être nommés plus tard privatdocent, parce que ce titre leur permettra d'obtenir par la suite la direction d'un hôpital de caisse.

« Le public a pour le médecin méfiance ou indifférence, sinon dédain. L'estime, le respect, la considération qui se rencontrent heureusement encore assez souvent en France, sont devenus lettre morte en Allemagne. Les charlatans y ont gagné et sont munis d'une nombreuse clientèle. Les malades n'entrent dans les hôpitaux que sous conditions : refus de certains examens et médicaments, oppositions de plus en plus fréquentes aux autopsies formulées par l'entourage du patient dès l'arrivée à l'hôpital.

« Les Assurances sociales allemandes ont donc avili et asservi les médecins; elles ont abaissé la pratique de l'exercice de la médecine; elles ont diminué le niveau moyen des études et engendré la pléthore, avec pour aboutissant le prolatériat médical; elles commencent à mettre en danger l'enseignement et le travail de recherches des Cliniques universitaires. »

Discussion. — La communication de M. Merklen est le point de départ d'une discussion. M. Chauffard propose que cette communication soit envoyée au ministre du Travail.

L'Académie nomme une Commission de dix membres pour examiner cette proposition.

Observations sur les conditions d'évaporation des eaux minérales en vue de l'analyse chimique. — M. BRETEAU a observé que l'évaporation d'une eau minérale en vue de l'analyse chimique peut exposer à quelques mécomptes si cette eau a été préalablement acidifiée par l'acide chlorhydrique, ne fut-ce même que très légèrement; on risque de perdre les traces d'éléments métalliques comme l'antimoine, le bismuth, le cuivre, le zinc, etc. Au contraire, en analysant le résidu de l'évaporation de l'eau faiblement alcalinisée par du carbonate de sodium, M. Breteau a pu retrouver l'antimoine à la dose de 5 millièmes de milligramme par litre, le cuivre à la dose de 91 millièmes de milligramme, le zinc à celle de 123 millièmes de milligramme, le bismuth à l'état de traces trop faibles pour un dosage. Il semblerait donc qu'il y ait lieu de reprendre dans de nouvelles conditions techniques le dosage de ces traces de métaux qui existent certainement dans les eaux minérales et qui ont pu échapper aux recherches.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1929)

M. René GAULTIER, président, rappelle en quelques mots la réception amicale et enthousiaste faite aux médecins français lors de leur récent voyage en Tchécoslovaquie.

Thyroïde et rhumatisme. — M. R. LAUTIER (de Nice), poursuivant ses recherches cliniques sur le traitement du rhumatisme par l'immuno-vaccin antirhumatismal à base de bacille d'Achalme, selon la formule du docteur L. Bertrand (d'Anvers), aborde la question encore incomplètement élucidée des relations de la glande thyroïde avec le rhumatisme. S'appuyant sur trois observations ayant trait chacune à une variété de goitre, il en déduit les conclusions suivantes d'une grande portée théorique et pratique :

1° L'insuffisance thyroïdienne peut, dans certains cas, transformer une infection rhumatismale aiguë en une infection rhumatismale chronique, dont le tableau clinique ne diffère en rien de celui du rhumatisme chronique d'emblée. Mais l'insuffisance thyroïdienne ne prédispose nullement au rhumatisme, ce qui cadre mal avec l'hypothèse d'un rhumatisme d'origine thyroïdienne ou endocrinienne. L'observation rigoureuse des faits montre que c'est la chronicité du rhumatisme qui est liée à l'insuffisance endocrinienne, mais non le rhumatisme qui est causé par la carence endocrinienne.

2° Une poussée apparente d'infection rhumatismale est capable de modifier la nature d'un goitre bénin et le changer en adénome malin (obs. I).

3° Un adénome bénin peut sans aucun signe apparent d'infection rhumatismale se transformer en un adénome malin rhumatismal (obs. II).

4° Il existe des cas de goitre exophtalmique d'origine rhumatismale, sans qu'il soit possible de relever le moindre signe de l'infection rhumatismale.

5° L'immunovaccin antirhumatismal agit rapidement sur l'adénome malin rhumatismal, le goitre exophtalmique d'origine rhumatismale, ainsi que sur leurs complications cardiaques, comme il agit sur les autres manifestations de l'infection rhumatismale.

6° Avant de décider une thyroïdectomie pour adénome malin ou goitre exophtalmique, le praticien devra mettre en œuvre, loyalement, toutes les ressources de la thérapeutique, et en particulier l'immunovaccin antirhumatismal.

Ce n'est qu'après l'échec de toute la thérapeutique médicale qu'il sera autorisé à demander à la chirurgie le secours du couteau.

7° Les adénomes toxiques et les goitres exophtalmiques sont plus fréquemment qu'on ne le dit des affections thyroïdiennes d'origine rhumatismale. L'emploi généralisé du test thérapeutique de l'immunovaccin pourra seul, dans un avenir plus ou moins proche, fournir les éléments d'une statistique exacte.

8° La vaccinothérapie antirhumatismale guérit l'insuffisance cardiaque du goitre exophtalmique rhumatismal et redonne au myocarde lésé toute sa valeur fonctionnelle (obs. III).

Traitement des rhumatismes. — M. Mathieu-Pierre WEIL passe en revue les différentes classes de rhumatismes, insiste plus particulièrement sur les arthrites traumatiques, infectieuses; dans ces dernières il rappelle le rôle assez important des affections focales.

Quant au rhumatisme articulaire aigu, l'auteur ne pense pas que la maladie de Bouillaud puisse donner du rhumatisme chronique. Il insiste encore sur les rhumatismes d'origine neuro-glandulaire. Au point de vue thérapeutique, en dehors des traitements symptomatiques, il semble que l'on doive retenir surtout l'iode et la thérapeutique de choc en général; à signaler la grosse importance du régime alimentaire (restriction surtout des aliments hydro-carbonés).

Enfin, l'auteur rappelle l'importance des traitements préventifs : il faut se rappeler qu'il y a des familles de rhumatisants présentant une sensibilité tout à fait particulière des articulations. A ces sujets, il faudra prescrire une diététique spéciale et les surveiller aux moindres attaques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1929)

Cancer du col utérin et radium. — M. FOVEAU DE COURMELLES rappelle que DANLOS introduisit à l'hôpital Saint-Louis, le premier, la thérapeutique radifère contre les tuberculoses cutanées. On l'étendit vite au cancer, et son action hémostatique, désodorisante, analgésique fut vite constatée, vulgarisée (rapport au XVIIe Congrès international des sciences médicales de Londres, août 1913 : « Les rayons X et le radium en thérapeutique gynécologique »).

Le cancer du col utérin est aujourd'hui, ainsi que les cancroïdes considéré par tous les auteurs, comme très curable par les sels de radium. Ce cancer étant particulièrement lent, insidieux, méconnu, il convient d'examiner souvent les malades présentant de légers écoulements sanguins, montrant à l'examen de petites plaies ou érosions sur le col, surtout si ces phénomènes se présentent après la ménopause. Ainsi, l'on soignera à temps et guérira les cancers du col utérin.

Voyage médical en Tchéco-Slovaquie. — M. René GAULTIER, président de la Société, rapporte ses impressions d'un voyage médical en Tchéco-Slovaquie où la France est particulièrement aimée et bien accueillie; il invite ses confrères à maintenir entre Français et Tchéco-slovaques ces relations d'affectueuse amitié qui ne peuvent qu'être utiles aux deux nations, Prague, la reine du Nord, et Paris sont deux capitales qui ne doivent pas s'ignorer tant au point de vue médical qu'au point de vue économique et politique, pour le plus grand profit et le soulagement de l'humanité souffrante.

Doit-on soigner ou extraire les dents de lait qui se carient? — M. PIERRE-ROBIN, s'appuyant sur des considérations physiologiques et pathologiques, concluent que les dents de lait doivent être soignées comme celles des adultes, et qu'il est indispensable de construire des appareils de prothèse de mastication aux enfants comme aux adultes pour assurer à ceux-ci comme à ceux-là une absorption normale.

M. PIERRE-ROBIN insiste sur l'hygiène quotidienne de la bouche au point de vue de la prophylaxie de la carie.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE PAR L'HÉMYPNAL INJECTABLE VIII (1)

Par J. LAMORIL.

Après avoir rappelé les diverses tentatives faites pour réaliser l'accouchement sans douleur, l'auteur rapporte une vingtaine d'observations relevées par lui à la Clinique obstétricale de Lille avec l'hémypnal injectable VIII. Le produit présenté en ampoules de 3 centimètres cubes s'injecte dans le muscle lorsque la dilatation est entre 2 et 5 francs et que les douleurs se succèdent régulièrement. Un quart d'heure après l'injection les douleurs se calment, au point de n'être parfois

(1) Communication à la Société anatomo-clinique de Lille, *Journ. des sciences méd. de Lille*, juin 1928.

plus perçues des parturientes; néanmoins les contractions se continuent régulières et le travail se poursuit normalement. L'action analgésiante se maintient cinq à six heures; une injection suffit dans la majorité des cas; on peut cependant en pratiquer une seconde, si nécessaire, deux heures après la première.

L'indication de l'hémypnal est formelle dans l'accouchement très douloureux des primipares, dans l'hypertonie utérine, la rigidité du col, chez les parturientes nerveuses et agitées; sa contre-indication n'est pas moins formelle en cas de tendance à l'inertie utérine, de même qu'en cas d'insuffisance viscérale et surtout rénale, également dans les dystocies de cause pelvienne.

Sous ces réserves, on ne note aucun accident chez la mère et l'enfant naît normal, légèrement étonné quelquefois, mais est toujours facilement ranimé.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CIVILE. MALADIES PROFESSIONNELLES (LOI DU 25 OCTOBRE 1919)

La loi du 25 octobre 1919 reçoit en jurisprudence une application limitative; non seulement elle ne vise comme maladies professionnelles que le saturnisme et l'hydrargyrisme, mais même dans ce cercle elle ne s'applique qu'à certaines maladies causées par les intoxications.

La Cour d'appel de Paris rendit un arrêt le 17 octobre 1927 intéressant à cet égard : un manœuvre de la Compagnie générale des omnibus, après avoir interrompu son travail pour raison de santé le 18 mai 1920, dut l'abandonner définitivement au mois de septembre suivant. Il fut interné par la suite à l'asile d'aliénés de Léhon (Finistère). Il demanda à son employeur une rente annuelle et viagère de 3.000 francs en vertu de la loi du 25 octobre 1919, se disant atteint d'une incapacité permanente absolue, conséquence d'une intoxication par les sels de plomb, parce que, bien que non qualifié pour ce travail, il avait été chargé de la réparation d'accumulateurs au plomb.

Le Tribunal avait accueilli la demande et nommé un expert à l'effet de vérifier si l'ouvrier avait bien été chargé du travail sus-indiqué et si les troubles mentaux dont il était atteint provenaient d'intoxication par le plomb.

« Mais, dit la Cour, considérant que, dans le tableau annexé à la loi du 29 octobre 1919 énumérant les travaux susceptibles de provoquer l'intoxication, cause de maladies professionnelles, figure seulement la fabrication des accumulateurs au plomb et non leur réparation; que le caractère limitatif de cette énumération résulte tant de la précision des expressions employées que des termes de l'article 2 de la loi précitée, lequel dispose que les tableaux annexes pourront être revisés et complétés par des lois ultérieures; que, d'ailleurs, le gouvernement, en déposant le 22 février 1927 un projet de loi tendant à cette revision, a fait allusion dans son rapport à ce caractère limitatif, et expressément ajouté, aux travaux industriels en question, la réparation des accumulateurs au plomb; que, dans ces conditions, on ne peut décider, comme l'ont fait les premiers juges, que la loi ne devant pas être interprétée dans un sens restrictif et littéral, il y aurait lieu de comprendre dans la fabrication des accumulateurs les opérations qui offrent les mêmes dangers que la fabrication

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*) { Durée du traitement: 10 à 15 jours.
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg. 0,01). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg. 0,015).
INJECTIONS INDOLORES
Établts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 131-569

ANDROCRINOL
contient l'hormone orchitique

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche
4 à 6 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS XVIIe

elle-même, et notamment la réparation qui n'en serait qu'une modalité.

« Considérant, dès lors, en tenant pour exact qu'il ait été réellement employé à la réparation des accumulateurs au plomb, T... ne pouvait invoquer le bénéfice de la loi du 25 octobre ; qu'il y a donc lieu d'infirmer, dans toutes ses dispositions, le jugement entrepris, sans s'arrêter aux autres demandes, fins et conclusions des parties... »

La Cour de cassation qui a été saisie de la question a rendu, à son tour, un arrêt, le 20 juin 1929, qui a maintenu la décision de la Cour d'appel de Paris, en spécifiant bien qu'en raison même du caractère de la loi, la nomenclature des travaux qu'elle contient est strictement limitative et que la réparation ou manipulation ne sauraient être assimilées à la fabrication. Cette solution s'impose; elle ne peut disparaître que par une révision que la loi autorise.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES OSTÉOMYÉLITES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE

Mon cher ami,

Je lis dans le numéro du 16 octobre de la *Gazette*, p. 1479, une analyse de thèse sur les ostéomyélites du maxillaire inférieur d'origine dentaire; il y est dit que l'auteur « propose une nouvelle conception de l'os maxillaire inférieur, fondée sur des travaux étrangers... »

Or, en dehors de travaux récents, nous trouvons cette conception exposée dans le *Traité de stomatologie* (1910); dans un article de la *Revue de chirurgie* (1907) sur les accidents de la dent de sagesse; dans le *Traité des variations des os de la face* de Le Double (1906); Testut lui-même cite le travail de M. Pelletier sur la phylogénèse du maxillaire inférieur dans le *Bulletin de la Société d'anthropologie* (1902).....

La conception n'est donc pas nouvelle, et si elle l'est dans des travaux étrangers c'est vraisemblablement que ceux-ci ont été inspirés par les travaux français que nous avons tenu à rappeler.

Veuillez agréer... A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 28 octobre. — Jury : MM. Balthazard, président; Couvelaire, Loeper et Duvoir. — M. Menger. Les perversions morales postencéphalitiques. — M. Edelmann. Traitement des suppurations à staphylocoques. — M. Prieur. Etude de l'iléus réflexe au cours de la lithiase uretérale.

Mardi 29 octobre. — Jury : MM. Bernard, président; Lecène, Lereboullet et Gatellier. — M. Anchel. Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer du poumon. — Mme Kaufmann. Maladie de Kohler-Stieda. — M. Théophilidès. L'intérêt du dispensaire dans l'élevage du nourrisson.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Rathery, Bresson, Dechambre, Moussu et Maignon. — M. Houdière. La recherche des vitamines de l'avoine aplatie. — M. Le Fur. Apologie de l'embryotomie chez les grandes femelles domestiques.

Mercredi 30 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM Gosset, président; Tanon, Dechambre et Moussu. — M. Renauldon. Etude zootechnique de l'amélioration des laines africaines. — M. Le Dret. Etude de l'élevage dans les Côtes-du-Nord.

INFORMATIONS

(SUITE)

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Hautes-Pyrénées est ouvert à Tarbes jusqu'au 20 novembre 1929.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Leur demande, rédigée sur timbre à 3 fr. 60, devra être adressée à M. le préfet des Hautes-Pyrénées (cabinet) avec le dossier réglementairement composé, avant le 20 novembre 1929, dernier délai.

FÉDÉRATION DES CHEFS DE CLINIQUE ET ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE DE FRANCE. — A l'occasion du XXe Congrès de médecine, la Fédération des chefs de clinique et anciens chefs de clinique de France a tenu son assemblée générale le 17 octobre, à la Faculté de médecine, sous la présidence du très distingué docteur Voivenel (de Toulouse).

Les vœux suivants ont été émis et adoptés à l'unanimité :

1° Assimilation des chefs de clinique aux préparateurs;

2° Représentation des chefs de clinique au Comité consultatif de l'enseignement supérieur.

La prochaine assemblée aura lieu à Paris en mai 1930.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Delbecq (de Linselles, Nord), père du docteur E. Delbecq et frère du docteur Siméon Delbecq, à qui nous adressons l'expression de notre sincère sympathie; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Hector Brulant (de Saulzoir); Dumarest (de Voiron), frère du docteur Dumarest (d'Hauteville); J.-E. Weil (de Paris); Roger Nepoty, directeur de l'hygiène au ministère du Travail; Brunon (de Rouen), correspondant national de l'Académie de médecine.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique obstétricale. (Hôpital de la Pitié. Professeur : M. Cyrille Jeannin.) — M. le professeur C. Jeannin reprendra ses leçons à la Clinique obstétricale de la Pitié le jeudi 7 novembre, à 11 h., et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Bensaude.) — *Maladies de l'intestin* (une semaine de cours et de travaux pratiques). — Du 4 au 9 novembre 1929, M. Raoul Bensaude, assisté de MM. André Caïn, médecin des hôpitaux; Pierre Oury, Hillemand, Rachet, Marchand, Terrial, Lelong, Lambling, Boltanski et Baraduc, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Les conférences sont gratuites. — Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 fr. et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès du docteur Oury, hôpital Saint-Antoine (service du docteur Bensaude).

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT L'ÉVOLUTION DES TUMEURS DE TOUTES NATURES



ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

Dragée ADRIAN
au Chlorure de Magnésium
préventive des néoplasmes



Dragées dosées à 0 gr. 121
de Chlorure de Magnésium anhydre
correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé.

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL** 125, r de Turenne — PARIS — R. C.. 157 143 Seine

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Tuberculoses** **Artério-Sclérose**
Lymphatisme **Arthritisme** **Asthme**

R. C., 133.144, Seine.

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 24 octobre. — Questions données : « Diagnostic des sténoses du pylore. — Phlegmon septique du plancher de la bouche dit angine de Ludwig. »

MM. Robert, 25; Damon, 12; Bréhant, 17; Rouher, 25; Valensi, 17; Auzépy, 24; André, 29; Simon, 22; Mlle Baguette, 25; M. Joseph, 22.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bouchet, Rouget, Michel, Gernez, qui acceptent; Le Mée, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Terrien, Morax, Cerise, Rochon-Duvignaud, Abrami, qui acceptent; Poulard, Kuss, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions données :

Anatomie. — 1. Coulisse bicipitale de l'humérus; descriptions et insertions musculaires. — 2. Ligament latéral interne de l'articulation du coude sans les rapports. — 3. Insertions d'origine et de terminaison du long péronier latéral. — 4. Citer les branches collatérales de l'artère poplitée. — 5. Citer les muscles innervés par le nerf cubital.

Pathologie médicale. — 1. Quels sont les caractères du souffle de l'insuffisance aortique (type Corrigan). — 2. Enumérer les principaux signes cliniques de la rougeole ayant l'éruption cutanée. — 3. Enumérer les caractères objectifs de l'expectoration pneumonique au cours des différentes périodes de la maladie. — 4. Le signe de Kernig; les manières de le rechercher. — 5. Evolution du pouls et de la température dans une fièvre thyphoïde de l'adulte non compliquée. — 6. Les signes physiques fournis par l'examen clinique d'un foie cardiaque.

Pathologie chirurgicale. — 1. Description locale de l'ulcération cancéreuse de la langue. — 2. Signes de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. — 3. Signes physiques de la luxation antéro-interne de l'épaule. — 4. Signes physiques de l'épididymite tuberculeuse.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours est ouvert pour la nomination de deux internes titulaires et de six internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain en-Laye.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 12 décembre 1929, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du clinicat.* — Sont proposés :

Clinicat médical : MM. Wahl et Duruy (hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Bezançon). — MM. Moussoir et Lacapère (hôpital Cochin, service de M. le professeur Achard).

Clinicat de thérapeutique médicale : MM. Lévy, Louvel (hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Vaquez).

Clinicat médical propédeutique : MM. Vibert et Lonjumeau (hôpital de la Charité, service de M. le professeur Sergent).

Clinicat chirurgical : M. Mabille (hôpital Cochin, service de M. le professeur Delbet). — MM. Metzger et Dessaint, Dubois-Roquebert (Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Hartmann). — MM. Leibovici, Seillé, Barraqué (hospice de la Salpêtrière, service de M. le professeur Gosset).

Clinicat de thérapeutique chirurgicale : M. Redon (hôpital de Vaugirard, service de M. le professeur P. Duval).

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Car-

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

teaud et Filliol (hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Gougerot).

Clinicat des maladies mentales : Mlle Vogt, MM. Gossa, Garand (Asile Sainte-Anne, service de M. le professeur Claude).

Clinicat obstétrical : MM. Baillis, Digonnet et Sicard.

Clinicat gynécologique : MM. Lapeyre, Frantz, Broca (hôpital Broca, service de M. le professeur J.-L. Faure).

Clinicat oto-rhino-laryngologique : M. Rossert (hôpital Lariboisière, service de M. le professeur Sébileau).

— Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter le bénéfice résultant de l'exécution pure et simple, consentie à titre d'obligation naturelle, par Mme Moch, veuve Bernheim, agissant en tant que seule héritière à réserve et que délégataire universelle de Mlle Paulette Bernheim, du legs verbal d'une rente annuelle de 1.000 fr. fait à cette Faculté, aux clauses et conditions rappelées dans l'acte notarié susvisé, par ladite demoiselle Bernheim.

Cette somme sera affectée à la création d'un prix annuel destiné à récompenser la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose, qui sera présentée par un étudiant en médecine de nationalité française, russe ou polonaise.

Les trois titres de rente française 6 p. 100 1920, remis pour fournir ledit legs, seront immatriculés au nom de la Faculté sus désignée, avec indication de leur distination.

XXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le prochain Congrès aura lieu en 1931, à Liége, sous la présidence de M. le professeur de Beco.

Le secrétaire général sera M. Roskam.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Les états hyperthyroïdiens.*

2° *Le métabolisme du calcium.*

3° *Traitement par l'insuline des états non diabétiques.*

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert à la préfecture du Calvados jusqu'au 20 novembre 1929 pour le remplacement de l'inspecteur départemental d'hygiène et l'attribution éventuelle d'un poste d'inspecteur d'hygiène d'arrondissement, pour le cas où une vacance viendrait à se produire à la suite du présent concours dans le personnel médical actuellement en fonctions dans le département.

HÔPITAL D'UROLOGIE ET DE CHIRURGIE URINAIRE (156 *bis*, avenue de Suffren, Paris [XVe]). — Chef du service : M. le docteur F. CATHELIN. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* — Semestre d'hiver à partir du jeudi 14 novembre 1929.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves.

Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales.

Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. — S'adresser tous les matins chez le surveillant, 156 *bis*, avenue de Suffren.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 18 novembre 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Gilis (de Montpellier).

TUFFIER

Tuffier est mort. Comment la maladie a-t-elle eu si rapidement raison de cette forte et belle constitution, de son tempérament énergique et puissant.

Tuffier fut un des plus grands chirurgiens de cette phalange contemporaine qui en compte tant. Brillant opérateur, initiateur audacieux autant qu'habile, savant à la culture aussi profonde que variée, il fut toujours un des premiers à tenter une opération nouvelle, qu'il s'agisse d'opérations abdominales, d'interventions sur le poumon, de chirurgie gastrique, de chirurgie nerveuse, de rachianesthésie, toujours il fut au rang des promoteurs.

Né à Bellème, dans l'Orne, le 26 mars 1857, Tuffier fit ses études médicales à Paris. Interne des hôpitaux en 1879, il eut pour collègue dans sa promotion Georges Thibierge, Babinski, Chantemesse, Walther, de Lapersonne. Chirurgien des hôpitaux en 1887, il fut nommé à l'agrégation en 1889. Il était membre de l'Académie de médecine depuis 1918 et avait présidé, en 1924, le Congrès de chirurgie.

Tuffier était grand officier de la Légion d'honneur et décoré de la Croix de guerre.

Tuffier n'a pas été professeur titulaire, mais il n'eut pas besoin d'une chaire officielle pour s'affirmer un éducateur et un maître, aussi sa réputation à l'étranger a-t-elle été pour ainsi dire universelle.

Ses publications et surtout ses communications à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine furent nombreuses et toutes marquées au coin d'une parfaite connaissance de la question qu'il traitait et qu'il expliquait avec une clarté et une précision remarquables.

On se rappelle d'ailleurs que Tuffier ne manquait pas lorsqu'il voulait s'instruire d'entreprendre les plus longs voyages.

Rappelons seulement qu'il représenta la France en 1921 à l'inauguration de l'Institut de médecine fondé à Pékin par Rockfeller.

Lorsqu'on faisait appel à son dévouement il n'hésitait jamais. On se souvient, et M. le Maréchal Lyautey le rappelait encore l'autre semaine au Congrès de chirurgie, que Tuffier, malgré de douloureuses préoccupations de famille, partit sans délai en avion pour le Sud Marocain lorsqu'on fit appel à lui pour soigner le général Poeymirau grièvement blessé.

D'aspect un peu froid, la tête haute, la physionomie grave, toute la personne de Tuffier respirait une grande distinction un peu distante. Mais cette impression s'effaçait vite devant l'accueil bienveillant et la voix cordiale.

Dans les discussions scientifiques cet homme prompt aux initiatives se montrait doué d'un tempérament de lutteur. Il se tenait volontiers carrément sur ses positions et admettait difficilement les critiques. Ce fut une de ses forces.

La carrière de Tuffier a été une des plus belles parmi celles des chirurgiens de notre époque et sa mort est une grande perte pour la science française.

A. BROCHIN.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies **MANGAÏNE** TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : **LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure
3 flacons dans la matinée

Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

**

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE BISMUTH OLÉO-SOLUBLE

Cardyl

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

INJECTIONS
INTRA MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
[illegible] rue Vieille du Temple, PARIS

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDEMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour « Strophantus et Strophantine », Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. R. C. Seine 48283

XXE CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Montpellier, 15-17 octobre 1929 (1)

PREMIÈRE QUESTION

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA SCARLATINE

Premier rapport - M. CANTACUZÈNE (de Bucarest).

Peut-on considérer comme résolu le problème de la scarlatine? Les arguments apportés en faveur du rôle étiologique du streptococcus scarlatinae sont-il suffisants pour démontrer sa spécificité? Ou bien la question reste-t-elle ouverte et doit-on admettre que l'agent pathogène de cette maladie est encore inconnu?

I. **On retrouve tous les caractères** (morphologiques, culturaux, etc.) qui, au premier abord, sembleraient devoir conférer une physionomie spéciale au streptocoque (2) de la scarlatine (3), **plus ou moins épars chez les autres représentants du monde des strept. On peut en dire autant des produits solubles qu'il élabore**; la spécificité de cette toxine n'ayant pu être démontrée d'une façon indiscutable ni par l'inoculation aux animaux, ni par la réaction de Dick, ni par les méthodes sérologiques (agglutinabilité du strept. scarl. par le sérum de convalescent, cette propriété pouvant être comparée à des strept. d'origine non scarl. lorsqu'on les cultive au contact des produits scarl. filtrés). En fait les strept. sont formés par une véritable mosaïque d'antigènes; et les réactions qu'ils provoquent de la part des organismes infectés présentent entre elles un air de parenté peu fait pour permettre une classification naturelle et qui rend à peu près impossible l'établissement de caractères différentiels bien nets. *Il n'existe pas entre le strept. scarl. et d'autres groupes de strept. de différences plus tranchées qu'entre l'un quelconque de ces groupes et les groupes voisins.*

II. **Le phénomène de Dick** que l'on a considéré comme étant l'expression la plus parfaite de la réceptivité ou de l'immunité à l'infection scarl. **a perdu aujourd'hui beaucoup de la valeur** qu'on lui attribuait en tant que réaction spécifique. Elle est *irrégulière* et *inconstante* dans son mode d'apparition, elle est *instable* et *labile* au cours de la vie d'un individu. Ainsi, tandis que la proportion des rechutes dans la maladie spontanée est de 1 à 1,5 p. 100, la proportion d'anciens scarlatineux à réactions positives dépasse 25 et 30 p. 100 d'après certaines statistiques. *La réaction de Dick est, en réalité, une réaction antistreptococcique.* La considérer comme une réaction antiscarlatineuse repose sur une pétition de principe qui commence à admettre *a priori* comme démontré le rôle étiologique du strept. dans la scarl.

III. On ne peut juger de l'efficacité réelle du **traitement sérothérapique** que dans les foyers épidémiques caractérisés par la haute malignité des cas de scarl. On constate alors que le traitement de la maladie par le sérum de chevaux immunisés contre le strept. scarl. ou contre sa toxine donne sans doute des résultats favorables dans les formes bénignes, moyennes, et dans certaines formes hyperpyrétiques, mais *reste à peu près sans effet sur les formes malignes, hyperpyrétiques*, celles qui tuent en vingt-quatre ou quarante-heures et qui, en Roumanie par exemple, donnent une léthalité dépassant 90 p. 100. Dans ce dernier cas, au contraire, *on obtient les meilleurs effets par l'emploi de sérum de convalescents* qui permet de sauver les 4/5e des malades environ. Cette discordance entre la valeur curative plutôt médiocre d'un sérum antistrept. et l'efficacité, souvent souveraine, du sérum de convalescents, donne à penser que l'antigène qui assure à ce dernier ses qualités hautement spécifiques fait défaut dans la préparation du premier.

IV. **Les résultats de la vaccination préventive** contre la scarl. par l'inoculation de strept. tués ou de leur toxine *ne peuvent être considérés comme décisifs* et la question est encore à l'étude. Trop souvent son efficacité est appréciée par les indications que fournit la réaction de Dick, qui, comme il a été déjà dit, ne peut être prise comme critérium.

V. Il existe encore **d'autres arguments** contre la théorie streptococcique : sur 82 individus dont les amygdales ont été inoculées avec des cultures pures du strept. scarl. par différents expérimentateurs, 4 seulement ont pris la maladie; alors qu'un autre expérimentateur a pris douze fois la maladie expérimentale par l'inoculation sous-cutanée d'exsudat amygdalien total recueilli chez des scarl. On ne peut écarter la pensée que *le liquide inoculé dans le deuxième cas contenait, en plus de streptoc. un élément nécessaire*, présent dans la gorge des malades, transporté avec les strept., et qui, dans une culture pure de ces derniers, peut faire défaut ou n'exister qu'en quantités insuffisantes.

VI. Par ailleurs, la *dissociation entre les infections strept. au cours de la scarl. et l'intoxication scarl.* proprement dite; l'*impuissance des méthodes sérologiques à montrer* in vitro, *la spécificité de strept. de la scarl.*; les observations *d'individus immunisés contre la scarl. et qui ne le sont pas contre le strept. d'origine scarl.*; le fait de l'*immunité* scarl. qui s'établit pour un *espace de temps assez long dans les régions qui ont été balayées par une vague épidémique* (observations tout à fait en désaccord avec ce que nous savons sur l'action pathogène des strept.); voilà un ensemble de considérations bien faites pour inspirer un doute relativement à la spécificité du strept. scarl. comme agent pathogène de la maladie.

VII. **Bien des considérations au contraire plaident en faveur de l'existence d'un facteur étiologique inconnu**, peut être associé au strept., et seul capable, en tout cas, d'imprimer à la maladie ce caractère de spécificité dont la manifestation la plus évidente est l'établissement d'une solide immunité.

Les *propriétés curatives et agglutinantes du sérum de convalescent*; — la *transformation des strept. non scarlat. en strept. spécifiquement agglutinables par ce sérum*; — la *maladie expérimentale des singes et des lapins obtenue en badigeonnant la peau au moyen de produits filtrés*; — le *pouvoir agglutinant vis-à-vis du strept. de la scarl. du sérum de lapins ayant fait leur convalescence*, — tous ces faits suggèrent avec force l'existence d'un *virus filtrable*; — soit qu'il s'agisse d'un germe possédant une individualité propre bien définie, soit qu'il s'agisse de formes filtrables du strept. lui-même doué de propriétés pathogènes que ne posséderait pas la forme visible et cultivable.

Est-ce à dire que le strept. ne joue dans la pathogénie de la maladie aucun rôle? Nullement. Il est — sans contestation possible — l'*agent des complications inflammatoires* de la scarl ; il est possible également qu'il joue un *rôle important dans la genèse de la maladie elle-même*, soit comme élément vecteur d'un virus étranger, soit comme élément symbiotique indispensable, soit comme modificateur de la virulence de ce virus inconnu, soit comme générateur de formes strept. filtrables.

Aussi est-il absolument légitime de poursuivre l'étude de la sérothérapie antistrept., ainsi que celle de la vaccination préventive et d'en perfectionner les méthodes. Car nul ne peut affirmer, à l'heure actuelle, qu'en cultivant le strept.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 86, p. 1518. — *Association de la Presse médicale française.*
(2) Par abréviation *strept.*
(3) Par abréviation *scarl.*

scarl., on ne réalise pas, du même coup, dans une certaine mesure, la culture du virus spécifique dont nous croyons aujourd'hui entrevoir l'existence.

Deuxième rapport : MM. E. Sacquépée et M. Liégeois (armée).

Sur le rôle du streptocoque dans la scarlatine. — Les rapporteurs ne se sont pas assigné la tâche d'exposer dans son ensemble la question des rapports du streptocoque avec la scarlatine; mais uniquement d'en aborder certains chapitres, que les circonstances leur ont permis d'étudier plus spécialement. Après avoir rappelé les données essentielles sur l'historique de la question, ils abordent avec plus de détails certains points particuliers.

I. Étude des propriétés culturales. — Les essais de différenciation du streptocoque scarlatineux par les caractères morphologiques ou l'action fermentative n'ont donné aucun résultat. En ce qui concerne les *propriétés culturales,* les rapporteurs n'ont pas retrouvé les caractères différentiels décrits par Sawtschenko par culture sur gélose au sang de pigeon. De même, si Marmoreck a observé une action empêchante exercée par les cultures filtrées de strept. sur tous les strept. éprouvés à l'exception des strept. d'origine scarl., les différences culturales qu'ils ont relevées entre les strept. scarl. et les autres strept. ne leur paraissent pas suffisamment tranchées pour que le *phénomène de Marmoreck,* tout au moins avec la technique actuellement en usage, puisse apporter une aide efficace à la différenciation du strept. scarl.

II. Les épreuves de séro-agglutination. — Leur étude, longuement exposée dans le rapport, n'a pas permis de conclusion précise.

Les uns sont portés à considérer *l'agglutination* comme réellement spécifique c'est-à-dire capable à elle seule de différencier les strept. scarl. de tous les autres strept. D'autres n'accordent à l'agglutination qu'un crédit limité en raison de son irrégularité, certaines souches scarlatineuses n'étant pas agglutinées par des sérums scarl. et d'autre part les sérums scarl. pouvant agglutiner des strept. étrangers à la scarl. Enfin d'autres auteurs dénient à l'agglutination toute valeur dans la différenciation des strept.

Les recherches personnelles des rapporteurs ont porté sur la séro-agglutination de 42 souches de strept. comprenant 15 strept. d'origine scarl. et 27 d'origine chirurgicale par des sérums expérimentaux de lapins préparés avec des souches scarlatineuses, et avec des sérums de convalescents. Dans l'ensemble les résultats n'autorisent pas à établir une séparation bien tranchée entre un strept. banal et les strept. d'autre origine.

Les épreuves d'*absorption des agglutinines,* réalisées suivant une technique se rapprochant de celle indiquée par M. Lachlan et F. Mackie, confirment dans leurs points essentiels les résultats qu'avait donnés l'agglutination.

III. Phénomène de Cantacuzène. — Le pouvoir que présente le filtrat d'urine de scarl. de rendre un strept. quelconque agglutinable par un sérum scarl. et qui est connu sous le nom de « *phénomène de Cantacuzène* » est particulièrement résistant. Non seulement la température de 100 degrés pendant dix minutes ne l'altère pas, mais encore il résiste à l'iode douée cependant d'un pouvoir antibiotique intense. Des repiquages successifs de filtrats d'urine de scarl. sont susceptibles de conférer au strept. un pouvoir agglutinant très marqué avec le sérum de convalescent de scarl. Cette modification ainsi obtenue est très durable et a persisté pendant dix mois, alors que pendant ce laps de temps dix crepiquages avaient été faits en milieu ordinaire. Les modifications subies par le strept. même après de nombreux repiquages en filtrats d'urine de scarlatineux paraissent correspondre à un *transfert d'agglutination* dans le sens attribué par Burnet à ce mot.

Les principales autres propriétés biologiques du germe (pouvoir érythrogène, aptitude à donner des sérums provoquant l'extinction de l'exanthème scarl., neutralisation des toxines) ne sont pas modifiées.

IV. Toxine et antitoxine scarlatineuses. — Les rapporteurs présentent une revue rapide des travaux les plus importants relatifs à la toxine scarl. ; ils envisagent successivement le mode de préparation, les moyens de purification et de concentration, la nature et la spécificité de cette toxine; contrairement à l'affirmation des Dick qui font du pouvoir toxigène l'attribut caractéristique du strept. scarl., il paraît bien admis à l'heure actuelle que des filtrats de strept. hémolytique d'origine non scarl. peuvent, même dilués, donner des réactions cutanées comparables à la réaction de Dick (Sacquépée et Lesbre).

On est ainsi autorisé à supposer que le *pouvoir toxigène n'est pas le propre des strept. scarl.* et que la plupart des strept. hémolytiques pyogènes sont susceptibles d'acquérir la propriété de former une toxine que rien ne permet jusqu'ici de distinguer de la « toxine » scarl.

Les rapporteurs abordent ensuite l'étude de l'antitoxine (effets cliniques et titrage) et insistent tout particulièrement sur les propriétés biologiques d'un sérum antistreptococcique.

V. Etude d'un sérum streptococcique. — Ce dernier a été isolé à l'aide d'un *germe isolé d'un cas de mastoïdite* sans rapport connu avec la scarl. Ce streptocoque est fortement hémolytique, fait fermenter la mannite et l'inuline et est agglutiné par les sérums anti-Dick au même titre que les souches scarlat. Son filtrat donne une réaction érythrogène en injection intradermique à la dilution de 1/1.000.

Ce strept. a servi à préparer des *sérums* de chevaux et de lapins. Le sérum ainsi préparé agglutine 48,1 p. 100 des souches chirurgicales et 66,6 p. 100 des souches scarl. Il possède la propriété d'éteindre les exanthèmes scarl. récents (phénomène de Schultz-Charlton) comme le font les sérums spécifiques et de convalescents. Son pouvoir curatif vis-à-vis de l'exanthème et des symptômes généraux de la scarl. est très marqué. Enfin, en injection intraveineuse, il protège le lapin contre une dose mortelle de strept. scarl. très virulent.

Ces différentes expériences permettent de conclure que ce sérum préparé avec un strept. d'origine chirurgicale possède les *propriétés essentielles des sérums antiscarl.,* y compris celles qui peuvent être considérées comme les plus caractéristiques. Ces faits se trouvent en accord avec les faits antérieurs, auxquels toutefois les rapporteurs ajoutent deux constatations particulièrement suggestives : un sérum antistrept. chirurgical peut être doué de *pouvoir protecteur à l'égard des strept. scarl.* et de *pouvoir thérapeutique à l'égard de la scarlatine.*

On ne trouve ainsi aucune différence perceptible entre ce sérum préparé contre une source chirurgicale et des sérums préparés contre les souches scarl.

VI. Discussion pathogénique. — S'il est impossible de définir un type spécial de strept. propre à la scarlatine, la notion du strept. agent spécifique de la scarlatine ressort d'un certain nombre de faits : présence habituelle du strept. dans la gorge des scarl., reproduction expérimentale de la scarl. par inoculation de ce streptoc., production de toxines donnant la réaction de Dick et neutralisées par un sérum antitoxique, propriétés de produire des sérums antisc. actifs).

Mais, devant les objections faites à la valeur absolue de chacun de ces faits, les rapporteurs croient que l'*intervention du strept. n'explique pas tous les faits actuellement connus.* Pour eux la scarl. serait produite par l'*action combinée et*

nécessaire de deux microbes, l'un très répandu, le strept., l'autre spécifique, virus scarl. filtrant.

« Cette hypothèse rendrait compte de tous les faits connus. Elle permet de comprendre tout d'abord l'ensemble des propriétés positives reconnues au strept. scarl., entre autres : sa présence habituelle; la reproduction expérimentale de la maladie par inoculation des cultures ; ces dernières renfermant, outre le strept., le virus filtrant spécifique; les résultats contradictoires des inoculations de filtrats de produits scarl., l'inoculation ne se montrant spécifique que chez les sujets porteurs de strept. ou sensibilisés à l'égard du germe. Elle explique, d'autre part, pourquoi des strept. étrangers à la scarl. peuvent présenter la plupart des propriétés des strept. scarl. sans cependant semer la maladie : c'est qu'ils ne sont pas, ou ne sont plus, associés au virus spécifique. Elle est enfin susceptible d'expliquer l'action du sérum ; il suffit d'admettre que dans les cultures successives le virus filtrant disparaît ou perd toute virulence; le sérum ne saurait, dès lors, agir que sur la part strept. de l'infection. »

Troisième rapport : MM. P. TEISSIER et F. COSTE (de Paris).

Physiopathologie de la scarlatine. — I. On ne peut étudier la physiopathologie de la scarl. sans envisager l'étiologie encore discutée de cette maladie. La THÉORIE STREPTOCOCCIQUE, rénovée par les Dick, jouit actuellement d'une grande faveur. Les rapporteurs présentent, dans une première partie de leur travail, l'*exposé critique* de cette théorie dont ils ont contrôlé eux-mêmes les principaux arguments sur lesquels elle se fonde.

A. Parmi les arguments *en faveur de la théorie streptococcique*, trois semblent particulièrement probants :

1° **Présence de strept. hémolytiques en abondance dans la gorge des scarl. dès les premiers jours de la maladie.**

2° Emission par ce strept. d'une « **toxine** » diffusible active, même à forte dilution, sur le *derme*, et douée du pouvoir de reproduire chez l'homme un *syndrome clinique très semblable à la scarl.* Pratiquement, ce pouvoir érythrogène se rencontre chez le seul strept. à l'exclusion des autres germes, ce qui assure à la toxine, parmi les produits d'origine microbienne et même les protéines en général, une place très spéciale, car on ne connaît point de substance de cette catégorie susceptible de reproduire ainsi à volonté une véritable scarl. expérimentale.

3° Préparation à l'aide de cette « toxine » d'un **sérum** qui, dans la scarl., particulièrement dans les formes toxiques et malignes, s'est montré d'une *efficacité thérapeutique* remarquable, et qui *éteint*, mieux qu'aucune autre substance organique connue, l'*exanthème scarlatin.*

Il semble donc logique de supposer que le strept. possède une *valeur étiologique primitive* dans l'apparition de la scarlatine — et que ses *produits solubles sont responsables du syndrome morbide initial* de la maladie, de même que l'envahissement septique de l'organisme par les corps microbiens ou les endoprotéines du strept. expliquera les complications ultérieures.

B. Par contre, d'autres données de la théorie américaine sont encore *insuffisamment démontrées*. Telles sont :

1° **La reproduction expérimentale de la scarl.** à l'aide du strept.;

2° **Le rôle exclusif du strept. dans la dissémination de la scarl.**;

3° **L'efficacité de la vaccination antiscarlatineuse** à l'aide de la toxine streptococcique qui se base sur l'inactivation de la réaction de Dick et sur des statistiques très encourageantes, mais qui ne paraissent pas à l'abri de toute critique.

C. Enfin, parmi les données sur lesquelles les premiers défenseurs de la théorie streptococcique s'étaient appuyés, il en est deux que l'on ne saurait aujourd'hui accepter sans de *sérieuses réserves* :

1° **La réaction de Dick** est une réaction imprécise et d'interprétation délicate. Sa valeur pratique comme test d'immunité est limitée, elle n'indique que des vraisemblances.

2° **La question de la spécificité du strept. scarl.** demande de nouvelles recherches. La *production par d'autres strept.*, en particulier le strept. érysipélateux, dans leurs cultures, de *principes diffusibles capables d'impressionner la peau* de la même façon que les filtrats de strept. scarl. et d'être même utilisés pour la réaction de Dick, semble avérée.

Ces principes voisins comprennent-ils plus spécialement la « toxine scarlatineuse », c'est-à-dire la substance capable de reproduire expérimentalement l'exanthème scarlatin.? Le fait n'est jusqu'ici nullement démontré, pas plus qu'il n'est certain que dans le filtrat de strept. scarl. les substances qui provoquent la réaction de Dick soient uniquement représentées par la toxine érythrogène.

Par l'*agglutination et d'autres épreuves*, on arrive à mettre en évidence une autonomie relative du strept. scarl. Mais comme il faut admettre comme probable l'existence d'un strept. scarlatin relativement différencié, malgré sa parenté certaine avec d'autres germes, le strept. érysipélateux en particulier.

Ces réserves précédentes ébranlent-elles la théorie streptococcique? Les rapporteurs insistent sur la nécessité de ne laisser à la réaction de Dick qu'une place secondaire parmi les éléments d'appréciation que l'on possède sur l'étiologie streptococcique. Ses infidélités ne sauraient permettre de conclure contre la théorie streptococcique. Quant à la spécificité du strept. scarlatin, ils pensent à une simple *spécialisation pathogène probable des strept. hémolytiques*, scarlatineux, érysipélateux, etc. Or, c'est l'affirmation de la spécificité du strept. scarl. toxigène qui a permis aux Dick d'imposer leurs vues. Seule elle permettrait de passer outre aux objections adressées de tout temps à la théorie streptococcique et qui visent avant tout l'aspect, si personnel, si autonome de la scarl. en regard des autres streptococcies. Un germe spécifique pouvait seule rendre compte, sans discussion, d'une maladie d'allure spécifique.

D. Quatre *objections à la théorie streptococcique* méritent, en effet, d'être discutées :

1. *Contraste entre l'allure spécifique, réglée, de la scarl. et le polymorphisme, l'irrégularité des diverses streptococcies.*

2. *Contraste entre la fréquence des complications streptococciques de toute sorte dans la scarl. et la rareté de la scarl. à la suite des diverses infections primitives à strept.*

3. *Contraste entre l'immunité scarl. et le caractère récidivant des infections streptococciques.* C'est l'objection capitale.

4. *Contraste entre la contagiosité et l'épidémicité de la scarl. et l'absence de ces caractères dans les streptococcies*, ce quatrième point paraissant le moins important.

Les rapporteurs montrent qu'en fait aucune des objections traditionnelles à la théorie streptococcique ne semble irréductible. Elles ont d'ailleurs un caractère très général, si imprécis qu'on peut épiloguer à perte de vue sur elles, sans arriver à rien de probant.

En réalité, le problème reste posé sur le terrain où les recherches de ces dernières années l'ont amené. *L'étiologie streptococcique est étayée par des arguments précis et concluants. Seuls demeurent obscurs certains points de physiopathologie* qui n'ont pas contribué à éclairer les recherches sur la réaction de Dick et la spécificité du strept.

On ne peut, semble-t-il, leur imaginer que deux explications qui sont examinés successivement par les rapporteurs.

II. La première explication est que le STREPT. N'EST PAS SEUL EN CAUSE ; UN VIRUS OU UN GERME INANIMÉ S'ASSOCIE A LUI. Mais aucun des virus figurés, périodiquement « décou-

verts », et incriminés, n'a résisté à la critique. On ne peut non plus retenir l'existence d'un virus filtrant, puisqu'il n'a pas été possible de reproduire, chez l'homme, la maladie par l'inoculation de produits scarlatineux filtrés, que rien de probant ne ressort de certains arguments indirects par lesquels on va étayer l'hypothèse du virus (réaction de fixation, phénomène d'agglutinabilité transmissible), etc.

III. La deuxième explication admet que LE STREPT. EST SEUL EN CAUSE, MAIS UNE PHYSIOLOGIE SPÉCIALE A LA TOXI-INFECTION STREPTOCOCCIQUE (et sans doute différente de celle qu'avaient imaginée les Dick) PERMET DE COMPRENDRE TOUTES LES ANOMALIES SIGNALÉES PLUS HAUT.

Les Dick assimilaient la scarlatine à la diphtérie : ce sont deux maladies à toxine. Mais il y a toxine et toxine. Certaines d'entre elles sont *primaires*, c'est-à-dire qu'elles agissent d'emblée sur l'organisme non préparé. A l'opposé, d'autres toxines dites *secondaires* (dont le type est la tuberculine), sont en réalité des allergines et n'agissent que sur terrain sensibilisé. Or, la substance soluble du strept. paraît l'apparenter aux toxines secondaires. Ses effets explosifs (l'érythème expérimental), sa thermostabilité, l'absence de nocivité pour l'animal sont à rapprocher de l'allure assez particulière de la scarl. elle-même : maladie brutale dans son apparition, précédée d'une incubation très courte, réduite parfois à vingt-quatre heures, et dans laquelle les divers éléments symptomatiques font penser à une analogie avec la maladie sérique. Rapprochement avec les éruptions scarlatiniformes dues à l'introduction des protéines étrangères; caractères comparables de la réaction de Dick avec la fausse réaction de Dick (de Groër), voilà autant d'arguments en faveur d'une théorie allergique ou anaphylactique de la toxi-infection streptoc. Elle explique les irrégularités de la réaction de Dick, l'apparition inattendue d'une maladie causée par un germe banal grâce à un terrain exceptionnel, l'immunité prolongée des nouveau-nés par l'absence de sensibilisation de leur organisme.

Trois objections graves peuvent être opposées à la théorie allergique : 1° Si la réaction de Dick est une réaction allergique, elle devrait devenir de plus en plus souvent positive avec l'âge. Elle ne devrait point rester chez les anciens scarl. négative plus souvent que chez les autres sujets. Une désensibilisation n'est que temporaire; 2° si la toxine scarl. est une toxine secondaire, une allergine, elle ne devrait pas immuniser; 3° une allergine ne saurait engendrer chez l'animal, à qui on l'injecte, une antitoxine. Or, en dépit de l'opinion de de Groër, l'authenticité de l'antitoxine scarl. est indiscutable.

En somme, *la toxine scarl., par certains de ses caractères s'apparente aux toxines secondaires* (théorie anaphylactique de Selma Meyer, de Groër), *et par d'autres, aux toxines primaires* (théorie américaine primitive).

Ne peut-on concevoir, entre les deux groupes de substances antigéniques, des faits de passage, des antigènes toxiques en partie par eux-mêmes, en partie grâce à une préparation, une sensibilisation de l'organisme? La substance soluble du strept. en serait un exemple. Dochez, Cooke, etc., ont montré que la substance érythrogène du strept. hémolytique agit successivement à titre d'allergine, puis de toxine. Elle mériterait qu'on la désigne, avec Dochez, du nom de toxallergine.

Les auteurs du rapport analysent dans ce détail les conséquences de la théorie toxallergique de Dochez, qui apporte une explication rationnelle de tous lss points demeurés jusque-là obscurs ou difficiles à concilier avec la théorie streptococcique. Elle aboutit à une synthèse cohérente et qui satisfait l'esprit.

Toutefois, elle conserve un caractère fortement hypothétique et ne s'appuie que sur des bases expérimentales assez étroites : en particulier la notion de toxallergine soluble est une véritable nouveauté en biologie microbienne. Non pas qu'on ne puisse trouver d'autres exemples de toxallergines : les endotoxines répondent sans doute à la même définition. Mais de substance réellement comparable au filtrat streptococcique, il n'en existe pas à proprement parler. Cela n'est point une raison pour écarter la théorie de Dochez. Parmi les produits endo- ou exo-cellulaires des bactéries, très peu ont été étudiés de façon aussi poussée que les toxines diphtérique tétanique ou la tuberculine, on se trouve sur un terrain à peine défriché. Il y aurait bien de l'imprudence à refuser d'accueillir la toxallergine streptococcique et ses propriétés un peu spéciales, au nom des lois générales de la biologie des infections, que rien n'autorise à édicter.

En résumé, *la théorie actuelle de Dochez, bien qu'hypothétique, ouvre peut-être la voie à une explication d'ensemble de la pathogénie et de la physio-pathologie de la scarl.*

On peut, dans le cadre de ces idées tenter d'ébaucher une physiopathologie des complications de la scarl., particulièrement du syndrome infectieux secondaire, envisagé comme un *conflit antigène-anticorps, intéressant non plus la toxine mais les endo-protéines streptococciques.*

Discussions sur la scarlatine.

Rickettesia et scarlatine. — M. ETIENNE (de Nancy) rappelle la conception de M. Vuillemin (de Nancy) pour qui la scarl. a un agent spécifique et constant, qui ne peut être les strept. des diverses espèces évoqués. Si ceux-ci transmettent la scarl. c'est comme porte-virus. Or le germe l'avère comme un virus filtrant capable d'être absorbé par des bactéries diverses. Vuillemin retient les corpuscules extrêmement fins observés par Cantacuzène, Da Christinia, Zlatagorof, Coronia et Mlle Sindoni et y reconnaît la forme « arthromicrobe » d'une rickettesia (*rickettesia scarlatinæ*), protozoaire de l'ordre des pseudo-bactéries dont la forme de fragmentation « arthromicrobe » nous est seule connue.

M. J. CHALIER (de Lyon) souligne que l'argument thérapeutique ne peut être invoqué actuellement dans la discussion de l'origine streptococcique de la scarlatine. A côté de succès retentissants, la sérothérapie antiscarlatineuse connaît des échecs notoires. Aux statistiques qui lui sont favorables, l'auteur oppose une statistique personnelle de 482 cas traités sans sérum, avec 6 décès seulement, soit 1,24 p. 100. Il précise les conditions rigoureuses sous lesquelles doit s'effectuer l'étude de cette sérothérapie, afin d'en reconnaître la véritable efficacité, et par suite d'en tirer des conclusions d'ordre pathogénique.

Communications sur la scarlatine.

La valeur de la vaccination antiscarlatineuse. — M. K. TODOROVITCH (de Belgrade). La vaccination antiscarlatineuse effectuée sur 893 sujets, soit par les toxines streptococciques pures, soit neutralisées avec le sérum, s'est montrée très efficace. Bien que ces vaccinés aient été exposés à l'infection, ils n'ont pas attrapé la scarlatine. La protection conférée par de petites doses de toxines ne dure que quelques mois. La vaccination a été beaucoup mieux supportée en utilisant la toxine neutralisée par le sérum antiscarlatineux que par la toxine pure.

Nos recherches et nos expériences dans la question du virus scarlatin. — M. K. TODOROVITCH (de Belgrade). A la base de ces expériences — injections aux sujets, n'ayant pas eu la scarlatine, de filtrats de mucosités pharyngiennes, de plasma sanguin et d'urines, prélevées à des malades scarlatineux, en pleine période d'état, — l'auteur arrive à la conclusion que la scarlatine n'est pas une maladie provoquée par un virus filtrant.

Il a constaté la présence de toxines dans le sang, et dans les sécrétions (urines, mucus pharyngien), qui pouvaient être neutralisées par le sérum antiscarlatineux curatif.

La persistance de la réaction de Dick, chez les sujets,

ayant eu la scarlatine, est conditionnée par l'hypersensibilité des convalescents vis-à-vis des endotoxines streptococciques.

La réaction d'immunité au cours des récidives et des rechutes dans la scarlatine. — M. BARDACH (d'Odessa).

Le traitement spécifique dans la scarlatine : antivirus-thérapie; sérothérapie. — M. BARDACH (d'Odessa).

L'étude comparative sur la titration de l'antitoxine scarlatineuse (par la méthode de Dick et par la réaction de Schulz-Charlton). — M. JAROSLAV PROCHAZKA (de Prague). — La réaction de Schulz-Charlton peut être employée pour la titration du sérum antiscarlatineux. Ces résultats sont presque analogues aux résultats obtenus par la méthode de Dick (méthode de neutralisation). La dégradation impeccable des réactions selon la dilution réussit avec les sérums naturels. Avec les sérums concentrés on ne constate plus cette régularité. Avec les sérums concentrés l'extinction ne persiste aussi longtemps, qu'avec le sérum naturel. Pour obtenir la titration exacte il faut employer au moins trois sérums standard de valeur différente.

Recherches relatives au sang des scarlatineux : sur la valeur de la formule leucocytaire et notamment de l'éosinophilie dans la scarlatine régulière. — M. J. CHALIER et Mlle PALLOT (de Lyon) établissent les conclusions suivantes par l'étude de 32 cas de scarlatine régulière et de 7 cas d'érythème scarlatiniforme au cours de la diphtérie, ayant donné un total de plus de 450 examens des éléments figurés du sang.

1° La *leucocytose* est constante, en moyenne de 12 à 18.000.

2° La *polynucléose neutrophile* est initiale, transitoire et modeste. La diminution initiale des éléments mononucléaires porte uniquement sur les lymphocytes, les moyens mononucléaires étant au taux normal ou en surnombre.

3° L'*éosinophilie* est certaine, de 6 à 10 p. 100 en moyenne, persistante pendant vingt-cinq jours au moins.

Elle peut aider au diagnostic entre la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes sériques de la diphtérie où l'éosinophilie est inconstante, moins accusée, et très transitoire.

L'éosinophilie persiste dans les associations d'autres maladies à la scarlatine.

DEUXIÈME QUESTION

L'HYPOTENSION ARTÉRIELLE

I, L'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique.

Rapporteur : MM. C. LIAN et A. BLONDEL (de Paris).

Après un HISTORIQUE des principaux travaux consacrés à l'hypotension artérielle, les rapporteurs définissent *hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique* un syndrome essentiellement clinique, qu'ils ont déjà décrit en 1927 et dont ils ont depuis poursuivi l'étude, ce qui leur a permis d'étendre notamment le domaine des connaissances pathogéniques et de déterminer, en particulier, le sens des perturbations neuro-végétatives jusqu'alors restées imprécises.

I. Etude clinique. — Le SYNDROME est constitué par quatre grands symptômes :

1. *L'abaissement permanent de la tension artérielle* maxima et minima, en général Mx 10,5, Mn 5 à 6 avec la méthode auscultatoire; l'indice oscillométrique est faible dans 1/3 des cas, moyen dans 1/3 des cas, fort dans 1/3 des cas.

2. La *fatigabilité* restreint l'activité que le sujet aimerait à déployer, la situation debout épuise l'hypotendu qui a besoin de longues nuits de sommeil. Toutefois, beaucoup d'hypotendus permanents triomphent de leur fatigabilité et fournissent une carrière très active.

3. La tendance aux *éblouissements*, aux *lipothymies*, aux *syncopes* est habituelle.

4. L'*acrocyanose*. Les extrémités sont un peu froides, légèrement ou fortement violacées, plus rarement infiltrées. La frilosité est toujours assez accentuée.

On peut décrire une série de FORMES CLINIQUES, soit qu'un des symptômes principaux monopolise l'attention en raison de son intensité (f. *asthénique, syncopale, acrocyanotique*), soit du fait de l'importance prise par un symptôme anormal [f. *céphalalgique, rénale*] albuminurie orthostatique, soit que l'hypotension soit un symptôme isolé (f. *latente*). Il existe une f. *orthostatique*. Enfin sur une hypotension permanente peuvent se greffer des *poussées hypotensives*. L'hypotension est dans certains cas *purement paroxystique*.

Il n'est pas rare que l'aerogastrocolie, la constipation, la viscéroptose coexistent avec l'hypotension artérielle permanente; elles sont alors, comme l'hypotension, l'expression d'une sorte de dystonie musculaire générale.

Les COMPLICATIONS sont représentées par *l'insuffisance cardiaque* et *l'état de shock*. On peut observer une insuffisance cardiaque légère ou moyenne. Il faut d'importants facteurs étiologiques surajoutés pour que survienne une grande insuffisance cardiaque. Les hypotendus présentent une prédisposition à l'état de shock, toutefois elle n'est pas aussi accentuée qu'on pourrait le croire car leur excitabilité vaso-motrice est très diminuée.

II. Pathogénie et étiologie. — Les rapporteurs ont fait une étude minutieuse des perturbations humorales et sympathiques des hypotendus.

Du point de vue HUMORAL, ils ont noté une légère élévation de l'ion K et une légère diminution de l'ion Ca, le métabolisme est normal ou abaissé, l'équilibre acido-basique reste sensiblement normal, la glycémie, la cholestérinémie sont normales ou diminuées. Ces diverses données s'opposent bien aux notions actuellement connues sur l'état humoral des hypertendus. A ces troubles s'ajoutent probablement une hypo-adrénalinémie, mais, à l'insuffisance surrénale se joignent vraisemblablement d'autres modifications du fonctionnement des diverses glandes et du métabolisme cellulaire dans tout l'organisme.

Dans l'étude du SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF, les rapporteurs insistent sur la nécessité de faire porter les investigations tout spécialement sur l'organe qui est le siège principal de l'affection dont on veut établir l'origine neuro-végétative. Ils ont ainsi étudié, en deux chapitres distincts, les réactions neuro-végétatives vasculaires, et les réactions neuro-végétatives cardiaques. Pour l'exploration vasculaire, ils ont employé la pléthysmographie dont les données dépassent beaucoup en netteté les résultats un peu flous de l'oscillométrie. Les réactions étaient provoquées par la compression oculaire, la compression sino-auriculaire l'influence d'une inspiration profonde et d'une contraction musculaire, l'application d'eau chaude et d'eau froide, injection intraveineuse de chlorhydrate d'adrénaline.

Seules, les réactions vasculaires ont été très franches, très tranchées, en opposition complète avec celles des hypertendus permanents. Au contraire, les réactions neuro-végétatives cardiaques ont été minimes, vagues, et se sont révélées sensiblement les mêmes chez les hypo et chez les hypertendus. *Dans l'hypertension il y a une hyperexcitabilité du sympathique vasculaire, et dans l'hypotension une grande hypo-excitabilité du sympathique vasculaire.*

Les rapporteurs concluent que l'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique est l'expression d'une *double perturbation : hypotonie artérielle et diminution modérée de l'activité cardiaque.* Ils défendent, en effet, cette conception originale que « dans les syndromes tensionnels permanents... les perturbations du métabolisme cellulaire et du système

nerveux végétatif agissent *directement* à la fois sur les vaisseaux et sur le cœur. »

Le trouble cardio-vasculaire est sous la dépendance d'une *diminution d'activité ou hypotonie du métasympathique cardio-artériel*, c'est-à-dire des éléments nerveux végétatifs situés dans l'épaisseur des parois du cœur et des artères. Il s'y ajoute probablement une *diminution d'activité des centres et nerfs vaso-moteurs du système grand sympathique*.

Les *perturbations humorales* déjà mentionnées constituent avec les troubles neuro-végétatifs les deux grands mécanismes qui, placés sous la dépendance d'une cause connue (facteur étiologique constitutionnel ou acquis), commande les divers symptômes dont la réunion réalise le syndrome de l'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique.

Deux sortes de liens unissent entre eux les quatre grands éléments du syndrome. Pour une part, le degré de l'hypotension commande les trois autres, qui sont d'autant plus accentués qu'elle est elle-même plus marquée. Pour une autre part, ils dépendent directement tous quatre des modifications globales de l'organisme dont le syndrome est l'expression la plus tangible. Il en est de même d'ailleurs dans le syndrome de l'hypertension artérielle.

L'ÉTIOLOGIE est tout à fait obscure. Le syndrome d'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique s'observe surtout chez les adolescents et les jeunes adultes. Il est probablement constitutionnel dans beaucoup de cas.

III. Diagnostic, pronostic et traitement. — Le DIAGNOSTIC est très facile. Toutefois si l'on ne connaît pas ce syndrome on risque de prendre l'hypotendu permanent pour un *névropathe ou un hypocondriaque*. ou pour un *tuberculeux*; ou l'on croit à un *rétrécissement mitral*. Lian rappelle à ce propos ses recherches montrant l'avantage de l'auscultation en decubitus latéral gauche, l'importance des électrocardiogrammes, et l'intérêt qu'il y a de bien connaître le phénomène du troisième bruit du cœur. En outre, des travaux sur les artérites des membres supérieurs invitent à pratiquer l'auscultation de la sous-clavière, et à mesurer la P. A. aux deux membres supérieurs, sinon on pourrait prendre pour un hypotendu un sujet dont la pression générale est élevée, mais qui présente une *artérite sténosante des membres supérieurs*.

Les remarques cliniques ainsi que les statistiques des Compagnies d'assurances sur la vie montrent la BÉNIGNITÉ DU SYNDROME. La mort y survient plus tard que chez les sujets ayant une P. A. normale.

Les PRESCRIPTIONS les plus habituellement efficaces sont le *sulfate de strychnine*, les *injections sous-cutanées d'oxygène*, *l'éphrédine* et *l'opothérapie* (surrénale, ovarienne, thyroïdienne). Le *chlorhydrate d'adrénaline* (voie intramusculaire, exceptionnellement intraveineuse ou intracardiaque) est le médicament de choix pour les crises hypotensives.

II. Les hypotensions aiguës et subaiguës.

Rapporteur : M. A. DUMAS (de Lyon).

Le rapporteur souligne tout d'abord : 1° la complexité de la question; 2° la différence qui sépare les hypotensions aiguës des hypotensions chroniques.

1° La *question est complexe* parce que, prise à la lettre, elle peut englober toute la pathologie; depuis l'infarctus du myocarde jusqu'à la syncope émotive en passant par la crise infectieuse palustre, l'insuffisance surrénale aiguë, l'hémorragie gastro-intestinale, etc. Il importe de faire la discrimination entre les hypotensions aiguës et subaiguës dont l'importance n'est que secondaire et relative, et celles, au contraire, dont l'intérêt est de premier ordre parce qu'elles dominent la scène clinique et orientent le diagnostic.

2. Les *hypotensions aiguës diffèrent essentiellement des hypotensions chroniques*, non seulement au point de vue clinique, mais pathogénique : les hypotensions chroniques relèvent d'un *état d'adaptation de l'appareil régulateur de la tension sanguine*, selon la conception de Bard, à des besoins tensionnels restreints de la part de l'organisme; les hypotensions aiguës à un *dérèglement de l'appareil régulateur de la tension*; il y a défaut et même parfois véritable panne d'exécution.

I. Etude générale. — Les déficits tensionnels pourront ainsi tenir : soit à des *troubles périphériques d'origine vasculaire*, soit à des *troubles du fonctionnement du cœur*. Suit une CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE où le rapporteur envisage les variétés les plus disparates d'hypotension qui peuvent être rencontrées en clinique : 1° d'*origine cardiaque*, et, parmi elles, hypotension par arrêt du cœur, par troubles rythmiques, par troubles de contractivité, par insuffisance ventriculaire gauche; 2° d'*origine vasculaire* : fuites sanguines et déperditions séreuses, états de choc, collapsus des maladies infectieuses, hypotonie artérielle transitoire; 3° d'*origine nerveuse*; 4° d'*origine endocrinienne*.

Le MÉCANISME PATHOGÉNIQUE résume les conditions susceptibles d'empêcher l'appareil régulateur d'exercer son rôle avec efficacité : *brusquerie et intensité de la cause*, *brusque déficit d'une fonction de compensation*, *impossibilité où se trouvera le département cardio-vasculaire sollicité de répondre à cette sollicitation*, *défaut de fonctionnement de l'appareil régulateur* ou *défaut de coordination de ses réflexes*, *action simultanée d'une même cause sur plusieurs des fonctions cardio-vasculaires*. Toutes causes qui se ramènent au mécanisme pathogénique suivant : *syndrome de laxité* intéressant le contenant, c'est-à-dire la paroi artérielle en état d'hypotonie; *syndrome de vacuité* intéressant le contenu c'est-à-dire le sang perdu par hémorragie ou perte séreuse.

L'étude des DONNÉES EXPÉRIMENTALES envisage le *choc expérimental* ainsi que la réalisation expérimentale de l'*anévrisme artério-veineux* particulièrement intéressant pour la mise en évidence des *réactions cardiaques de compensation* auxquelles il peut donner lieu.

II. Etude séméiologique. — 1. Au point de vue symptomatique, le rapporteur envisage :

a. Des TROUBLES A MANIFESTATIONS EXTRA-CIRCULATOIRES intéressant le *système nerveux central* pour donner lieu à des étourdissements, des vertiges, des syncopes, des convulsions, le coma, ou, dans d'autres conditions, s'en tenir à des troubles psychiques. D'autres manifestations se passent dans le domaine des *organes des sens* pour provoquer des accidents oculaires ou auditifs. Une courte description est faite de la « *dépression neuro-tensionnelle* », avec affaiblissement simultané de la réflectivité et de l'état tensionnel au *cours des maladies infectieuses* et qui comporte un pronostic fâcheux.

b. Des manifestations s'exerçant dans le domaine de l'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE. L'ensemble des troubles cardiaques entrent dans la composition du *syndrome d'angio-hypotonie de Ferranini, d'hypotonie artérielle primitive de Dumas :* tachycardie, arythmies diverses, bruit de galop, dilatation du cœur, hypertrophie du cœur. Comme l'hypertension, l'hypotension est capable de troubler le fonctionnement cardiaque en raison de l'effort de compensation que les troubles de la circulation périphérique imposent au cœur. Il s'agit ici plutôt d'*insuffisance tensionnelle*, les réactions cardiaques pouvant dissimuler, jusqu'à un certain point, l'hypotension.

Les SYMPTÔMES VASCULAIRES font l'objet d'un sous-chapitre où sont étudiées les modifications d'amplitude du pouls; les caractères particuliers du pouls d'hypotension, la circulation veineuse.

2. On peut décrire des VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES des

hypotensions aiguës et subaiguës : formes syncopales, vertigineuses, psychiques, convulsives, douloureuses, digestives, dyspnéiques, cardiaques.

III. **Etude clinique.** — Au cours des MALADIES INFECTIEUSES, et en particulier de la *fièvre typhoïde*, il importe de connaître les courbes tensionnelles normales pour en apprécier utilement les variations. Crises hypotensives avec collapsus, exagération simple de l'habituelle hypotension, voire crises hypertensives demandent à être appréciées et interprétées au point de vue du pronostic. Au cours de la *pneumonie*, il existe également une hypotension dont la valeur clinique peut avoir une haute importance, notamment chez les vieillards et chez les hypertendus préalables. Les *hypotensions de la convalescence* sont également envisagées.

Les hypotensions aiguës et subaiguës sont ensuite envisagées au cours des AFFECTIONS CARDIAQUES : *insuffisance cardiaque, trouble du rythme* (dissociation auriculo-ventriculaire en particulier), *insuffisance ventriculaire gauche, infarctus du myocarde*.

Au cours des MALADIES DU FOIE, au cours des maladies du TUBE DIGESTIF (sténoses cancéreuses), au cours des AFFECTIONS HYDROPIGÈNES, l'hypotension peut également se rencontrer dans diverses conditions.

Dans les MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX l'hypotension artérielle est décrite dans les cas d'*hémorragie cérébrale*, à la suite des *brusques décompressions cérébrales* ou de la *ponction lombaire*, au cours du *tabes* où Dumas avait signalé, dans une étude antérieure, l'*incoordination tensionnelle*.

L'hypotension est ensuite étudiée au cours des CRISES SYMPATHIQUES et des ÉTATS DE CHOC avérés (choc anaphylactique expérimental) ou dissimulés (blessés de guerre, anaphylaxie alimentaire, asthmatiques). On peut en rapprocher certaines syncopes émotives de jeunes sujets vagotoniques, et la crise hypotensive du mal de mer.

Les hypotensions aiguës et subaiguës d'ORIGINE ENDOCRINIENNE comprennent le syndrome d'*insuffisance surrénale* décrit par Sergent et L. Bernard. Certains *syndromes polyglandulaires* peuvent aussi comporter des états d'hypotension, tels sont les troubles circulatoires de la ménopause et ceux de la puberté.

L'INVOLUTION tensionnelle et l'insuffisance tensionnelle ont été individualisées par le rapporteur. L'INVOLUTION TENSIONNELLE n'est autre que l'affaiblissement progressif de la P. A. chez d'anciens hypertendus dont l'hypertension avait été jusqu'alors bien supportée, et dont les troubles fonctionnels et organiques coïncident avec cet abaissement de la tension et lui sont proportionnels.

L'INSUFFISANCE TENSIONNELLE groupe les états d'hypotension périphérique tels que l'hypotonie artérielle primitive susceptible de provoquer des troubles cardiaques ou même des états de subasystolie d'origine périphérique.

IV. **Diagnostic et traitement.** — Il importe de distinguer clairement les hypotensions d'origine périphérique, c'est-à-dire vasculaires, des hypotensions d'origine centrale, c'est-à-dire cardiaque. Le pronostic et le traitement diffèrent, en effet, dans chacun de ces cas. Si la digitale et les TONI-CARDIAQUES sont indiqués dans le premier, ils demeurent inefficaces dans le second, et, en présence d'une hypotension avec réaction cardiaque de compensation au cours d'une hypotonie artérielle primitive, il faudra savoir substituer, à la digitaline inefficace, la MÉDICATION VASO-CONSTRICTIVE basée sur la strychnine, l'ergotine, la balnéation froide, les toniques de toutes sortes, et, quand on aura pu rapporter cette hypotension à une insuffisance des glandes vasculaires sanguines, on adjoindra très utilement l'ADRÉNALINE ou les EXTRAITS TOTAUX DE GLANDES SURRÉNALES. On y ajoutera des extraits de corps thyroïde ou de glandes génitales quand il s'agira de syndromes glandulaires.

III. L'hypotension artérielle dans les maladies chroniques.

Rapporteur : G. GIRAUD (de Montpellier).

I. Parmi les hypotensions artérielles des maladies chroniques, envisagées du point de vue pathogénique, les unes sont commandées par le milieu humoral selon la conception de Bard; elles sont le résultat d'une *adaptation des organes tenseurs* qui se sont réglées à un niveau plus bas; elles sont équilibrées; les autres sont le fait d'un *déséquilibre des organes dont la synergie est nécessaire pour le maintien de cette tension*. Les hypot. du premier groupe sont en général totales, et portent à la fois sur la tension systolique et sur la tension diastolique. Les hypot. du deuxième groupe peuvent être *totales* mais aussi très souvent *dissociées* : l'hypot. peut être surtout ou exclusivement *systolique*; elle peut être purement *diastolique*; ces dissociations relèvent d'autant de circonstances circulatoires anormales. Il est enfin des hypot. *régionales* qui relèvent de causes immédiates, mécaniques ou vaso-motrices. Un chapitre de généralités sur les principaux systèmes organiques dont la disjonction est de nature à entraîner la chute de la P. A. et sur le mécanisme cardio-vasculaire et centro-humorale de l'hypot. au cours des maladies chroniques, un grand tableau synoptique précisent ces différents points.

II. De l'**étude clinique** très complète que fait le rapporteur des hypotensions rencontrées au cours des maladies chroniques et qui embrasse toute la pathologie générale, nous ne pouvons retenir ici que les conclusions les plus importantes.

Au cours des AFFECTIONS CHRONIQUES DU CŒUR (lésions ou troubles fonctionnels), les insuffisances tensionnelles sont fréquemment observées. Elles atteignent tantôt isolément la tension systolique, ou la tension diastolique, tantôt la tension globale. Mais des influences périphériques viennent très fréquemment transformer le tableau clinique.

Les insuffisances relèvent : 1. tantôt d'un *trouble de l'hydraulique circulatoire* indépendant de l'énergie du moteur cardiaque : *a*. Allongement des diastoles par ralentissement du rythme, d'où baisse tensionnelle diastolique profonde, parce que prolongée; *b*. lésion anatomique créant : soit une fuite diastolique anormale et prématurée (insuffisance aortique); soit une diminution volumétrique de l'onde systolique (rétrécissement aortique); 2. tantôt d'un *affaiblissement de l'énergie du moteur* lui-même, par asystolie partielle ou peut-être hyposystolie totale de ses fibres contractiles. Ces divers mécanismes peuvent s'associer.

L'*hypot. est moins fréquente qu'on ne pourrait le prévoir théoriquement*; elle peut être, en effet, *compensée* : 1° par des adaptations cardiaques et des hypertrophies compensatrices concentriques, renforçatrices de la systole, ou excentriques, renforçatrices de la diastole; 2° par des réactions des vaisseaux et du « cœur périphérique ». C'est ainsi que le trouble hydraulique engendré par un très grand nombre de troubles du rythme et de lésions valvulaires peut être corrigé par ailleurs et ne pas déprimer la P. A.

L'hypodynamie cardiaque et l'hypotonie périphérique relevant d'une même origine humorale ou nerveuse peuvent s'associer pour créer de l'hypotension.

Les états hypotensifs les plus constants et les plus caractéristiques qu'on observe au cours des affections cardiaques chroniques sont :

1. L'*insuffisance systolique* (*absolue ou relative*) *des états d'insuffisance myocardique*, qui s'accompagnent dans la majorité des cas d'un relèvement relatif de la tension diastolique, beaucoup plus rarement d'une hypot. globale; 2. l'*insuffisance tensionnelle globale de certaines lésions valvulaires* (certains rétrécissements aortiques ou mitraux, rétrécissement

mitral et insuffisance aortique associés), avant la hausse minimale de la décompensation; 3. l'*hypotension globale des hypodynamiques cardiaques primitifs* qui sont souvent des hypot. à allure idiopathique et celle des sujets porteurs de *malformations congénitales* du cœur qui sont souvent des hypotrophiques; 4. la *chute tensionnelle globale momentanée des extrasystoles massées*; 5. l'*hypotension diastolique des bradycardies* (pseudo-hypotension de Gallavardin), et surtout de l'*insuffisance aortique*.

Maladies chroniques des vaisseaux. — Les artères exercent une influence capitale sur la création et le maintien de la pression sanguine, surtout diastolique; elles doivent cette influence à leur fonction musculaire (vaso-motricité et tonus des moyennes et petites artères) et à leur fonction élastique (grosses artères). Les états hypotensifs dans ces affections des vaisseaux sont généralisés ou localisés :

1. Les *hypot. systoliques ou totales généralisées* paraissent relever surtout de l'*hyperméabilité* (souvent assez hypothétique à l'état chronique) de certains grands territoires artériels (circulation abdominale) qui attirent par vaso-dilatation une trop grande masse de sang au détriment du reste de la circulation; de l'*hypotonie artérielle généralisée* (hypotonie primitive, involution tensionnelle des hypertendus); parfois de troubles de la circulation pulmonaire ou veineuse;

2. L'*hypot. diastolique généralisée* relève de l'*athérome* étendu qui tend à créer, par transmission plus facile des variations de pression d'origine cardiaque, un régime d'hypot. diastolique et d'hypert. systolique, et surtout de l'*anévrisme artério-veineux* qui réalise une fuite directe de l'arbre artériel et un court-circuit.

Les réactions cardiaques modifient les physionomies clinique et tensionnelle des malades.

3. Les *syndromes régionaux ou locaux d'hypot.* résultent de troubles fonctionnels ou beaucoup plus souvent de lésions artérielles (sténoses, oblitérations, anévrisme artério-veineux, claudication intermittente).

Les syndromes hypot. d'origine artérielle sont parfois primitifs (en apparence); le plus souvent ils apparaissent au cours des affections des divers systèmes organiques ou des toxi-infections générales qui ne sont hypotensives que parce qu'elles ont déterminé les réactions cardio-vasculaires créatrices de l'hypotension.

Dans les chapitres suivants sont passés en revue les différentes parties de la pathologie en rapport avec l'hypot. artérielle chronique. De la masse des faits émergent quelques affections dont la physionomie hypotensive s'accuse en clinique avec netteté : LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX (syndromes totaux et dimidiés) et DÉPRESSION PSYCHASTHÉNIQUE; SYNDROME D'ADDISON; ASTHME; INSUFFISANCES ALIMENTAIRES; CIRRHOSES DU FOIE; TUBERCULOSE PULMONAIRE et MALADIES INFECTIEUSES PROLONGÉES; CANCER; d'autres encore auxquelles il faut ajouter toutes les CACHEXIES, de quelque nature qu'elles soient.

L'hypot. des maladies chroniques résulte donc :

a. Soit de *lésions grossières troublant mécaniquement le fonctionnement des organes immédiatement actifs sur la pression du sang* (lésions cardiaques et vasculaires de tous ordres; pertes de liquides humoraux); *b.* soit de *troubles fonctionnels cardiaques ou artério-capillaires régis eux-mêmes par la méiopragie du système nerveux de la vie végétative, central et périphérique, doué d'actions antagonistes, et du système endocrinien sécréteur d'hormones*; systèmes dont le fonctionnement est étroitement lié et qui retentissent l'un sur l'autre, le premier paraissant conserver l'initiative.

Le *système nerveux végétatif et le système endocrinien* engendrent, par l'intermédiaire des vaisseaux ou du cœur, l'hypot. artérielle : *a.* soit parce qu'ils sont eux-mêmes *lésés directement* d'une façon grossière; *b.* soit parce qu'ils sont *troublés ou stimulés ou inhibés dans leur fonctionnement par des actions réflexes* (sensitives ou autres), *physiques, chimiques, hormonales, toxiques* (poisons microbiens, poisons d'origine alimentaire ou digestive, poisons tissulaires et protéiniques, parmi lesquels l'histamine, dilatatrice des capillaires, et les corps voisins de cette base, paraissent tenir une place importante); ou par une *insuffisance simple de la nutrition*. L'hypot. va souvent de pair avec la dépression nerveuse ou générale, avec la dénutrition et l'affaiblissement de toutes les fonctions; ce qui a permis de mettre en doute la spécificité de l'influence hypotensive de certaines maladies, qui dépriment en même temps la tension et l'état général et sont génératrices de cachexie (tuberculose pulmonaire, syndrome d'Addison, etc.).

Dans ces deux cas l'hypot. dérive d'un *déséquilibre endocrino-sympathique*.

Il n'est pas impossible qu'on puisse envisager avec Bard un autre mécanisme hypotenseur (encore hypothétique), qui serait *exclusif d'un déséquilibre vrai :* celui de l'adaptation simple des organes tenseurs aux exigences sensionnelles diminuées, à cette formule métabolique nouvelle, essentielle ou acquise, encore indéfinie, indiquée déjà au début de cette analyse et qui serait celle du *terrain humoral de l'hypotension*.

Discussion sur les sujets traités dans les rapports sur l'hypotension.

Sur la thérapeutique de l'hypotension. — M. LIBENSKY (de Prague). L'auteur préconise l'euphylline dans le traitement de l'hypotension, en particulier comme préventif dans les jours qui précèdent une intervention chirurgicale.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) félicite les rapporteurs et les critique successivement.

1. A MM. LIAN et BLONDEL, il rappelle que le type clinique d'hypotension artérielle permanente d'origine endocrino-sympathique qu'il a décrit sous le nom d'*endocrinonévrose hypotensive* et dont l'observation princeps date de 1908, s'insère naturellement comme une forme clinique bien individualisée dans le schéma général de l'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique.

Il complète ensuite la définition du *méta-sympathique*, qui n'est pas seulement caractérisé anatomiquement par sa situation périphérique locale intra-murale, mais aussi et surtout physiologiquement. Faisant sienne la conception de Kraus, précisée par Zondeck, M. Laignel-Lavastine fait du méta-sympathique un complexe neuro-humoral et plus précisément cellulo-ionique. L'action élective des hormones circulantes ne se produit qu'à la faveur d'une composition adéquate du milieu local : pH équilibre K et Ca en particulier. Leurs variations sont nettement liées à l'état nerveux végétatif, comme M. Laignel-Lavastine l'a montré avec M. Largeau chez les anxieux et avec M. Vincent, dans l'hémiparkinsonisme où du côté malade le pH sanguin est augmenté et le Ca diminué. Cette conception physico-chimique du méta-sympathique éclaire les cas nombreux de l'acropathologie inexplicables par les théories courantes.

2. A propos du rapport de M. DUMAS, M. Laignel-Lavastine rapporte des observations d'*atrophie des nerfs optiques par ischémie* et d'*involution tensionnelle*.

3. Avec M. GIRAUD, M. Laignel-Lavastine insiste sur la fréquence chez les hypotendus permanents de l'*hyper-excitabilité vagale*, de la frilosité post-prandiale et des symptômes endocrino-sympathiques.

Il conclut que de ces trois rapports ressort l'importance du facteur sympathique dans le mécanisme de l'hypotension artérielle. Parmi les hypotensions artérielles, certaines sont d'origine sympathique. Elles méritent donc une place, plus grande qu'elle n'a été faite jusqu'à présent, dans les *syndromes sympathiques circulatoires*.

M. C. JIMENEZ DIAZ (de Madrid) fait allusion aux descrip-

tions qui ont été faites sur l'hypotension chronique depuis l'année 1904 et il insiste sur le fait qu'il s'agit là d'un état constitutionnel dans lequel ce qu'il y a d'essentiel, c'est l'hypotonie qui se manifeste dans les divers organes. L'hypotension n'est autre chose qu'un symptôme artériel de cette hypotonie; d'autres phénomènes vasculaires (évanouissements, réaction ortostatique, etc.) traduisent les défauts d'accommodation du ton vasculaire. Il insiste aussi sur l'importance des manifestations cardiaques de l'hypotonie et de leur signification diagnostique des manifestations digestives, psychiques, etc. Etant donné que l'hypotension est un symptôme, elle peut manquer dans ce syndrome, de là qu'à proprement parler il vaut mieux la dénommer « hypotonie habituelle » ou « status hypotonicus ».

M. ETIENNE (de Nancy) insiste sur la fréquence de l'hypotension constitutionnelle. Il attire encore l'attention sur l'hypotension des *insuffisants hépatiques*, l'*hypotension de fatigue*, et parmi les formes aiguës sur les crises hypotensives qui surviennent au cours, au décours et à la convalescence des parathyphoïdes et après les interventions chirurgicales.

M. M. ROCH (de Genève) a observé pendant deux ans et demi une jeune fille extraordinairement hypotendue : mx=6, mn=4. Cette malade avait de volumineux œdèmes sans aucun autre indice d'insuffisance cardiaque. Ce cas très instructif montre d'une part que l'hypotension, si accusée soit-elle, ne suffit pas, à elle seule, à provoquer l'asystolie; d'autre part que l'hypotension dite idiopathique doit être considérée comme une adaptation de l'organisme à une perméabilité des endothéliums vasculaires, cette perméabilité exagérée expliquant fort bien l'anarsaque.

M. FERRANNINI (de Naples) revient sur la description de l'angiohypotonie constitutionnelle, maladie de tout l'organisme qu'il a décrite en 1903.

M. LUISADA (de Padoue). Le rapporteur trouve rarement une réduction notable de la pression différentielle parce qu'il étudie surtout la pression au bras et non à l'avant-bras. Il croit que l'hypotension idiopathique se trouve comme fait constitutionnel en des sujets souffrant de dysfonctions endocriniennes différentes; c'est pourquoi on ne peut trop schématiser et donner un seul tableau clinique de cette forme. Il trouve rarement soit la bradycardie, soit l'augmentation de l'indice oscillométrique, ce fait qu'il croit très rare un vrai syndrome d'hypotonie artérielle avec dilatation des vaisseaux. Il rappelle la loi du cœur pour laquelle, quand diminue l'afflux au cœur, la tension maxima et la minima s'abaissent dans l'aorte. Il explique l'hypotension du choc par une diminution de l'afflux sanguin au cœur du fait d'un blocage du sang, d'un côté dans le foie et dans le territoire de la veine porte, de l'autre côté dans le poumon par contraction des veinules. Il cite des cas cliniques qui permettent d'appliquer à l'homme les études expérimentales. Il rappelle l'autre loi du cœur selon laquelle le travail et le volume cardiaque diminuent quand la tension s'abaisse dans l'aorte par cause périphérique. Il n'admet donc pas la dilatation et l'hypertrophie cardiaque secondaires des hypotendus. Il parle de la fonction active des artères et il dit qu'il peut donner des preuves expérimentales de cette fonction dynamique auxiliaire par des courbes électriques recueillies directement sur les artères, de véritables électro-angio-grammes.

L'insuffisance cardiaque et l'hypotension. — M. A. DUMAS Quand l'hypotension a pour cause une déperdition tensionnelle périphérique (hémorragies, hypotonie, états de choc subaigus, anévrismes artério-veineux, etc.) elle est susceptible de provoquer des réactions cardiaques qui peuvent aller jusqu'à l'asystolie avec dilatation du cœur et quelquefois hypertrophie. Dumas rappelle qu'il a étudié au XVIIIe Congrès français de médecine de Nancy, en 1925, le retentissement cardiaque de l'hypotonie artérielle et que depuis il a donné diverses publications sur le même sujet qu'il a groupées, en 1928, sous le nom d' « insuffisance tensionnelle ». Il reconnaît que Ferrannini, de Naples, avait décrit, sans qu'il en eût connaissance, en 1903, le syndrome d'angio-hypotonie constitutionnelle au cours duquel cet auteur avait observé des réactions cardiaques du même ordre. Ce recoupement est en faveur de la réalité des faits observés à vingt-cinq ans de distance par des auteurs qui n'avaient pu se concerter. Mais les observations de Ferrannini sont relatives à des cas d'hypotension chroniques, les observations de Dumas se rapportent, plus particulièrement, à des cas d'hypotention subaiguë au cours desquelles les réactions cardiaques sont encore plus nettes. Pourtant Dumas se défend de généraliser sa conception à tous les cas de gros cœur primitif et reconnaît qu'un simple trouble fonctionnel est incapable de provoquer des désordres organique d'une telle importance.

M. LIAN résume ce qui vient d'être dit au cours de la discussion et constate que tout le monde est d'accord sur l'existence d'une hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique telle qu'il l'a décrite.

Communications sur l'hypotension.

L'hypotension chez le vieillard. — M. TURLAIX (d'Angers).

L'hypotension artérielle et les ptoses viscérales. — M. Roger GLÉNARD (de Vichy). Il y a de nombreux traits communs d'étiologie, de pathogénie, de symptomatologie, d'évolution et de traitement entre les deux syndromes fonctionnels d'hypotension artérielle et de ptoses viscérales.

Leur coexistence est extrêmement fréquente et ils réagissent l'un sur l'autre défavorablement.

Les ptoses viscérales peuvent se rencontrer sans hypotension artérielle et cependant réaliser un tableau clinique bien rapproché de celui de l'hypotension artérielle permanente idiopathique le plus pure. Cette dernière peut exister, par contre, très marquée, chez des hommes extrêmement vigoureux, sans provoquer chez eux la moindre apparence de trouble particulier.

Dans les cas d'hypotension artérielle permanente, il conviendra donc toujours de rechercher s'il n'y a pas coexistence de ptoses viscérales, le traitement de ces dernières, surtout par la sangle et les cures hydro-minérales, donnant généralement, dans les cas positifs, le meilleur résultat d'ensemble.

Les thromboses et embolies chez les hypotoniques. La valeur de la vitesse du courant sanguin déterminée par une nouvelle méthode, la kathesine. — M. le professeur PRUSIK (de Prague). Parmi 2.593 cas du département cardiologique de la clinique, il s'est trouvé 520 cas d'hypotension artérielle (= 12,3 p. 100). L'hypotension artérielle s'est montrée comme un signe défavorable au point de vue du pronostic chez les malades au-dessus de quarante ans. Les thromboses et embolies se sont trouvées chez 19 cas dont 9 cas sont finis mortellement. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'endocardite de la valvule nitrale accompagné dans environ 1/3 de cas d'embolies de l'artère pulmonaire et de la circulation générale. Dans le groupe de contrôle des hypertendus, il s'agissait plutôt d'artérioscléroses, moins de lésions mitrales, le pourcentage des embolies de la circulation générale et de la circulation pulmonaire était encore le même, mais les thromboses étaient beaucoup moins fréquentes que dans les hypotensions. Plus la tension artérielle était bonne, plus les cas de thromboses et d'embolies se répartissaient ainsi :

13,35 p. 100	dans le groupe des tensions	80-90
8,35	— —	90-100
4,44	— —	101-110

La vitesse du courant sauguin était mesurée par l'injection intraveineuse de 3 milligrammes (un dérivé d'acéthylecholinique) dans la veine cubitale et de la diminution des oscillations sur l'autre bras.

La vitesse du courant sanguin de la veine cubitale de l'autre bras est normalement de 11 à 20 secondes. Chez les hypotoniques la vitesse moyenne est, en général, au-dessous de 16 secondes, tandis que dans les tensions moyennes, elle est de 18 à 20 secondes; dans les tensions élevées, elle monte jusqu'à 26 secondes. L'auteur en conclut que dans les conditions normales l'hypotension est compensée par l'accélération de la vitesse du courant sanguin. Seulement dans les lésions circulatoires soit d'origine centrale, soit périphérique, le temps de la vitesse du courant sanguin est sensiblement prolongé à 25 secondes ou même davantage. Quand on trouve dans les hypotensions le ralentissement de la vitesse circulatoire, c'est un signe d'une hyposystolie. C'est aussi un moment qui rend facile la formation des thromboses et embolies dans les lésions cardiaques et dans les lésions graves des vaisseaux.

L'hypotension artérielle dans le syndrome cholériforme. — M. Paul Sapet. Le syndrome cholériforme comprend :

1° Des troubles *gastro-intestinaux* : vomissements incoercibles, diarrhée profuse avec fonte rapide des réserves graisseuses.

2° L'*hypotension artérielle* avec hypothermie périphérique, anurie, cyanose, etc.

Le *choléra asiatique* vrai présente un tableau clinique observé également dans le choléra nostra, dans certaines intoxications (choléra stibié, choléra arsenical), dans certaines infections (formes malignes de Carles, accès pernicieux cholériforme), dans les affections aiguës abdominales les plus disparates (choléra herniaire), dans certaines crises viscérales d'origine médullaire, dans la suppression brusque des toxiques (choléra amorphinique).

Troubles gastro-intestinaux et chute de la tension artérielle marchent généralement de pair, quelquefois celle-ci est la première en date.

Nombreuses ont été les théories émises pour élucider la pathogénie de ces accidents (myocardite, Marey), saignée séreuse (Hayem), insuffisance capsulaire de Sergent et Bernard, inhibitions des centres bulbaires. Il semblerait que l'état cholériforme résulte d'un déséquilibre vago-sympathique par un véritable état de choc.

L'hypotension des tuberculeux. — M. Jaquerod (de Leysin). Existe-t-il une hypotension spécifique chez les tuberculeux pulmonaires?

En divisant les tuberculeux en trois groupes :

I. Tuberculeux fébricitants, au début de leur maladie;
II. Tuberculeux chroniques apyrétiques;
III. Tuberculeux fébricitants, à la fin de leur maladie,

on voit que dans le groupe II, qui forme la grande majorité des tuberculeux de sanatorium, il n'y a pas d'hypotension. Les chiffres le plus souvent observés sont : 14, 15, 16 comme maxima, et 7, 8, 9 comme minima. Les différences tiennent au sexe, à l'âge et surtout au poids, mais pas à la nature ou à l'étendue des lésions.

Dans le groupe I, on observe une hypotension temporaire : 12, 11, 10 maxima, et 6 à 7 minima, qui se relève rapidement quand le malade perd sa fièvre et commence à engraisser.

Dans le groupe III, l'hypotension au-dessous de 12-6 est toujours un signe pronostique grave qui indique un épuisement de la résistance de l'organisme à la maladie. Il y a donc intérêt à prendre la tension artérielle des tuberculeux afin de suivre ses variations au cours des trois phases de la maladie.

Endocrino-névrose hypotensive. — M. Laignel-Lavastine rappelle qu'il décrit depuis 1925, dans ses cours de sympathologie, sous le nom « d'endocrino-névrose hypotensive » un syndrome caractérisé par une hypercénesthésie marquée avec vagotonie liée à l'insuffisance surrénale et de l'hyperovarie avec réactions vicariantes, hypophysaire et thyroïdienne chez des femmes longiformes, scoliotiques, hypotendues, peu musclées, ptosiques, à cœur inquiet, hypoaffectives, relativement peu émotives. Ces symptômes surviennent souvent à la suite de la scarlatine chez des hérédo-goutteux de famille thyroïdienne.

Les principaux symptômes de cette endocrino-névrose sont : l'hypotension artérielle, la fréquence des lipothymies, le pouls souvent ample, l'acrocyanose, la bradycardie, l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, la diminution ou l'état normal du réflexe solaire, l'hypothermie, la constipation spasmodique, la petitesse des pupilles, les réflexes tendineux vifs et amples, les réflexes sudoraux forts, les réflexes pilo-moteurs faibles, la peau brune se pigmentant facilement, les cheveux électriques, la facilité de l'urticaire et des ecchymoses, l'oligopotie avec urines rares, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie, l'augmentation de l'acide urique dans le sang ainsi que l'augmentation de l'acide oxalique, le sang hypovisqueux, la réserve alcaline augmentée, le pH urinaire tendant vers l'alcalose, le métabolisme de base plutôt diminué, l'intolérance à l'adrénaline, l'inappétence aux chlorures.

Le volume du sang des hypotendus. — MM. J. Brumlik et F. Janousek (de Prague) ont déterminé le volume du sang dans vingt cas d'hypotension artérielle, les cas avec une cardiopathie étant exclus. La méthode utilisée était celle de Haldane et Lorrain Smith un peu modifiée, employant le monoxyde de carbone comme indicateur. Il n'ont trouvé dans aucun cas une masse sanguine (relative au poids du corps) diminuée de ce qu'on pouvait attendre au point de vue théorique. Le volume du sang était normal dans 16 cas (45,0-67,8 centimètres cubes par kilogramme de poids), et, ce qui est assez surprenant, élevé dans 4 (710-864 centimètres cubes par kilogramme). Il en résulte que le facteur de la masse sanguine réduite ne jouait dans les cas examinés aucun rôle pour la genèse de l'hypotension artérielle.

L'image skiascopique du cœur des hypotendus. — M. Stanislav Mentl (de Prague). L'examen clinique des hypotendus n'est pas complet sans une exploration radioscopique détaillée. C'est l'*image skiascopique* du cœur qui nous permet d'évaluer cet état pathologique au point de vue étiologique, pronostique et thérapeutique. Parmi les caractères skiascopiques du cœur c'est la pulsation qui doit attirer notre attention particulière. Car l'hypotension associée à une hypopulsation de la silhouette cardiaque prouve que l'hypotension a son origine dans une défaillance du myocarde. Celle-ci est le plus souvent la suite, ou bien d'une affection primitive du myocarde, ou bien d'une ancienne lésion valvulaire du cœur. L'affaiblissement de la pulsation coïncide avec le commencement de la défaillance du myocarde et précède souvent de longtemps les autres signes cliniques. A cause de cela la pulsation cardiaque chez les hypotendus n'est pas sans importance d'ordre pronostique et naturellement aussi d'ordre thérapeutique.

Les bains carbogazeux et l'hypotension artérielle. — M. J. Badal (de Podebrady, Tchécoslovaquie). Les bains carbogazeux produisent chez les sujets asthéniques présentant de l'hypotension artérielle au cours d'une affection du cœur organique ou fonctionnelle, des résultats qui paraissent défavorables. Chez des sujets à tension artérielle moins basse sujette à variations, on peut observer une certaine amélioration avec un état euphorique au cours du traitement carbogazeux. Chez les sujets présentant des lésions mitrales les résultats sont plus nettement défavorables. Un traitement médicamenteux à base de théobromine, de strychnine et d'adrénaline peut toujours être associé comme traitement auxiliaire chez les hypotendus, cette association visant surtout à améliorer les troubles subjectifs fréquents chez ces malades.

La signification de l'hypotension artérielle chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. Leuret et Caussimon

pensent que les éléments qui constituent l'hypotension artérielle des tuberculeux, ne sauraient donner des renseignements suffisamment précis sur le degré d'activité des lésions. Ils attachent un certain intérêt à l'élévation progressive de la minima, ainsi qu'à l'élévation du coefficient $\frac{Mx}{Mn}$. Ils insistent sur le signe de l'aplatissement progressif de la courbe oscillométrique qui traduit l'évolution progressive et grave de la maladie.

L'équilibre acido-basique des vieux sportifs hypotendus. — M. J. Kral (de Prague). Les données des divers auteurs mettant l'hypotension artérielle en relation tant avec l'alcalose, tant avec l'acidose, l'auteur a étudié ces relations sur 31 Sokols âgés de cinquante-neuf à soixante-neuf ans, dont la plupart faisaient de l'exercice régulièrement depuis quarante années et plus.

Seize d'entre eux ont une tension Mx inférieure à 132 mm. Hg (Pachon) les autres une tension normale (au-dessus de 145 mm. Hg) ou élevée.

La tension du CO_2 alvéolaire et la réserve alcaline des deux groupes sont normales.

La valeur de pH du sérum artériel est dans les limites normales, mais plutôt du côté alcalin. Le groupe à tension basse a un pH moyen de 0,02 plus bas que n'est la moyenne de l'autre groupe.

Donc, l'hypotension des vieux sportifs, n'est pas suivie de changements marquées de l'équilibre acido-basique.

Les perspectives du dosage des ions K et Ca dans le sang chez les hypotendus. — MM. J. Schneider et K. Weber (de Prague) ont dosé les ions K et Ca dans le sérum des malades présentant de l'hypotension artérielle non idiopathique. Ils ont trouvé une prépondérance du Ca, et le coefficient K : Ca nettement inférieur à celui des sujets normaux et plus encore à celui de l'hypertonie essentielle.

Étude statistique du rôle de l'hypotension artérielle dans le tableau clinique et l'évolution des maladies de l'appareil circulatoire. — MM. K. Weber et Vrat. Jonas (de Prague). Dans le but de contribuer à l'étude du rôle de l'hypotension artérielle dans l'évolution des maladies du système cardiovasculaire les auteurs se sont servis d'une statistique concernant 974 cas dont 438 étaient des malades avec lésions valvulaires, 54 avec aortite syphilitique, 482 athéromateux et artériosclérotiques sans lésions valvulaires. Le caractère et l'évolution des maladies étudiées était jugée d'après la fréquence avec laquelle les cas s'étaient compliqués des incidents suivants : embolies artérielles périphériques et pulmonaires, thromboses artérielles, apoplexies cérébrales, angine de poitrine, œdème aigu du poumon, syndromes d'insuffisance cardiaque, exitus pendant le séjour du malade dans la clinique. Dans leur statistique les auteurs ont constaté que dans la majorité des cas l'hypotension artérielle semble favoriser l'apparition des dits incidents (les apoplexies cérébrales et l'œdème du poumon exceptés) au cours des maladies du système cardiovasculaire.

La statistique démontre surtout que : l'œdème aigu du poumon n'arrive chez les hypotendus qu'exceptionnellement, et qu'il figure au contraire presque exclusivement dans le cortège des symptômes des hypertendus. La grande fréquence de l'apparition de l'angine de poitrine chez les hypotendus trouvée par les auteurs, est remarquable aussi par la circonstance qu'elle concerne même les sujets atteints d'aortite syphilitique à tension artérielle basse. Les auteurs sont de l'avis, que le rôle de l'hypotension artérielle dans la pathogénie de l'angine de poitrine serait celui de favoriser la manifestation des facteurs anatomique et nerveux dans la genèse de l'accès d'angor, en qualité du troisième facteur ischémiant.

Hypotension artérielle chez les ictériques. — M. Jan Paroulek (de Prague). La baisse de la pression sanguine observée souvent dans les cholémies et dans les ictères semble être d'origine secondaire. La variation de l'intensité de la perturbation centrale et périphérique de l'échange des matières a sans doute une influence sur le tonus des muscles du cœur et du squelette, et par là sur la pression artérielle.

L'influence du potassium et du calcium sur l'hypotension accompagnant les cas d'ictères graves et celle de la cholestérine sur la pression sanguine n'ont pas encore été étudiées à fond et l'on n'est pas en mesure d'en tirer une conclusion définitive.

Contribution à l'étude des rapports mutuels de la tension artérielle et de la glycémie. Influence des médicaments hypotenseurs sur la glycémie. — M. Vratislav Jonas (de Prague). Chez 185 diabétiques de onze à quatre-vingts ans, on a constaté une hypotension artérielle dans une proportion de 24,9 p. 100, une tension normale dans 51,9 p. 100 et une hypertension dans 23,2 p. 100 de cas. Chez les malades atteints d'hypotension, 30,5 p. 100 présentaient des complications qui, à elles seules, sont d'habitude des causes d'hypotension. Chez les malades atteints d'hypertension, il a été constaté 51,2 p. 100 de cas avec des phénomènes accompagnant l'hypertension. Nous n'avons pu constater de parallélisme entre le chiffre de la glycémie et celui de la tension artérielle. Nous considérons comme cause d'hypotension l'acétonurie qui l'accompagne (80,5 p. 100 dans l'hypotension).

Chez 11 personnes atteintes de la maladie d'Addison, nous avons trouvé, à l'état de jeûne, un niveau normal, et seulement chez 2 sujets nous avons constaté par des observations en série un niveau au-dessous de la normale.

Chez les personnes avec hypotension habituelle et les tuberculeux avec hypotension, il a été trouvé partout une glycémie normale.

Dans l'hypotension provoquée expérimentalement (par le nitrite d'amyle, des injections de nitrite de soude, la guipsine), on n'a réussi à prouver une diminution de la glycémie que dans une minorité de cas. Aucun parallélisme entre les variations de la tension artérielle et la glycémie n'a été constaté.

Hypotensions et cures thermales. — M. Vital Lassance (de Bains-les-Bains). Dans les stations spécialisées pour le traitement de ce que l'on appelle communément les « troubles de la circulation », il n'est pas rare de voir venir, noyés dans la foule des hypertendus, quelques hypotendus se plaignant des mêmes malaises.

L'observation de vingt-huit de ces hypotendus, au cours d'une cure thermale, a fait ressortir une amélioration importante des troubles fonctionnels, sans modification notable du chiffre tensionnel. Il existait une ressemblance frappante entre les troubles observés et ceux qui font cortège à l'hypertension.

Une autre constatation digne de remarque est la fréquence chez les hypotendus des troubles de la nutrition, et en particulier de l'uricémie, de l'oxalémie, de la cholestérinémie qui constituent de nouvelles indications pour le traitement hydrominéral.

Hypertrophie cardiaque dans l'hypotension expérimentale. — M. G. Etienne (de Nancy). En injectant de l'urohypotensine à des lapins on provoque des hypertrophies cardiaques considérables. Celles-ci paraissent liées, non seulement à l'effort compensateur du cœur en vue de maintenir les tensions à un chiffre voisin de la normale, mais encore à un véritable dépassement compensateur dont on trouve la preuve dans ce fait que l'hypertrophie cardiaque n'apparaît en réalité que très tardivement et se maintient alors que l'on a cessé toute injection d'urohypotensine.

Au sujet de certaines congestions rénales qui accompagnent souvent l'hypotension. — M. Escalon (de Montpellier).

Les hypotensions artérielles par troubles de la statique abdominale : ptoses, atonie, spasmes. — MM. Mazeran (de

Châtel-Guyon) et Girard (de Lyon). Il existe une variété d'hypotension artérielle, liée à des troubles du tonus digestif.

Les malades présentant un syndrome atonique avec ptose y sont plus particulièrement prédisposés.

Les manifestations cliniques circulatoires qu'ils accusent sont, en dehors de l'arythmie et des extrasystoles, de l'état syncopal, la sensation de perte de la vie, de l'asthénie, des bouffées de chaleur, du refroidissement des extrémités.

Ces symptômes sont exaspérés par certaines conditions physiologiques, changement brusque de position, modification de l'état de plénitude ou de vacuité gastrique, variation du tube digestif par la suppression du corset ou de la sangle, rejet brutal d'une irrigation intestinale copieuse. Débâcle diarrhéique.

Ces accidents sont déterminés la plupart du temps par une chute de tension, en rapport avec une modification du tonus digestif. C'est à la pariétale digestive représentée par la fibre lisse (véritable tambour de régularisation qu'est dévolu le rôle d'uniformiser la tension circulatoire. Une défaillance de celle-ci ne maintient plus les gaz intradigestifs sous tension et le vide abdominal est réalisé déterminant à son tour le phénomène d'hypotension artérielle.

Les auteurs justifient leur hypothèse en enregistrant la tension artérielle dans les trois positions : debout, assis, couché, et en faisant intervenir chaque fois et la compression manuelle et la compression avec la sangle. Ils enregistrent ainsi des différences de 1 à 3 centimètres en usant du sphygmomanomètre de Vaquez-Laubry.

Ils ont soin de dépister toutes les causes d'erreur possibles : la tension résiduelle de Gallavardin, le phénomène de l'artère douloureuse de Dumas, l'action de la pesanteur, la correction nécessaire suivant la position du malade, enfin ils tiennent compte de la contraction musculaire.

Comme conclusions et déductions pratiques :

1º Une place à part doit être réservée dans le cadre nosologique aux hypotensions artérielles d'origine digestive ;

2º Les hypotensions sont liées à des modifications de la statique abdominale ;

3º Une action thérapeutique visant la défaillance de la pariétale digestive et la modification de la ptose par la compression constituent les corrections naturelles de cette variété d'hypotension artérielle.

Certains extraits pancréatiques, faiblement hypotenseurs par voie intraveineuse chez l'animal, renferment des peptones, de la choline et des substances histaminiques. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et René Cachera rappellent que l'extrait pancréatique injectable, proposé aux cliniciens pour le traitement des affections vasculaires, est dépourvu expérimentalement d'effet hypotenseur par la voie et aux doses indiquées aux praticiens. Même avec des doses énormes, par voie intraveineuse et chez le lapin, cet extrait détermine une hypotension très transitoire et minuscule par rapport à celle que provoquent les autres hypotenseurs connus. Cette hypotension ne s'accompagne d'aucune dilatation artériolaire.

Ces constatations ont été confirmées par René Legrand et Legillon, G. Boivin, Jean Gallois.

La choline existe dans cet extrait de façon indiscutable ; on la révèle aussi bien par les épreuves pharmacodynamiques (essais sur certains muscles lisses) que par voie chimique (après acétylation ou par précipitation directe à l'état de chloroplatinate ou de cristaux de Florence). La réaction de Florence (exécutée correctement) est spécifique et les acides gras qui pourraient la simuler ne précipitent pas dans les conditions où se sont placés les auteurs. La présence de choline ne peut d'ailleurs être niée dans un extrait qui résulte d'une macération acide où les lécithines sont hydrolysées.

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmaciens
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure

Huile Grise VIGIER à 40 %
en flacons et en ampoules.
Huile au Calomel VIGIER
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.
Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.

Suppositoires d'Huile Grise VIGIER
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg
Lactermol VIGIER
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).
Sirop Iodermol VIGIER
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le
Savon Dentifrice VIGIER

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin e 10 Juillet 1928)

DOSE
DE 2 A 4 COMPRIMÉS
CHAQUE MATIN
DANS UN DEMI-VERRE
D'EAU

DELBIASE
STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DÉPÔT:
LABORATOIRE DE
PHARMACOLOGIE
GÉNÉRALE
8, RUE VIVIENNE, 8
PARIS

— TRAITEMENT —
DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX
PROPHYLAXIE DU CANCER

A. PICARD

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 1, *rue d'Alembert*, PARIS-14e.

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le *TRAITEMENT RATIONNEL* de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL
liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

L'histamine est facile à mettre en évidence dans cet extrait et on démontre sa présence par cinq expériences concordantes. En expérimentant sur le lapin atropinisé, le mélange histamine + choline détermine bien de l'hypertension, mais le mélange histamine + choline + peptone provoque l'hypotension, tout comme l'extrait pancréatique.

Les peptones impures, abondantes dans cet extrait, expliquent les phénomènes de choc qu'il provoque.

La notion d'unité clinique hypotensive, fondée sur des essais par voie intraveineuse sur le lapin, est dépourvue de toute signification, puisque l'extrait en question ne possède aucun effet hypotenseur par la voie sous-cutanée et aux doses qui sont celles indiquées au clinicien.

Hypotension cardiaque ou hypotension segmentaire? — M. H.-J. Frossard pose la question de savoir si l'hypotension constatée à l'humérale suffit à instituer le traitement.

Il a trouvé des sujets à hypotension humérale et à tension normale poplitée.

Avant donc de parler d'hypotension générale, c'est-à-dire *cardiaque*, il faut éliminer les hypotensions *segmentaires* par rétrécissement général du calibre des vaisseaux (généralement hérédo-spécificité), et pour cela prendre la tension aux quatres membres et ajouter l'examen dynamométrique par serrage à la main du dynamomètre. Si la force est normale (40 kilogrammes chez l'homme, 25 kilogrammes chez la femme) on ne peut parler d'hypotension pathologique.

(*A suivre.*)

A. PUECH.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ENDOCARDITE RHUMATISMALE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC)

C'est une endocardite simple, inflammatoire. Il faut prévenir par une médication salicylée, énergique et précoce, cette complication dont Bouillaud, dans ses lois bien connues avait indiqué la fréquence.

DESCRIPTION

I. Nous prendrons **pour type**, la poussée d'endocardite aiguë, survenant à l'occasion d'une crise nette de rhumatisme articulaire aigu et s'éteignant définitivement, laissant ou non après elle une cardiopathie cicatricielle.

Le début se fait le plus souvent à la deuxième semaine de la crise. Il est extrêmement insidieux. Il ne faut compter ni sur les signes fonctionnels (gêne précordiale, palpitations, dyspnée), ni sur les signes généraux (poussée de fièvre sans nouvelle fluxion articulaire). Il faut ausculter de parti pris, chaque jour, le cœur d'un rhumatisant et ainsi l'on pourra déceler le signe fondamental de la complication qui s'installe :

1. **L'assourdissement progressif des bruits du cœur**, en particulier du premier bruit. Classiquement, cet assourdissement passe par trois stades : les bruits du cœur sont d'abord sourds, étouffés, voilés; puis en restant éteints, ils prennent un timbre dur; enfin ils redeviennent clairs tout en gardant ce timbre dur.

2 **Quant aux souffles**, à moins d'une séquelle d'endocardite laissée par une poussée rhumatismale antérieure, ils sont encore trop précoces pour être les témoins d'une endocardite constituée. Ce sont, en général, des souffles doux et localisés et l'on en discutera la nature extra-cardiaque ou fonctionnelle.

3. **Enfin l'on recherchera toujours l'existence de lésions associées :**

Myocardite surtout pour adjoindre au besoin les toniques du cœur au salicylate,

Péricardite.

4. **Evolution.** — *Guérison* sous l'influence du salicylate à haute dose, donné dès l'assourdissement des bruits du cœur, ces bruits peuvent reprendre leur timbre normal.

Trop souvent, l'évolution se fait vers une lésion cicatricielle : 15 à 20 jours après la poussée endocarditique un souffle apparaît. D'abord léger, intermittent, difficile à distinguer d'un souffle extra-cardiaque, il se précise ultérieurement et prend tous les caractères des souffles organiques. Le plus souvent, c'est un souffle systolique d'insuffisance mitrale, parfois associé à un rétrécissement, plus rarement c'est une maladie de Corrigan qui se constitue. L'endocardite cicatricielle évolue maintenant pour son propre compte, mais c'est un point d'appel à une nouvelle atteinte cardiaque par le rhumatisme, soit à la simple fluxion endocarditique *de la cardite récurrente*, soit aux lésions plus diffuses du rhumatisme cardiaque secondairement évolutif.

II. **Formes suivant l'allure de la crise de rhumatisme articulaire.** — Dans la forme prise pour type la netteté des phénomènes articulaires faisait rechercher la complication cardiaque. Il est des formes où les arthralgies sont discrètes et risquent de passer inaperçues. Tel est le *rhumatisme de l'enfant* où c'est souvent une lésion cardiaque constituée qui attire l'attention, lésion cardiaque qu'il est difficile de rattacher à sa véritable cause.

Devant tout phénomène douloureux articulaire ou musculaire, même discret ou atypique, il faut donner à l'enfant du salicylate, car l'on sait la restriction que comporte la deuxième loi de Bouillaud.

III. **Formes suivant les associations.** — C'est encore chez les enfants, les sujets jeunes que l'on voit surtout les formes d'endocardite associée :

1. A des lésions du péricarde;
2. Mais **surtout du myocarde**. Cette myocardite peut rester légère et céder aux tonicardiaques. Elle peut passer au premier plan : c'est la *pancardite d'emblée* dont le tableau clinique est dominé par des manifestations d'hyposystolie et le pronostic par la crainte du collapsus mortel.

Mais l'atteinte globale du cœur peut prendre une allure subaiguë ou chronique.

IV. **Formes évolutives.** — C'est le *rhumatisme cardiaque évolutif.* Il frappe surtout les sujets jeunes. Il est évolutif d'emblée ou secondairement évolutif selon qu'il frappe ou non un cœur déjà touché par une crise antérieure.

Il réalise une atteinte globale du cœur où prédomine la myocardite. C'est dire qu'il s'accompagne de signes locaux et périphériques d'insuffisance cardiaque. Il s'agit de lésions cardiaques inflammatoires qui évoluent sans arrêt, sans cicatrisation, c'est ce qui explique l'évolution par poussées subintrantes, la fièvre (le plus souvent modérée d'ailleurs), la discrétion fréquente des manifestations articulaires.

Sous l'influence d'un traitement salicylé systématique, l'on peut voir les poussées s'espacer et disparaître en quelques mois. Trop souvent, surtout dans le rhumatisme cardiaque secondairement évolutif, le malade finit, au bout de quelques mois, par succomber dans un tableau d'asystolie fébrile.

DIAGNOSTIC

A. **Crise de rhumatisme articulaire aiguë évidente.** — 1. **Assourdissement des bruits du cœur.** — Eliminer :

Myocardite. — Tachy-arythmie, abaissement de la tension différentielle.

Epanchement péricarditique. — Augmentation extenso-progressive de la matité précordiale. Radio, si elle est possible.

2. **Souffle.** — Frottement péricardique.

Souffle extracardiaque ou fonctionnel.

B. **Rhumatisme cardiaque évolutif.** — 1. **Insuffisance cardiaque mécanique.** — Mais dans le rhumatisme cardiaque évolutif l'insuffisance cardiaque est précoce et globale.

2. **Symphyse du péricarde.** — Radio.

Mais peut être un des éléments du rhumatisme cardiaque évolutif.

2. **Discuter des infections non rhumatismales chez un porteur d'endocardite cicatricielle.**

Endocardite subaiguë. — Avec ses manifestations emboliques.

Endocardite d'Osler. — Anémie, splénomégalie, embolies, panaris d'Osler. Hémoculture.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

GYNERGÈNE
"SANDOZ"
Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot
Le plus puissant des Hémostatiques utérins - Inhibiteur du sympathique

AMPOULES 1/2 à 1
COMPRIMÉS 1 à 2, trois fois par jour.
GOUTTES XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e
M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0 gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe
R. C., 225.781 B

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France.

BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)
C. R., 44.342, Seine.

Fds de PHARMACIE à Paris, RUE RAMBUTEAU, 1, et R. DES ARCHIVES, 41. M. à px pt ét. b., 30.000 fr. Consig. 10.000 fr. Matériel et marchand. en sus. Adjudon Et. REVEL, not., 20, rue Pyramides, 12 novemb., à 15 h. — S'adr. audit notaire et à M. KASTLER, administr. judiciaire, 26, r. du Bac, à Paris.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

MUTHANOL
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG PARIS (10)

ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES

Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.



Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique

Dialyl

Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr 50 — 6 mois : 25 fr — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale*. — Séance du 28 octobre. — Questions données : « Pneumonie du sommet. — Phlegmon périnéphrétique. »

MM. Naulleau, 24; Dubois, 20; Arnal, 26; Salomon, 23; Fresnais, 26; Messimy, 21; Dreyfus, 23; Bloch (Léon), 27; Seillet, 25; Tran-Quang, 21.

Séance du 29 octobre. — Questions données : « Arthropathies tabétiques. — Fractures de l'extrémité inférieure du radius. »

Mlle Kritchewsky, 14; MM. Strée, 15; Barthélemy, 20; Raulin, 23; Mlle Verlière, 12; M. Brunel et Mlle Sainton, 23; MM. Malgras, 25; Hutin, 15; Cohen (Albert), 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Sont nommés agrégés à la Faculté de médecine de Lyon :

Section de médecine : MM. les docteurs Bernheim, médecin des hôpitaux; Dechaume, ancien chef de clinique médicale.

Section de chirurgie : M. le docteur Eugène Pollosson, ancien chef de clinique chirurgicale.

— TOULOUSE. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Raymond Dieulafé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Les laboratoires Métadier mettent à la disposition de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours quatre bourses de pension complète au Foyer médical.

Ces bourses porteront le nom de chacun des produits des laboratoires Métadier : Métatitane, Kalmine, Métavaccin, Métaspirine. Elles seront attribuées à des étudiants français méritants et nécessiteux sur demande adressée à M. le directeur de l'Ecole de médecine qui statuera, après enquête, et d'accord avec M. Métadier.

Au Foyer médical, les étudiants trouveront à leur disposition, outre un restaurant avec une nourriture saine et copieuse, des salles de travail, des bibliothèques et des salles de jeux.

Il convient de féliciter M. Métadier de sa généreuse initiative en faveur de l'Ecole de Tours et de l'aide qu'il veut bien donner ainsi aux étudiants.

GUERRE. — M. le médecin commandant de l'armée active Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé, est nommé professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire de neuropsychiatrie, médecine légale, législation, administration et Service de santé militaire et déontologie.

MARINE. — Les officiers dont les noms suivent ont été désignés pour remplir les fonctions ci-après pendant l'année scolaire 1929-1930 :

Professeur d'anatomie à l'Ecole-annexe de médecine navale de Rochefort. — M. Rondet, médecin principal, désigné pour servir à l'hôpital maritime de ce port, comme chef des services chirurgicaux.

Prosecteur d'anatomie à l'Ecole-annexe de médecine navale de Brest. — M. Morvan, médecin de 1re classe, en sous-ordre sur l'*Armorique*, où il restera embarqué jusqu'au 1er janvier 1930.

— Un témoignage officiel de satisfaction a été accordé à M. le médecin en chef de 1re classe Cazamian, pour les hautes qualités professionnelles et le dévouement dont il a fait preuve dans les fonctions de médecin du ministère de la Marine tout en occupant avec le plus grand zèle et une compétence exceptionnelle le poste de secrétaire du Conseil supérieur de santé.

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies
LABORATOIRE NATIVELLE 49, Bd de Port-Royal

— M. le médecin en chef de 1re classe Barthe, médecin-chef de l'hôpital Saint-Mandrier a été désigné pour remplir les fonctions de président de la Commission spéciale de réforme du port de Toulon, en remplacement de M. le médecin en chef de 1re classe Dargein.

— Liste supplémentaire des étudiants en médecine nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1929 : MM. Servanton, Roussier, Tandonnet, Merle, Henric, Lévy, Juilliard, Le Gouas.

CONCOURS EN 1929 POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN SOUS-LIEUTENANTS DES TROUPES COLONIALES. — Un concours sera ouvert le 5 décembre 1929, à 9 h., à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à :

Des emplois de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales sans limitation de nombre.

Un emploi de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Pour être admis à concourir, les docteurs en médecine et pharmaciens devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1929 aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Avoir eu au plus trente-deux ans au 1er janvier 1929, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1897. Cette limite d'âge pourra être élevée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

5° Souscrire l'engagement de servir effectivement, pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Interrogation sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Interrogation sur l'anatomie chirurgicale d'une région et sur une question de technique opératoire ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. *Pour les pharmaciens.* — 1° Interrogation sur une question de chimie appliquée à la pharmacie ;

2° Interrogation portant sur trois questions : une de physique ou de chimie, une d'histoire naturelle et une de pharmacie ;

3° Epreuve de chimie analytique, recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous ;

4° Vérification et titrage d'un médicament.

L'appréciation de chacune des épreuves est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Des majorations de points sont accordées pour les titres scientifiques indiqués par l'instruction interministérielle du 16 septembre 1929.

PIÈCES A PRODUIRE. — Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 novembre 1929.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance sur papier libre dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou à défaut certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien (cette pièce) pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement établi l'année de l'admission, constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service armé. Cette aptitude, ainsi que celle du service colonial, sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin capitaine au moins ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou un état signalétique et des services ;

5° Indication du domicile où doit être adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

7° Engagement dans la forme indiquée ci-après, de servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de l'admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis sont nommés médecin ou pharmacien sous-lieutenant pour compter du 31 décembre 1929 et bénéficient d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine et de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exception, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine, c'est-à dire que par application de ces bonifications, les docteurs en médecine seront immédiatement nommés médecins lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1928 et les pharmaciens seront nommés pharmaciens lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1929.

Ils suivent à Marseille pendant huit mois les cours de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ils concourent à la fin de ce stage avec les médecins et pharmaciens lieutenants de leur promotion provenant des Ecoles du service de santé de la marine et du service de santé militaire et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté, dans le grade de médecin ou de pharmacien lieutenant dans l'ordre du classement de sortie et deviennent disponibles pour le service colonial.

A l'issue de ce stage, ils peuvent percevoir les bourses suivantes destinées à les indemniser de leurs frais d'études antérieures, sous condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse :

Cinq bourses de 10.000 fr. chacune au titre de l'Afrique occidentale française, pour un séjour normal ;

Cinq bourses de 10.000 fr. chacune au titre de Madagascar pour un séjour normal ;

Cinq bourses de 10.000 fr. chacune au titre du budget de la guerre pour un séjour normal dans toutes colonies. (*J. O.*, 25 oct. 1929.)

(Voir la suite des « Informations », *p. 1574.)*

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %)' attaque les associations microbiennes

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

**

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

LIPOIDES H.I.
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames, PARIS

CINNOZYL

Méthode d'immunisation artificielle de l'organisme tuberculeux

COMPOSITION : Chaque ampoule de CINNOZYL *contient la solution suivante stérilisée :*

Cinnamate de benzyle pur	0 gr. 05
Cholestérine pure	0 gr. 10
Camphre	0 gr. 125
Huile d'olives pure lavée à l'alcool	5 cc.

MODE d'EMPLOI et DOSES. — La méthode doit être appliquée le plus tôt possible dès que l'organisme est menacé par l'imprégnation bacillaire tuberculeuse. Elle exerce son activité dans la bacillose bactériologiquement confirmée. ***Elle ne vise pas les périodes ultimes de l'infection.***

1° **POUR LES FORMES DE DÉBUT** (mise en état de défense du terrain contre l'imprégnation bacillaire) *la dose quotidienne suffisante et active de* **Cinnozyl** est de 5 c.c. (une ampoule).

2° **DANS LES FORMES EN EVOLUTION** (tuberculoses bactériologiquement confirmées) *on doublera rapidement cette dose pour la porter à* 10 c.c., soit *deux ampoules.*

FORMES : Le CINNOZYL est délivré en boîtes de 6 ampoules de 5 c.c.

R. C., 78.026, Seine. 1571

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *Pharm. de 1re cl., Fournisseurs des Hôpitaux* 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

VIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, 30 septembre-2 octobre 1929 (1).

LE SYNDROME PALEUR ET HYPERTHERMIE CHEZ LES NOURRISSONS OPÉRÉS

Rapport de MM. L. OMBRÉDANNE et J. ARMINGEAT.

Le titre du rapport proposé était celui de la « mort rapide et imprévue des nourrissons à la suite des interventions chirurgicales ». Les rapporteurs s'excusent dès l'abord d'avoir changé le titre de ce rapport, en quoi ils ont eu raison, du fait que dans la grande majorité des cas envisagés au moment de l'adoption de cette question on avait en vue le « syndrome pâleur et hyperthermie mortel », individualisé par Ombrédanne et étudié en détail dans sa thèse par son élève Armingeat. C'est assez curieusement que l'on observe que ce syndrome s'observe surtout dans les opérations céphaliques; c'est pourquoi on voit qu'il a été particulièrement étudié aussi par les oto-rhino-laryngologistes Canuyt, Moreau, Le Mée, André Bloch, Makai.

La description clinique se ramène à une ascension progressive, en une ou deux étapes, avec pâleur impressionnante, avec cerne des yeux et de la bouche, accélération énorme du pouls qui devient incomptable, tandis que la température atteint 42°6 et que la mort survient brusquement par syncope cardiaque.

Les accès apparaissent entre la sixième et la douzième heure, très rarement plus tardivement. Il faut savoir que la température à elle seule ne constitue pas tout le syndrome et qu'une ascension de la température post-opératoire est la règle chez le nourrisson; néanmoins c'est le premier signe qui apparaît et qui inquiète la garde, puis vient la pâleur, impressionnante, et c'est à ce moment que se joue la partie. La guérison est exceptionnelle, mais possible, et le premier signe favorable est le ralentissement du pouls.

Le diagnostic doit être fait avec l'hémorragie : pâleur sans hyperthermie; l'infection massive : hyperthermie sans pâleur; la broncho-pneumonie; dyspnée avec battement des ailes du nez tandis que le syndrome pâleur et hyperthermie s'accompagne de polypnée sans dyspnée ni battements des ailes du nez.

Les signes urinaires sont les mêmes dans les suites opératoires simples et dans le syndrome pâleur et hyperthermie, c'est-à-dire une raréfaction avec dépôt de quantités formidables de cristaux d'urates et de phosphates avec parfois présence d'acétone.

La réserve alcaline semble un peu plus abaissée dans le syndrome pâleur et hyperthermie que dans les suites opératoires simples, mais sans que l'on puisse en tirer des constatations bien nettes.

La tension artérielle est très abaissée et comporte une signification pronostique importante, puisque tout nourrisson atteint et dont la tension reste égale ou supérieure à 8 au bout de six à treize heures (au Pachon) *guérira*. Cette chute de tension est, comme d'ailleurs tout le syndrome, sous la dépendance du choc opératoire et du réflexe bulbaire.

Les modifications du sang n'ont rien de sensationnel, ni celles du liquide céphalo-rachidien, la baisse de poids est due à l'absence de tétée le matin de l'opération, à l'insuffisance de l'alimentation, l'eau ingérée ne suffisant pas à rétablir le poids, à l'accélération extraordinaire du rythme respiratoire, d'où une respiration supplémentaire très grande avec énorme perte d'eau.

Les deux opérations qui amènent le plus souvent le syndrome sont les opérations sur la mastoïde et le bec-de-lièvre, puis les angiomes de la face.

Les rapporteurs pensent que le choix de l'anesthésique n'a aucune importance, les accidents surviennent aussi bien avec l'éther et même davantage qu'avec le chloroforme et même sans aucune anesthésie; ce dernier point est d'ailleurs en faveur d'une pathogénie de choc; l'anesthésie générale vraie est indispensable.

Ombrédanne et Armingeat éliminent successivement de la pathogénie plus ou moins le rôle de la broncho-pneumonie post-opératoire qui n'a pas le temps de se produire, la déshydratation qui n'existe pas dans le bec-de-lièvre, l'hémorragie, la septicémie suraiguë et la méningite, le sang dégluti au cours de l'opération, le rôle des endocrines, du rein, du foie, de la myocardite, du choc anaphylactique, tandis qu'ils proposent fermement d'attribuer ce syndrome au choc traumatique. Le nourrisson, d'une part, ne possède pas de régulation thermique. D'autre part, c'est un être à vie végétative, et dont les réactions sont régies presque exclusivement par sa moelle et son bulbe.

L'anesthésie, la déglutition du sang, les cris, l'agitation initiale de l'anesthésie ou d'une anesthésie incomplète, la suppression d'une ou plusieurs tétées, la diminution de la ration hydrique post-opératoire, la douleur due à la plaie opératoire peuvent, par voie réflexe bulbaire amorcer une hyperthermie qui deviendra désordonnée chez un sujet dépourvu de régulation thermique. Ce réflexe est dû à l'excitation des nerfs sensitifs, lesquels peuvent également amener une vaso-constriction généralisée, c'est-à-dire, concluent les rapporteurs : la pâleur; il y a là une contradiction qui n'a pas échappé aux rapporteurs, puisque la vaso-constriction généralisée marche de pair avec l'hypertension et non l'hypotension, de règle dans la pâleur hyperthermique. Sans sortir trop de notre simple rôle de journaliste, nous suggérerons qu'il est facile de trouver une autre explication toute physiologique et facilement vérifiable du symptôme pâleur.

En face d'un pareil drame, à évolution si souvent ou même presque toujours fatale, la première question que pose le praticien est toujours la même : que faut-il faire? Ombrédanne et Armingeat ne laissent pas cette question sans réponse. A vrai dire, ils préviennent que leur traitement est empirique; il ne l'est d'ailleurs pas à notre avis puisqu'ils se donnent chaque fois la peine d'exposer la pensée de physiologie pathologique qui a dicté leur conduite thérapeutique.

Période pré-opératoire : pas de jeûne préalable ni purgation et donner au bébé v gouttes de solution de digitaline cristallisée, protection contre le froid par les enveloppements ouatés au cours de l'opération.

Période opératoire : anesthésie réelle et complète, acte opératoire rapide, traumatismes limités au strict minimum, éviter la déglutition de sang.

Période post-opératoire : cataplasme sinapisé trois ou quatre jours chaque, devant la poitrine, 100 à 150 centimètres cubes de sérum artificiel, laxatif léger et, si le pouls est faible, v gouttes d'adrénaline matin et soir.

En cas d'alerte, le remède héroïque est le lavement froid et surtout l'enveloppement froid, ou mieux le sac de caoutchouc sur l'abdomen. Puis aider le cœur : adrénaline xxx gouttes par vingt-quatre heures; si la tension est tombée à moins de 8 au Pachon pour la maxima, injecter par voie veineuse digitaline ou ouabaïne avec de l'huile camphrée sous-cutanée. Signalons les résultats de Débré, au début, avec 0gr15, d'aspirine et de Mondor au moyen d'une transfusion de sang.

Conclusion : ces précautions ont permis à Ombrédanne de n'avoir plus aucune alerte dans sa clientèle civile, et il insiste

(1) *Association de la Presse médicale française.*

sur la nécessité absolue d'un personnel soignant averti et compétent, prêt à intervenir immédiatement à la moindre alerte.

Discussion du rapport de MM. Ombrédanne et Armingeat.

M. Rocher (de Bordeaux). A propos du syndrome « pâleur hyperthermie » chez les nourrissons opérés : le choc bulbaire.

L'auteur expose son expérience personnelle et son opinion sur ce syndrome. Partisan de l'anesthésie à l'éther chez l'enfant, il estime cependant que pour les opérations sur la face, l'anesthésie au chloroforme (sonde nasale) est jusqu'ici la meilleure; mais il croit que l'anesthésie est, dans un certain nombre de cas, responsable de la détermination du syndrome, mais il faut accuser le mode d'administration plutôt que la nature de l'anesthésique.

Ce syndrome se développe habituellement chez des nourrissons en parfait état de santé, chez lesquels rien ne fait prévoir (déficience viscérale ou endocrinienne) l'incident opératoire qui se développe toujours dans les premières vingt-quatre à quarante-huit heures, moment au cours duquel se déroule du reste tout le drame. La proportion des guérisons est d'un tiers environ. Si après l'alerte l'équilibre organique se rétablit rapidement, la température, la respiration, le pouls diminuent, et, d'un seul bond ou avec un crochet à la fin du deuxième jour, les trois courbes évoluent parallèlement vers la normale, en même temps que la pression sanguine et le facies s'améliorent rapidement et que l'anxiété fait place au calme.

M. Rocher pense qu'il faut interpréter le syndrome pâleur-hyperthermie comme un choc bulbaire, l'acte opératoire en lui-même, en tant que point de départ du réflexe médullo-bulbaire, la prolongation des manipulations viscérales, la chirurgie dans le domaine du trijumeau (bec-de-lièvre), la douleur subconsciente un peu trop prolongée, la dépense nerveuse qui provient de l'agitation et des cris de l'enfant, peuvent déterminer ce choc, dérégler le système nerveux végétatif du nourrisson et ses centres bulbaires dont l'instabilité fonctionnelle est indiscutable. Toutefois le nourrisson dans les tout premiers jours de la vie semble à l'abri du syndrome pâleur-hyperthermie.

Le traitement réclame une lutte assidue dès le déclanchement des accidents : il a pour but d'abaisser la température (lavements et enveloppements froids, vessie de glace), de soutenir le muscle cardiaque soumis à une suractivité formidable (solucamphre, spartéine), de relever la tension artérielle et hydrater ces malades (sérum de Hayem et glucose, adrénaline, le goutte à goutte rectal et boisson si l'enfant ne vomit pas).

L'auteur, dans une série de tableaux, apporte des courbes de température qui montrent les réactions hyperthermiques parfois considérables (43 degrés) dans des cas de syndrome pâleur-hyperthermie. Il montre plusieurs courbes de sujets qui sont morts de choc (4 becs-de-lièvre, 1 hernie, 1 angiome et 1 invagination intestinale). Pour l'angiome, cette dernière opération a été faite sous anesthésie locale qui dura deux minutes et demie.

Ces différents tableaux permettent aussi de comparer entre elles les différentes réactions thermiques chez les nourrissons qui ne font pas de choc, les réactions thermiques chez ceux qui font le syndrome pâleur-hyperthermie, chez ceux qui guérissent et chez ceux qui succombent.

MM. Beutter et Moreau (de Saint-Etienne) rapportent 10 cas de syndrome pâleur et hyperthermie post-opératoire chez des nourrissons, 6 se sont terminés par la mort. Dans les 4 autres cas, le syndrome à début impressionnant s'arrêta cependant.

Les 5 premiers cas mortels ont d'ailleurs été publiés antérieurement au Congrès d'oto-rhino-laryngologie. Les autopsies ne montrèrent aucune lésion visible; dans leur dernière observation, il s'agissait d'un enfant ayant succombé au syndrome pâleur-hyperthermie après l'extraction bronchoscopique d'un grain de café dans la bronche gauche; l'examen histologique des surrénales montra une nécrose aiguë de la substance médullaire (productrice d'adrénaline). Par comparaison, les auteurs ont cherché à se rendre compte de l'état des surrénales chez des nourrissons morts d'affections fébriles diverses, mais sans avoir présenté le syndrome « pâleur-hyperthermie ». Ils n'ont pas retrouvé de lésions analogues. En outre, pour éliminer dans la mesure du possible les causes d'erreur provenant des altérations cadavériques, ils ont aussi comparé des surrénales préalablement injectées *in situ* avec du liquide de Bonin. Ils arrivent ainsi à admettre qu'il s'agissait d'altérations vraiment pathologiques; mais la difficulté du problème pathogénique est telle qu'il leur semble impossible d'accorder à ce seul cas histologique une valeur étiologique absolue, et pour ce faire, d'autres examens corroborant le leur seraient absolument nécessaires.

Un fait clinique important est qu'à côté des cas mortels, il existe des faits dans lesquels, après un début cependant dramatique, l'évolution tourne court, mais jusqu'à présent rien ne semble permettre, dans les premières heures d'apparition du syndrome, de pouvoir augurer quelle en sera l'issue. Il n'est pas certain que la thérapeutique soit préventive, soit immédiate ait pu jouer un rôle bienfaisant dans l'évolution heureuse.

Après une description clinique du syndrome, les auteurs indiquent les précautions qu'il leur semble logique de prendre lorsque l'on a à opérer un enfant de moins de deux ans : rapidité opératoire, usage d'instruments tièdes, pansement léger, anesthésie par infiltration, injection de sérum adrénaliné de suite après l'intervention... et, malgré toutes les précautions prises, avertir l'entourage de la possibilité de ces accidents malheureusement aussi difficiles à combattre qu'à prévoir.

M. Frœhlich (de Nancy) n'a jamais observé de mort subite et inopinée ni de syndrome de pâleur avec hyperthermie terminé par la mort à la suite d'opérations chez les nourrissons. Les rares catastrophes qu'il a enregistrées étaient parfaitement prévues; elles étaient dues à la longueur de l'opération, à l'anesthésie, à l'importance de l'hémorragie et à un réflexe spécial des opérés abdominaux; à ce que l'on appelait avec raison le choc opératoire. Les précautions préconisées par les rapporteurs pour éviter la mort subite : absence de jeûne, anesthésie légère, rapidité de l'intervention protection contre le refrodissement, limitation des hémorragies au minimum, sont toutes observées strictement dans son service. Il n'a jamais, depuis 1898, date de la création de son service, observé une seule mort par chloroforme. De plus, aucun nourrisson n'est accepté dans le service sans sa mère ou une personne de la famille, et dès le soir de l'opération l'enfant quitte le service d'hôpital.

M. Cadenat (de Toulouse) préconise l'anesthésie au chloroforme au moyen de l'appareil à soufflerie et le blocage.

M. Massart (de Paris). Les cas de mort rapide sont plus fréquents pendant la saison froide; la meilleure précaution est d'opérer en milieu surchauffé à 28 ou 30 degrés, d'employer l'anesthésie locale, et surtout de réduire au minimum les pertes de sang. Le milieu surchauffé doit néanmoins présenter une humidité suffisante, de même on pourra réduire l'hémorragie en employant le bistouri diathermique. Son maître Broca avait déjà insisté sur la plupart de ces précautions.

M. Tixier (de Paris). Pour lui, l'anesthésie à l'éther est particulièrement dangereuse, surtout en raison du refroidissement très grand. Le chloroforme est l'anesthésique de choix pour le nourrisson.

M. Martin (de Genève) prend la défense de l'éther, car sur 1.533 enfants opérés par lui à l'éther et tous âgés de moins de deux ans, il n'a pas eu un seul cas de mort même chez le nourrisson par pâleur-hyperthermie. Il attache une grande

importance à une bonne application du masque à éther, et tout le succès dépend du soin avec lequel procède l'anesthésiste, lequel doit employer un masque profond, soulever le masque de temps à autre, pour éviter le refroidissement et la cyanose et ouater tout le thorax.

Dans une deuxième communication, il rapporte 4 cas de mort subite opératoire, un à trois ans avec très gros thymus, dans une pleurésie purulente après une injection modificatrice un autre dans un cas de tuberculose généralisée avec adénopathie trachéo-bronchique marquée, enfin un enfant de onze ans, avec status lymphaticus et grande hypertrophie des follicules de la langue.

MM. Le Mée, A. Bloch, Rouget. Il y a une gravité plus grande à opérer dans les cas de mastoïdite ancienne et les opérations sur la face sont plus choquantes en général. Ils croient qu'il doit exister une septicémie suraiguë, et que c'est là l'origine la plus fréquente de la mort subite ainsi que l'hypertrophie du thymus. Heymans (Gand) et Allender (Vienne) ont soutenu qu'il s'agissait d'une poussée suraiguë de tuberculose. Il est nécessaire, dans les cas de mastoïdite, d'opérer en deux temps, un premier sans anesthésie, un second avec; l'anesthésique employé peut être indifféremment l'éther ou le chloroforme, l'hémorragie n'a pas d'importance primordiale non plus. L'important est le thymus et la possibilité d'une septicémie.

Précautions à prendre : radiographier si l'on soupçonne un gros thymus et même à titre de précaution méthodique : injection d'eucalyptol intramusculaire, 0g50 avant et 1g50 après l'opération; pas d'adrénaline, mais de l'éphédrine trois fois xx gouttes dans les vingt-quatre heures : opérer sur une table chauffante.

M. A. Bloch (de Paris). Si la gravité est plus grande des opérations sur la face, c'est qu'elles sont peut-être plus fréquentes chez le nourrisson; la notion d'aspect frêle et d'anémie est importante.

LES MORTS SUBITES OU IMPRÉVUES CHEZ LE NOURRISSON

Rapport de MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet.

La mort subite ou inopinée des nourrissons quoique assez rare, pose des problèmes de diagnostic, de pathogénie et des problèmes d'ordre médico-légal.

Tout d'abord, *il faut s'entendre sur le terme de mort subite.* Volontairement nous n'adopterons pas une définition trop exclusive et nous étudierons sous ce nom les *morts instantanées non précédées de phénomènes organiques*, les *morts rapides mais précédées de phénomènes agoniques*, enfin les *terminaisons insolites par leur brusquerie* d'affections aiguës ou chroniques antérieurement diagnostiquées.

La littérature contient un grand nombre de publications d'ensemble concernant la mort subite chez le nourrisson, depuis celles d'Aran, Bonin, Brouardel, jusqu'à celles de Bontemps, Piedecocq, Macalister, Carpenter, Brelet, Marfan, Guillemot, Strassman, Etienne Martin et Mouriquand.

Bien qu'il soit difficile d'apprécier la fréquence de la mort subite chez le nourrisson, on peut cependant, avec West et Richter, conclure que la mort subite s'observe surtout pendant la première année.

Très souvent, l'autopsie ne permet pas de reconnaître la cause de la mort subite; aussi une classification pathogénique de ces faits est-elle impossible. Nous adopterons pour leur étude une classification étiologique très simple : 1° la mort subite par lésions d'un organe déterminé; 2° la mort subite dans les maladies infectieuses aiguës; 3° la mort subite dans la syphilis congénitale; 4° la mort subite dans l'eczéma; 5° la mort subite dans l'hypertrophie du thymus; 6° la mort subite dans la spasmophilie; 7° la mort subite de cause indéterminée.

I. **La mort subite par lésions d'un organe déterminé.** — *a.* **La mort subite par lésion de l'appareil circulatoire** s'observe dans les affections congénitales du cœur, les péricardites purulentes généralement pneumococciques, toutes lésions reconnues seulement à l'autopsie en général.

b. **La mort subite par lésions de l'appareil respiratoire** peut être due à l'obstruction des voies aériennes, à la bronchite aiguë simple (Schlemmer) mais surtout à la bronchopneumonie (Brouardel, Duvoir) souvent latente chez les nourrissons cachectiques ou atteints de troubles gastro-intestinaux graves et qui reste une découverte d'autopsie.

La pneumonie est une cause exceptionnelle.

Il en est de même de la tuberculose pulmonaire (hémoptysie foudroyante) ou ganglionnaire.

Quant à la mort subite dans la pleurésie nous n'en avons pas relevé un cas chez le nourrisson, réserve faite de ceux provoqués par une ponction exploratrice de la plèvre.

c. **La mort subite par lésions des reins,** si fréquente chez l'adulte, est exceptionnelle chez le nourrisson.

d. **La mort subite par lésions de l'appareil digestif** est également peu fréquente. L'*abcès rétropharyngien* seul parmi les lésions de l'appareil digestif constitue une cause importante de mort subite, notion classique depuis la thèse de Thoyer-Rozat. La mort subite peut se produire aux diverses phases de l'évolution, au moment de l'incision, d'une exploration, d'une déglutition douloureuse, même sans cause appréciable. Autrefois on attribuait la mort subite soit à une hémorragie provoquée par la rupture d'un vaisseau important soit à la chute du pus dans les voies aériennes. En réalité, ces deux facteurs ne paraissent avoir que peu d'importance. On ne connaît que deux cas de mort par hémorragie (Carmichael, Bokai et Alexy). L'irruption du pus dans les voies aériennes au moment de l'ouverture spontanée ou provoquée de l'abcès n'est pas vérifiée à l'autopsie. Le spasme de la glotte surajouté à l'obstacle mécanique a pu être invoqué comme cause d'asphyxie soudaine. Cependant les constatations anatomo-pathologiques contredisent ces hypothèses; on trouve, en effet, un cœur petit contracté en systole, vide de caillots, inhibé, et non un cœur mou, dilaté, rempli de caillots, asphyxique. En somme, la syncope paraît être la cause la plus fréquente de la mort subite (Roustan, Aviragnet, Thoyer-Rozat), mais il est impossible de préciser le point de départ du réflexe aboutissant au pneumogastrique.

Signalons encore la mort subite dans les *ulcus gastro-duodénaux*, les *troubles gastro-intestinaux graves*, l'*occlusion* et l'*invagination* intestinale qu'il faut distinguer à l'autopsie des invaginations agoniques.

e. **La mort subite par lésions du système nerveux** n'est pas très commune, les cas rapportés par Lemaitre, Landon dans la *méningite tuberculeuse* sont rares.

Seules les *hémorragies méningées* sont une cause très fréquente de la mort subite des nouveau-nés. Décrites par Richardière, elles ont été principalement étudiées par Démelin, Couvelaire, Devraigne, Lantuéjoul. Le facteur principal est le traumatisme obstétrical, auquel il faut ajouter les causes de lésions vasculaires, syphilis et prématurité. Cliniquement, la symptomatologie de ces hémorragies méningées est assez fruste et seule la ponction lombaire permet d'en affirmer l'existence. A l'autopsie, on trouve des hémorragies de localisations très étendues et diversement associées; on trouve, en outre, des ecchymoses sous-pleurales en rapport avec l'asphyxie.

Les cas sont rares de mort subite par *hémorragie* ou *ramollissement cérébral*. Cependant comme l'a montré V. Hutinel on observe des hémorragies ou des foyers de ramollissement d'origine veineuse secondaires à des thromboses des sinus

dure-mériens ou des veines encéphaliques qui peuvent déterminer la mort subite.

f. **La mort subite par lésions des glandes endocrines** (thymus, paratyphoïde exceptés). La mort subite par lésions des *capsules surrénales* peut se voir dans les surrénalites (que nous envisagerons au chapitre des maladies infectieuses aiguës), dans la maladie d'Addison (Dezirot) et surtout dans les hémorragies. Celles-ci sont fréquentes chez l'enfant principalement chez le nourrisson ou le nouveau-né; chez celui-ci même l'autopsie les révèle, d'après Arnaud, dans les 45 p. 100 des cas, mais ces hémorragies discrètes n'entraînent que rarement la mort. L'inondation subite de la glande réalisant l'apoplexie surrénale est infiniment plus rare. Dans ces cas, l'enfant tombe subitement en syncope ou dans le coma et meurt en quelques minutes ou quelques heures. L'autopsie montre une hémorragie volumineuse, du sang liquide (constatation nécessaire pour affirmer l'existence d'un foyer récent) le point de départ se faisant dans la zone séparant la corticale de la médullaire (zone réticulé vasculaire ou corticale interne d'Arnaud). La pathogénie de ces faits est encore élucidée. Pour les uns (Brown-Séquard, Sergent), la mort serait attribuée à une intoxication suraiguë par arrêt brusque et total de la sécrétion antitoxique de la glande, ou par hyperactivité fonctionnelle de la corticale congestionnée. Pour d'autres (Addison, Arnaud), la mort serait la conséquence d'un réflexe bulbaire, par réaction brusque du sympathique péricapsulaire. Ce ne sont que des hypothèses. Dans l'hémorragie massive supprimant tout le parenchyme, la théorie toxique paraît acceptable; dans le cas de destruction localisée de la glande, la théorie semble plus séduisante.

La mort subite par *lésion du corps thyroïde* est exceptionnelle. Nous n'en avons relevé que deux cas (Tourdes, Chavigny) chez deux jeunes nourrissons atteints de goitre simple ayant causé vraisemblablement une compression des voies respiratoires.

II. **La mort subite dans les maladies infectieuses aiguës.** — Elle s'observe surtout dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, la scarlatine.

a, Dans la **fièvre typhoïde**, celle-ci est ordinairement méconnue et n'est diagnostiquée qu'à l'autopsie par la constatation de lésions intestinales caractéristique. La cause même de la mort subite échappe, en général; toutefois, dans un cas Crespin et Athias ont trouvé un foie infectieux et une hémorragie surrénale.

b. La mort subite relativement commune dans la **diphtérie** du grand enfant est assez rare chez le nourrisson. Sa pathogénie est encore plus mal connue chez celui-ci que chez l'enfant plus âgé. Dans la grande enfance, elle survient habituellement dans les diphtéries malignes, présentant le syndrome toxique secondaire de Marfan et relève d'une imprégnation toxique portant chaque cas soit sur le cœur, soit sur le système nerveux, soit sur les surrénales. Dans la diphtérie de la première enfance, les symptômes de grande intoxication manquent le plus souvent; les paralysies (Bouquard, Ribadeau-Dumas) y sont exceptionnelles. Il est bien difficile de considérer comme relevant d'un syndrome secondaire de la diphtérie maligne, les cas où la mort subite survient à l'époque où le syndrome est nettement caractérisé chez l'enfant plus âgé. Parfois la constatation à l'autopsie d'une thrombose cardiaque (Fournier) ou de lésions viscérales multiples (Chevalley) plaide en faveur d'une telle interprétation. Cette pathogénie ne semble pas la plus commune; avec Chevalley, nous pensons que les causes les plus fréquentes de mort subite dans ces conditions sont les infections secondaires et la broncho-pneumonie.

c. Les faits de mort subite dans la **scarlatine** sont peu nombreux et relèvent soit d'une hémorragie de la jugulaire par un bubon scarlatineux (Cross), soit d'une phlébite de la jugulaire interne et des sinus (Cockle).

d. La mort subite dans la **coqueluche** est exceptionnelle (Gillet, Nasso, Cavengt).

Tels sont les faits peu nombreux de mort subite dans les maladies infectieuses aiguës du nourrisson. Leur pathogénie est encore plus obscure que chez le grand enfant. Comme pour celui-ci, la mort subite relève le plus souvent du cœur, du système nerveux, des surrénales et la pathogénie n'est vraisemblablement pas univoque. On peut même se demander si les facteurs sont les mêmes pour l'enfant et le nourrisson qui présente des réactions si spéciales aux infections aiguës. Ces questions ne comportent pas de réponses satisfaisantes.

III. **La mort subite dans la syphilis congénitale.** — La mort subite chez les hérédo-syphilitique a été mentionnée depuis longtemps et surtout étudiée par Fournier et ses élèves. Tantôt il s'agit d'un nouveau-né présentant ou non des lésions cutanées ou viscérales apparentes; tantôt le plus souvent, il s'agit d'un enfant de quelques semaines ou même de dix ou dix-huit mois.

Dans quelques cas les lésions suffisent à expliquer la mort, soit lésions cardiaques (Legroux), soit lésions hépatiques (Hudelo, Gastou et Detot), soit lésions pulmonaires (Heller), soit des lésions multiples (Berghinz, Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier); cependant, dans la majorité des cas, même après l'autopsie, la mort reste inexpliquée (Brelet); d'ailleurs, chez des malades où les lésions sont constatées, celles-ci expliquent la mort, mais non la mort subite.

IV. **La mort subite dans l'eczéma.** — Bien que peu étudiée dans les traités classiques, est actuellement un accident bien connu et dont on a rapporté de multiples observations.

Elle s'observe presque exclusivement à l'hôpital et, semble-t-il, assez souvent après un traitement actif de l'eczéma.

Le tableau clinique est toujours à peu près identique. Quelques heures après l'entrée à l'hôpital le nourrisson eczémateux devient subitement d'une pâleur extrême, les lèvres se cyanosent, les extrémités se refroidissent, la respiration s'accélère. Le pouls devient rapidement incomptable, la température monte à 40-41 degrés. L'enfant tombe dans un semi-coma entrecoupé de convulsions. La mort survient en quelques heures dans l'hyperthermie. Dans quelques cas, l'évolution est encore plus rapide, tout se réduit à une pâleur brusque avec syncope.

La pathogénie de la mort subite est des plus discutées; les autopsies ne montrent aucune lésion capable de l'expliquer.

La théorie de la métastase (Devergie) n'est plus guère admise aujourd'hui car les lésions cutanées ne disparaissent pas toujours avant la mort et celle-ci survient aussi bien chez les nourrissons dont l'eczéma a été peu ou même non traité.

La théorie de l'intoxication est basée sur l'existence de lésions hépatiques et rénales (François Dainville, Guinon et Pater) mais celles-ci manquent souvent ou sont tellement discrètes qu'elles expliquent difficilement la mort subite (Hudelo et Louet).

La théorie de la septicémie foudroyante (V. Hutinel et Rivet) repose sur l'apparition des accidents dès le lendemain ou le surlendemain de l'entrée du nourrisson à l'hôpital, c'est-à-dire dans un milieu infecté, et sur la constatation très fréquente, après ensemencement *post mortem* du sang, du cœur, de germes divers. Cette conception a contre elle les résultats négatifs de l'ensemencement du sang après la mort (Marfan et Hallé) et surtout les résultats négatifs des hémocultures pratiquées pendant la vie (Lemaire et Turquéty).

La théorie du choc anaphylactique, la plus récente, s'appuie sur l'analogie entre les symptômes précédant la mort dans l'eczéma et ceux du choc anaphylactique; les accidents

seraient liés à une sensibilisation de l'organisme par des infections répétées de la peau au niveau des lésions eczémateuses. Cette conception, admise par Hudelo, Flanchin, Lereboullet, demande des vérifications.

Parmi toutes les théories proposées, il est bien difficile de choisir; en tout cas il faut retenir le danger de l'hospitalisation des nourrissons eczémateux et la refuser quand aucun argument d'ordre extramédical ne l'impose.

V. La mort subite dans l'hypertrophie du thymus. — Elle a été très étudiée. Il y a quelques années on avait tendance à rapporter au thymus toutes les morts subites inexpliquées; actuellement cette question est soumise à revision.

Nous ne pouvons citer les innombrables communications qui s'y rattachent; rappelons, parmi les travaux d'ensemble, ceux de Piedecocq, Farret, Targhetta, Brelet, Herbier, Symmers, Guillemot, Tassopoulos.

Lorsqu'on cherche à préciser la cause de la mort subite, il faut distinguer deux groupes de faits : dans le premier l'autopsie révèle une compression des organes voisins; dans le second, il n'existe aucune preuve d'une action mécanique du thymus hypertrophié sur ces organes.

A. **Mort subite par hypertrophie du thymus comprimant un organe voisin.** — Il s'agit assez rarement d'un nouveau-né, le plus souvent d'un enfant de deux à neuf mois qui a présenté un cornage continu avec paroxysme ou un cornage intermittent, ou bien ce sont des enfants qui n'ont rien présenté d'anormal et qui meurent brusquement. A l'autopsie pratiquée après fixation en masse des organes avoisinants, on constate une compression d'un de ces organes.

a. *Compression de la trachée ou des bronches.* — La trachée est rétrécie, aplatie d'avant en arrière; il existe des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques témoins de la mort par asphyxie.

Parfois la compression est réalisée au niveau de l'orifice supérieur du thorax (espace critique de Grawitz); dans d'autres cas, peut-être plus fréquents, à l'intérieur même du thorax, ce qui est plus difficilement compréhensible.

D'ailleurs à la suite d'expériences faites sur un cadavre d'enfant, et sur le lapin vivant, on a contesté l'action mécanique du thymus hypertrophié. Il faudrait, pour comprimer efficacement la trachée, une pression considérable rarement réalisée chez l'enfant. Ces constatations un peu troublantes ne suffisent pas cependant à faire rejeter la théorie de la compression de la trachée par un gros thymus, puisque cette théorie a pour elle des arguments anatomo-pathologiques indiscutables.

b. *Compression du cœur et des vaisseaux.* — Les faits sont plus rares et la mort paraît liée à des causes diverses : œdème cérébral (Hulot, Kob), insuffisance cardiaque suraiguë (Kob), thrombose de la veine jugulaire interne (Zander et Keyhl).

c. *Compression des nerfs.* — Les observations ne sont ni très nombreuses, ni très démonstratives. La compression du phrénique (Robinson, Farret, Tedeschi) amènerait la mort par paralysie diaphragmatique, puis paralysie des nerfs cardiaques du pneumogastrique.

Pour Targhetta, la mort serait le résultat d'un réflexe partant des filets sensitifs de la trachée et aboutissant au noyau d'origine du pneumogastrique pour produire l'inhibition du cœur et de la respiration.

Rieffel et Le Mée admettent la compression du nerf cardiaque inférieur, créant une syncope cardiaque.

Texier et Levesque ont incriminé la compression des récurrents qui, entraînerait une paralysie des dilatateurs de la glotte. Mouriquand, Régnier et Delae, dans un cas semblable, auraient constaté un spasme des constricteurs.

La mort par compression des nerfs par un thymus hypertrophié est donc admissible, bien qu'il soit souvent difficile d'en fournir la preuve absolue.

B. **Mort subite sans preuve anatomique d'une action mécanique du thymus hypertrophié sur les organes voisins.** — Ce chapitre englobe tous les cas « de mort thymique » proprement dite. Il s'agit de nourrissons rachitiques pâles et gras d'aspect empâté (*habitus pastosus*) qui, après ou sans cause occasionnelle, sont pris brusquement de fièvre, cyanose, dyspnée, de convulsions et qui meurent en quelques minutes ou une à deux heures.

A l'autopsie, on constate un cœur contracté en systole, vide de caillots, type du cœur de la mort par syncope, un thymus gras mais ne comprimant aucun organe de manière évidente, une hypertrophie des organes lymphoïdes.

L'existence des altérations du système lymphoïde a conduit Paltauf à édifier sa théorie de l'état lymphaticothymique (*status lymphaticus*). Pour cet auteur, l'hypertrophie du thymus n'est qu'un élément au milieu d'une hypertrophie lymphoïde généralisée; on constaterait en outre l'hyperplasie des gros vaisseaux sanguins et du système chromaffine. L'état lymphatique prédisposerait à la syncope par suite des troubles de la nutrition et des altérations consécutives des centres cardiaques. Il y aurait inhibition du cœur par lymphatoxémie.

L'explication manque, somme toute de précisions. On peut objecter que des états lymphatiques beaucoup plus accentués, tels que la leucémie lymphoïde où le thymus intervient, n'entraîne pas une prédisposition à la mort subite. Surtout l'état lymphatique est très banal, presque commun chez tous les rachitiques, et la mort subite reste un fait rare.

On a donné d'autres explications de la mort thymique. Svehla, se basant sur des expériences d' « hyperthymisation » réalisées chez le chien par injection de fortes doses d'extrait thymique, en conclut que chez le nourrisson porteur d'un gros thymus il y a hypersécrétion de la glande, conclusion qui est loin d'être démontrée, nos connaissances sur la physiologie du thymus étant des plus réduites.

D'autres auteurs font jouer un rôle à la dégénérescence du myocarde parfois constatée, mais trop rarement aussi pour qu'on puisse l'incriminer.

Dans ces dernières années, on a tenté d'expliquer la mort par un état de vagotonie; la mort subite serait due à l'arrêt du cœur par brusque excitation du pneumogastrique (Canelli). L'état de vagotonie est d'ailleurs différemment expliqué : sécrétion thymique d'une hormone vagotonique (Wiesel), antagonisme entre le thymus et les surrénales (Hornowski, Pulawski). Ces conclusions ne peuvent être acceptées sans réserves. Cliniquement, il est très difficile d'explorer le vago-sympathique du nourrisson, et physiologiquement nos connaissances concernant l'action de l'extrait thymique et le fonctionnement même du système végétatif sont encore trop imparfaites pour qu'on puisse conclure.

La pathogénie de la mort subite dans l'hypertrophie du thymus est donc loin d'être élucidée. Le seul point à retenir est que la mort, quel que soit son mécanisme intime, peut se produire par asphyxie brusque ou par syncope. En tout cas, pratiquement, nous possédons avec la radiothérapie du thymus un excellent moyen préventif de la mort thymique.

VI. La mort subite dans la spasmophilie, c'est-à-dire la tétanie manifeste et la tétanie latente, n'est pas très rare. Escherich, sur 69 cas observés en sept ans, la note six fois; cependant les faits suivis d'autopsies authentiques sont moins fréquents (Harvier, Chatelain, Iwabuchi). Les enfants meurent après un épisode de tétanie manifeste, surtout spasme de la glotte avec stridor, ou bien c'est d'emblée l'apnée paroxystique (Iwabuchi). Autant ces faits sont bien connus cliniquement, autant leur pathogénie est encore mal élucidée.

L'anatomie pathologique ne fournit que des données peu précises. On a constaté dans la tétanie des lésions des glandes parathyroïdes (Yanax, Atterbach, Grosser et Betke, Harvier), mais elles sont inconstantes. De plus, elles consistent surtout en sclérose partielle, et de telles lésions, si elles conditionnent la tétanie — ce qui n'est pas démontré, — n'expliquent que difficilement la mort subite.

Le plus souvent la mort subite dans la spasmophilie résulte, nous l'avons dit, d'un spasme de la glotte et est attribuée à l'apnée et à l'asphyxie consécutive. Cette explication n'est pas admise par Marfan, Stock et Pott, car la trachéotomie ou le tubage n'arrivent pas dans la majorité des cas à rétablir la respiration. Aussi a-t-on pensé qu'il y avait un spasme du diaphragme surajouté.

Quelques auteurs ont insisté sur le rôle direct du cœur dans la mort subite, qui serait le fait d'une véritable « tétanie du cœur » (Escherich, Paltauf), ce qui semble confirmé par les constatations nécropsiques d'Ibrahim, qui trouve un cœur non dilaté mais petit avec ventricule gauche contracté. Récemment Koplik a insisté sur le phénomène du ralentissement subit du cœur, qu'on observerait dans la tétanie latente. L'exagération du phénomène pourrait conduire à la mort, tous phénomènes que Klein considère comme liés à une hyperexcitabilité du pneumogastrique.

Beaucoup d'auteurs pensent que la mort subite dans la spasmophilie relève de troubles cardiaques (Corsdrew, Peritz, Reyher), mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour confirmer ou non cette opinion.

VII. **La mort subite de cause indéterminée**. — Il existe des cas nombreux de mort subite qui ne rentrent pas dans les cas que nous avons étudiés. Tels sont les faits de mort avec cyanose par accès subit d'apnée chez les débiles (Marfan) que l'on a tenté d'expliquer, soit par la surcharge gastrique (Mme Henry), soit par un trouble de la nutrition (Budin), soit par une défaillance transitoire du centre respiratoire bulbaire (d'Astros).

Très voisin de ces faits est le cas étudié par Marfan (et non terminé par la mort) d'accès d'apnée avec cyanose et mort apparente chez un nourrisson non spasmophile mais hérédo-syphilitique.

Il y a encore des faits qui s'apparentent à ceux des morts subites après interventions chirurgicales et qui font l'objet du mémoire de MM. Ombrédanne et Armingeat.

En somme, la mort subite est fréquente dans le premier âge (deux tiers des cas chez l'enfant dans la première année). Elle est particulièrement à craindre dans certaines affections (hypertrophie du thymus, spasmophilie, eczéma). La mort subite peut résulter de cinq grandes causes : 1° *lésion d'un ou de quelques organes* qui évolue de manière lente et crée brusquement l'insuffisance totale d'un organe essentiel; 2° *d'une maladie générale*, généralement maladie infectieuse aiguë qui entraîne une toxémie ou une infection généralisée; 3° *un choc protéinique*; 4° *une asphyxie subite*; 5° *une syncope mortelle* relevant de diverses causes.

Il faut avouer que, dans bien des cas, ni les commémoratifs, ni l'examen clinique, ni l'autopsie n'expliquent la mort subite d'une manière satisfaisante.

Discussion.

M. H. Lemaire (de Paris). Certains auteurs ont mis sur le compte de l'hypervagotonie la mort subite par syncope dans l'hypertrophie du thymus. Assurément la prédominance du vague chez le nourrisson à l'âge où le thymus est en plein développement semble à première vue justifier cette hypothèse. Mais cependant il est difficile d'admettre qu'il existe des rapports étroits et de cause à effet entre l'hypertrophie du thymus et la mort par syncope due à la prédominance du nerf vague. L'auteur en effet n'a jamais constaté, même à l'examen radiologique, d'hypertrophie du thymus chez les nourrissons qui avaient présenté des accidents graves attribués généralement à l'hypervagotonie, si bien qu'il ne peut guère admettre que des rapports très indirects entre les deux ordres de phénomènes.

M. Hallé (de Paris) rappelle l'importance du facteur héréditaire qui est indéniable; dans certaines familles on a l'habitude pour ainsi dire de mourir subitement et l'on n'a encore trouvé aucune explication satisfaisante à ce sujet. L'auteur montre que dans l'eczéma on peut observer des cas de mort subite, même en ville, alors que l'on n'a fait aucun traitement intempestif, mais on note presque toujours à ce moment une disparition insolite de l'eczéma. Ces faits se rencontrent surtout dans le type clinique de l'eczémateux floride, et surtout nerveux. D'ailleurs, chez ces malades, quand ils font la moindre affection intercurrente, l'eczéma disparaît et sa réapparition signe la guérison.

On peut distinguer plusieurs ordres de faits :

1° Mort à l'occasion d'une maladie intercurrente ;

2° Mort du fait de l'eczéma. Hallé rappelle qu'il a observé des cas où, quelques minutes après la mort, il a trouvé du streptocoque dans le sang du cœur ; ces faits sont en faveur de la théorie infectieuse d'Hutinel ;

3° Mort où l'on ne trouve aucune cause susceptible de l'expliquer. Quoiqu'il en soit, il découle de ces observations qu'il ne faut pas soumettre les eczémateux à un traitement intensif. Tout bien pesé, il y a des cas où la mort ne s'explique pas.

M. Schreiber (de Paris). Il faut différencier les morts subites observées à l'hôpital, c'est-à-dire dans le milieu hospitalier, et les morts brusquées du fait d'un traitement inadéquat. Il a vu un cas de mort chez un nourrisson eczémateux qui s'améliorait lentement sous l'influence du coaltar et que l'on a mis brusquement à un traitement trop énergique. L'auteur insiste sur la nécessité de ne pas séparer le nourrisson de sa mère ou de sa nourrice, ou tout au moins d'une personne de l'entourage.

M. Gautier (de Genève) estime que les rapporteurs ont raison de séparer entièrement les cas de mort subite de ceux avec mort rapide quand ils se produisent chez des enfants dont l'autopsie montre l'existence d'un état thymico-lymphatique.

Du reste, cet état n'explique pas tout dans la mort des enfants. La compression d'organes importants par un gros thymus est un fait absolument exceptionnel. La mort semble, si l'on examine les choses de près, être avant tout une mort cardiaque, mort assez pareille à celle qui se produit dans les grandes bradycardies du type Stokes-Adams. Une exploration complète du système circulatoire de tous les sujets suspects d'être porteurs d'un gros thymus serait du plus haut intérêt, mais elle se heurte à des difficultés multiples. L'étude électro-cardiographique serait entre autres à poursuivre méthodiquement et pourrait peut-être fournir des données intéressantes, comme un cas observé récemment semble le montrer.

En outre, du point de vue médico-légal, la mort dite thymique peut, dans certains cas, présenter des difficultés considérables, comme le montre un fait observé jadis, où une diphtérie a pu être soupçonnée alors que seule une mort thymique était en cause, l'idée d'une diphtérie ayant pris corps du fait qu'elle existait chez un autre enfant chez le même nourricier; le gros thymus put être démontré par l'autopsie.

M. Weill-Hallé (de Paris) a vu trois cas de mort rapide inexpliquée; ces trois cas concernaient des hérédo-syphilitiques non traités.

La mort subite dans la diphtérie du nourrisson. — MM. E. Lesné et R. Waitz ont observé deux cas typiques de mort subite, totalement inattendue, chez des nourrissons qui ne présentaient aucun symptôme de diphtérie avérée ou

fruste. Seul l'ensemencement de la gorge pratiqué systématiquement à la crèche de l'hôpital Trousseau décela la présence de bacilles diphtériques moyens dans le rhinopharynx.

Sans cette notion de l'infection diphtérique, la cause de ces morts subites serait restée totalement inconnue, d'autant plus qu'à l'autopsie on ne trouva rien de net.

MM. Lesné et Waitz demandent en outre que l'on remplace toujours le terme de « porteur de germes » chez le nourrisson par celui de « diphtérie cryptogénétique ».

M. Rohmer (de Strasbourg) ne pense pas que la pathogénie des morts subites soit encore bien élucidée. Il rappelle certains cas de Canuyt qu'il a vus avec ce dernier. Il a l'impression qu'il s'agit d'une infection, car dans certains de ces cas de mort rapide avec pâleur et hyperthermie qui n'ont pas succombé, il a vu apparaître ensuite une pyélonéphrite ou une broncho-pneumonie dont la nature infectieuse ne faisait aucun doute. D'ailleurs il insiste sur la nécessité, dans tous les cas de mort subite, d'observer les vaisseaux ombilicaux au niveau desquels il a dans ces cas souvent observé des signes d'infection.

M. Péchère (de Bruxelles) se réjouit de ce que l'on ait mis à l'ordre du jour des questions obscures; il a en cours de publication lui-même un travail sur cette question et ses propres conclusions confirment celles de Rocher. La mort subite est surtout un phénomène bulbaire; comme tendent à le montrer l'existence de l'hyperthermie, de la tachycardie, de la sudation exagérée (si l'enfant ne meurt pas immédiatement), de l'agitation. La thérapeutique employée est également en faveur de cette hypothèse : nécessité d'opérer dans le calme, de donner l'anesthésique de manière correcte et surtout très progressive, il est très important, pour éviter le choc psychique, de ne pas séparer l'enfant de sa mère. Il s'agit d'une mort par réflexe bulbaire à point de départ variable, une infection, une intoxication, une lésion des endocrines... et agissant sur un sujet spécial, le nourrisson, qui est surtout un être bulbaire. Donc, dans les cas de mort subite que l'on observera, il faudra faire un examen minutieux du bulbe et des endocrines.

M. Lereboullet a vu cinq cas d'accidents chez des eczémateux, dont trois mortels. Dans la mort subite, il faut distinguer deux grandes catégories de faits, l'une où à l'autopsie on trouve une ou des lésions, l'autre où l'on ne trouve absolument rien. C'est le cas des eczémateux, où l'auteur fait intervenir, pour expliquer la mort, le mécanisme du choc protéinique. Sur les cas observés par lui, l'un surtout l'a frappé, car il s'agissait d'un nourrisson, entré avec sa mère, et vivant habituellement dans un milieu dépourvu de toute hygiène et mort six jours après son entrée à l'hôpital, où il était dans un milieu relativement plus confortable. Le facteur « milieu hospitalier » est donc certainement intervenu. Il faut remarquer que l'aération est assez mal assurée, le chauffage trop poussé au calorifère à 27 degrés; mais l'auteur insiste surtout sur le rôle joué, dans une salle d'hôpital, par l'air ambiant, chargé de poussières qui contiennent, comme on l'a démontré autrefois, des microbes divers, surtout des saprophytes non virulents, mais qui existent en quantités considérables réalisant un spray microbien se déposant dans les fosses nasales. Cette poussière de microbes, chez un enfant sensible de par son eczéma, peut jouer un rôle dans l'apparition d'un choc protéinique.

Aussi faut-il préconiser l'aération méthodique des services hospitaliers (aucun cas de mort de ce genre dans le service de J. Renault, jouissant d'une ventilation spéciale); il faut assurer une humidification suffisante dans les salles surchauffées et trop séchées par les calorifères à air chaud.

M. Barbier (de Paris) relate quelques cas de morts subites observées par lui soit dans la diphtérie lors d'un premier essai de tubage, soit même au cours d'un simple examen de gorge, et dans les affections des voies respiratoires ou après une ponction pleurale.

M. E. Apert (de Paris) défend des idées personnelles; en particulier, il ne croit pas à la mort thymique, qui pour lui est un mythe. Un gros thymus n'est pas pathologique, mais physiologique; ce qui est pathologique, ce n'est pas le gros, mais le petit thymus. D'ailleurs c'est un organe susceptible de variations très rapides, comme l'a déjà montré Tolly, on peut le décrire comme l' « organe accordéon ». D'ailleurs, même à la radio il est difficile de faire le diagnostic d'un gros thymus. Il ne croit pas à la compression par un gros thymus ni au rôle toxique joué par ce dernier en pareil cas.

M. Taillens (de Lausanne) constate qu'il y a des divergences de vues chez les chirurgiens, donc la question reste obscure. La mort subite, vraiment subite, ne peut guère s'expliquer autrement que par un phénomène bulbaire, mais pourquoi ce déclenchement se produit-il? A cause d'un système nerveux labile? Cela semble possible chez certains enfants particulièrement sensibles. En réalité, nous n'en savons rien. Dans l'eczéma, l'auteur fait remarquer que les morts subites s'observent surtout dans les eczémas suintants humides et que l'on empêche de suinter au moyen d'un traitement intensif. Dans ces cas, l'hyperthermie subite et croissante évoque l'idée d'une infection suraiguë, dont il faut tenir compte à côté du choc bulbaire chez un nourrisson qui est essentiellement un être instable, notamment au point de vue thymique et vagotonique. La fermeture de l'émonctoire cutané et l'intoxication qui peut en résulter à la suite de l'arrêt d'un suintement joue aussi certainement un rôle.

M. Nobécourt (de Paris) répond aux différents auteurs ayant participé à la discussion; il constate la plus grande fréquence de la mort subite chez le nourrisson, surtout dans les premiers mois de la vie. On doit certainement invoquer une fragilité bulbaire spéciale à la première enfance. Lemaire a émis l'hypothèse du rôle de la vagotonie, et dans quelques cas même (Hallé) dans cette fragilité intervient un élément héréditaire, comme semble le prouver l'existence de familles, à mort subite.

Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur le rôle du thymus. Sans doute, il y a des cas où l'autopsie montre de manière indéniable une compression des voies aériennes qui explique la mort, mais pas la mort subite. Mais ces faits de compression n'élucident pas le problème; dans la majorité des cas on trouve un cœur imbibé, type de la mort par syncope, et dans ces cas le problème de la mort subite reste entier. La conception de l'état thymico-lymphatique, état très banal, n'explique rien. Somme toute, le thymus ne paraît pas avoir un rôle de tout premier plan dans la pathogénie de la mort subite.

LES ICTÈRES DU NOUVEAU-NÉ

Rapport de M. Ch. Rocaz.

Sur ce vaste sujet le rapporteur a fait une vaste étude, pas encore suffisante, dit-il, pour exposer dans son ensemble cette question si étendue qu'il est impossible de l'enfermer tout entière dans les limites étroites du rapport : pourtant l'auteur a voulu et réussi à faire une mise au point aussi succincte et impartiale que possible des parties les plus obscures et les plus discutées de l'histoire des ictères chez les nouveau-nés âgés de moins de quinze jours, qu'il a éclairées des résultats de ses recherches avec Mme Berchon et Mlle Fiot dans son service de l'hôpital des Enfants et de la Maison maternelle des hospices de Bordeaux.

Le rapporteur étudie d'abord les ictères idiopathiques, puis les ictères pathologiques.

L'étiologie de l'ictère idiopathique est un peu confuse. Le poids joue un rôle indéniable, plutôt de témoin en ce sens que

plus l'enfant naît petit et débile, plus fréquent est l'ictère; le froid ambiant est une cause favorisante de l'ictère, de même que l'anesthésie de la mère au chloroforme. Marfan a signalé la coïncidence de l'ictère avec le céphalhématome; enfin Porak a insisté sur la ligature tardive du cordon.

Moment d'apparition : premier puis second jour, rarement plus tard; il est précédé d'une érythrodermie accentuée; il débute par la face et laisse les ongles indemnes; on note très souvent la coexistence de l'œdème surtout sus-pubien; la température reste normale et les selles ne sont pas décolorées.

L'examen des urines et du sang a une importance capitale, mais, fait curieux, les résultats semblent encore contradictoires, le fait certain est que ces urines sont de moins en moins colorées à mesure que l'on s'éloigne du moment de la naissance. Mais l'urobilinurie est de règle (Hallé, Berchon); parfois même, dit cette dernière, on peut voir de l'urobiline chez des nouveau-nés non ictériques; les sels biliaires sont extrêmement rares; l'hémoglobinurie n'a jamais été constatée; l'albuminurie est fréquente, mais elle l'est aussi chez le nouveau-né normal; il y a de plus abondance de phosphates et d'urates.

L'examen du sang chez le nouveau-né a été l'objet de recherches de Lereboullet en 1901; le taux de la bilirubinémie est toujours élevé chez le nouveau-né; il l'est encore davantage (Hallé) dans le sang du cordon, lequel est aussi plus riche que le sang de la mère, malgré l'hyperbilirubinémie de la grossesse.

De ses recherches nouvelles dans le service de Rocaz, Mme Berchon conclut :

a. La cholémie est très augmentée chez tous les nouveau-nés surtout dans les quinze premiers jours;

b. Elle atteint son maximum le troisième ou quatrième jour, puis diminue lentement pour atteindre les chiffres normaux vers le quinzième jour;

c. Dans les ictères intenses, la cholémie est très élevée. Un fait particulièrement net est l'ascension constante du taux cholémique de la naissance au second jour, et en dehors des conclusions ci-dessus on peut retenir que la cholémie est proportionnelle à l'intensité de l'ictère.

La numération des hématies montre, entre les mains de Mlle Fiot et du rapporteur, qu'il y a effectivement une augmentation chez le nouveau-né; les hématies granuleuses augmentent au cours des premières vingt-quatre heures pour disparaître au huitième jour.

Les études sur la résistance globulaire montrent entre les mains de divers auteurs que : 1° la résistance globulaire, faible à la naissance dans le sang du cordon ombilical, s'accroît progressivement au cours de la première semaine; 2° la résistance globulaire est manifestement plus faible chez le nouveau-né que chez l'adulte; ces conclusions de Cathala et Daunay n'ont pas été confirmées par d'autres auteurs, et de la lecture des recherches exposées dans ce rapport on retient une conclusion éclectique avec cette réserve que les nouvelles recherches semblent bien donner raison en grande partie aux auteurs précis. Mlle Fiot conclut en effet :

1° Qu'il existe dans le sang du nouveau-né une résistance minima nettement et constamment diminuée. La résistance minima est au minimum à la naissance pour augmenter très rapidement et atteindre la normale vere le troisième jour.

2° Que la résistance maxima reste beaucoup plus longtemps supérieure à la normale;

3° Que l'on ne note pas de rapport entre le minimum de résistance globulaire et la prédisposition à l'ictère.

Ces conclusions s'accordent aussi avec les faits si précis rapportés par Hallé, May et d'autres auteurs.

L'étude de la pathogénie de l'ictère idiopathique des nouveau-nés a suscité, dit Rocaz, de multiples travaux avec des hypothèses les plus variées.

Théorie mécanique. — Variété d'ictère par rétention intra-canaliculaire biliaire, abandonnée.

Théorie infectieuse. — Cette théorie garde des partisans; Rocaz la réfute, mais il est aussi simple de faire remarquer que, dans l'hypothèse affirmative infectieuse, il ne s'agit plus d'ictère idiopathique, objet de ce paragraphe, mais bien d'ictère pathologique, objet du paragraphe qui va suivre.

Théorie de la résorption du méconium. — Le méconium contient, en effet, une assez grande quantité de bile, mais on sait depuis les travaux de ces dernières années, que cette théorie n'a aucune chance d'être vraie, comme dit Marfan; le méconium étant acide, les pigments biliaires sont insolubles et, par conséquent, non absorbables.

Théorie de l'hémolyse maternelle. — Abandonnée.

Théorie hémolytique. — Deux théories principales sont en présence. Pour les uns, l'ictère du nouveau-né est hémolytique dû à l'hémolyse d'une partie de la masse sanguine du nouveau-né après la naissance; pour les autres, cet ictère est dû soit à une véritable insuffisance fonctionnelle du foie, pathologique et plus ou moins durable, soit à une simple inadaptation de cet organe dans les premiers jours de la vie. Ces deux opinions peuvent se concilier plus ou moins, mais aucune n'est absolument satisfaisante.

Théorie hépatique. — Pour se rendre compte de la valeur de cette théorie, on a étudié la fonction glycolytique, la fonction protéopexique, le coefficient de Maillard (Mme Berchon : le coefficient est le même chez les ictériques ou non), l'élimination du bleu de méthylène, les fonctions antitoxiques et anti-infectieuses, le retard de la coagulation du sang; de tous ces travaux, on peut conclure que les signes d'insuffisance hépttique sont extrêmement légers, inconstants et transitoires.

Théorie mixte, hémo-hépatique. — C'est à cette théorie que se rallient la plupart des pédiatres français, comme Marfan, Lereboullet et Hallé. Pour le rapporteur, il ne fait aucun doute que le nouveau-né est un ictérique latent; l'ictère idiopathique du nouveau-né est donc un ictère physiologique. Ici Rocaz s'accorde avec l'opinion de Lereboullet. « Le foie du fœtus est une glande vasculaire sanguine; l'élimination se fait en grande partie par la voie centro-lobulaire, et la bile ainsi versée dans la circulation explique la cholémie fœtale. Sa voie d'excrétion naturelle est le cordon ombilical. Il y a élimination placentaire, sinon de la totalité de la bile sécrétée (une partie s'accumule dans l'intestin en contribuant à la formation du méconium), du moins une notable quantité. A la naissance, la ligature du cordon amène une brusque perturbation de cette élimination placentaire biliaire et la bile s'accumule dans le sang. » Il se produit en même temps une hémolyse intense des hématies en excès, entraînant une hypercholémie.

Si le traitement de cet ictère, dit physiologique, est de ce fait de peu d'importance, il n'en est pas de même de sa prophylaxie, et, dans ses services et ses consultations prénatales, Rocaz a été à même à Bordeaux, par des soins méthodiques de la mère en état de grossesse, de diminuer notablement la fréquence de ces ictères.

Les ictères pathologiques. — Si les ictères idiopathiques forment déjà une question complexe et vaste, que dire des ictères pathologiques qui groupent les ictères par rétention, les ictères infectieux et, parmi ces derniers, avec une place à part, les ictères syphilitiques.

Les ictères par rétention présentent un ensemble de signes qui se superposent en grande partie aux mêmes phénomènes chez l'adulte; nous n'y insisterons pas; le foie est toujours gros et il augmente constamment de volume jusqu'à la mort, mort par cachexie progressive et hémorragies ou autres complications terminales après survie variable. On note une utilisation un peu diminuée de la graisse, malgré l'absence

de bile dans l'intestin. Au point de vue pathogénique, il s'agit souvent d'anomalies congénitales variables.

Les ictères infectieux chez le nouveau-né forment un chapitre assez confus, l'ictère n'étant qu'un symptôme de la septicémie à porte d'entrée ombilicale, intestinale, cutanée ou muqueuse. L'infection détermine une hépathie toxi-infectieuse ou des phénomènes hémolytiques ou les deux. On trouvera dans ce chapitre un excellent exposé clinique des différentes formes d'ictère, en particulier de l'ictère bronzé hématurique dont il existe des formes larvées selon Lesage et Demelin, de même l'ictère grave familial.

Malgré qu'il s'agisse à proprement parler d'ictère infectieux, il y a lieu de faire une place à part à l'ictère syphilitique.

Dans tous les ictères du nouveau-né la syphilis paraît jouer un rôle :

1° Pour l'ictère physiologique, ce sont, nous l'avons vu, les enfants prématurés ou nés débiles, qui sont le plus souvent atteints d'ictère et chez lesquels il est le plus intense. Or nous connaissons de plus en plus le rôle de la syphilis dans la débilité congénitale et la naissance avant terme;

2° Pour l'ictère consécutif à une malformation des voies biliaires, il paraît en être de même;

3° Enfin la syphilis peut provoquer chez le nouveau-né un ictère ayant tous les caractères de l'ictère infectieux.

Le rapporteur expose toutes les raisons qui font que la syphilis doit prendre une place de plus en plus importante dans l'histoire des ictères graves des nouveau-nés et c'est avec raison qu'il conclut que chez tout nouveau-né présentant le syndrome de l'ictère grave, il est raisonnable de penser, même en cas d'hémoculture positive, à une syphilis concomitante, et il est prudent de mettre en œuvre le traitement spécifique, lequel, même en cas d'ictère intense, peut amener des guérisons rapides.

M. Lereboullet (de Paris) rappelle ses travaux antérieurs sur l'ictère simple du nouveau-né et souligne l'accord entre ses résultats et ceux rapportés par M. Rocaz et ses élèves, Mme Berchon et Mlle Fiot. Il expose rapidement la conception qu'il a proposée pour expliquer cet ictère physiologique : elle est basée à la fois sur la constance de la cholémie chez le nouveau-né et sur l'hyperglobulie des premiers jours après la naissance. Il rappelle que la cholémie fœtale semble avoir une voie d'élimination, tout au moins partielle par la circulation ombilico-placentaire, élimination dont témoigne la cholémie du sang du cordon. Il en résulte une sorte d'ictère par obstruction temporaire, facilité par l'inadaptation du foie et des reins à leur fonction dans les premiers jours de la naissance. Cet ictère et la cholémie qu'il traduit sont rendus plus intenses par l'hyperglobulie et la destruction globulaire qui la suit. Quel que soit le mécanisme intime de l'érythrolyse et de l'hypercholémie secondaire, celle-ci est un fait certain et son intensité contraste avec l'acholurie habituelle. Progressivement l'élimination de la bile vers l'intestin s'établit normalement; la destruction globulaire cesse et l'ictère disparaît. Il n'est pas besoin d'invoquer un processus pathologique, si léger soit-il, à son origine et les constatations faites récemment complètent heureusement et expliquent celles faites autrefois.

Recherches sur le sang et les urines dans l'ictère simple du nouveau-né. — MM. Lereboullet, Gournay et Detrois. Chez 17 enfants, les auteurs se sont efforcés de préciser, à l'aide de diverses méthodes, la cholémie, le nombre des hématies, leur résistance, ainsi que l'état des urines. Leurs résultats, dans leur ensemble, sont superposables à ceux de Mme Berchon et de Mlle Fiot rapportées par Rocaz.

La cholémie, recherchée et mesurée par les méthodes de Fouchet et de Hijmans Van den Berg a été trouvée constamment assez élevée, sans que toutefois les chiffres soient superposables d'une méthode à l'autre. Fait à noter, la méthode de Van den Berg n'a jamais été positive que par le procédé indirect, ce qui, d'après nombre d'auteurs, implique l'origine sanguine de la cholémie.

Les urines n'ont, malgré cette cholémie élevée, contenu de pigments biliaires et d'urobiline que dans de très rares circonstances. La leucosurie frappe dans la majorité des cas.

Dans la plupart des observations (10 sur 17), une hyperglobulie notable a été constatée au début de l'ictère; elle fait vite place à un chiffre normal en même temps que s'atténue la jaunisse.

La résistance globulaire minima est souvent diminuée, d'autres fois elle est normale. La résistance maxima est en revanche plutôt augmentée, Il paraît difficile de tirer de ces dernières constatations une conclusion précise. Plusieurs examens de sang du cordon corroborent les résultats signalés antérieurement.

L'ensemble de ces recherches concorde avec la théorie physiologique de l'ictère du nouveau-né proposée par ailleurs par Lereboullet.

M. Gautier (de Genève). Il s'agit d'une observation d'un nouveau-né hérédo-syphilitique et prématuré qui présenta dès sa naissance un ictère très marqué. La gravité de l'état général aurait pu faire penser à un ictère grave infectieux, mais l'évolution prolongée et la décoloration complète des selles devait ramener le diagnostic à celui d'ictère par obstruction.

L'enfant succomba à l'âge de vingt-trois jours et l'autopsie révéla que l'obstacle à l'écoulement normal de la bile ne siégeait pas sur les voies biliaires externes où n'existait ni atrophie, ni compression de celles-ci, mais sur le foie qui présentait une raréfaction très marquée des canalicules intra-hépatiques. Il s'agissait donc d'un type assez particulier d'ictère par rétention et ceci chez un nouveau-né hérédo-syphilitique, ce qui correspond bien à l'opinion du rapporteur sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les nouveau-nés ictériques.

Mme Mandels (de Lods) rapporte l'observation d'un enfant nouveau-né ictérique, né d'un famille où quatre enfants étaient morts d'ictère de même que ce dernier où à l'autopsie on trouva les noyaux de la base du cerveau ictériques. Deux autres cas semblables ont été signalés par l'auteur.

Nouvelle contribution à l'étude du traitement de l'ictère du nouveau-né. — MM. Sloboziano, Horia et Herscovici.

1° La quantité de bilirubine et d'acides biliaires qui imprègne les tissus dans l'ictère du nouveau-né est assez importante; la bilirubinémie oscille entre 1/10.000 et 1/20 000 par la méthode de Haselhorst; les concentrations sont à peu près égales à celles de l'ictère de l'enfant plus grand et de l'adulte et dont il est utile, par conséquent, de débarrasser l'organisme.

2° Les substances antiseptiques, l'urotropine et le collargol sont sans action dans l'ictère du nouveau-né;

3° Les acides biliaires, parmi lesquels le décolin Riedel (acide déhydrocholique), même en grande quantité (0g50 par jour), n'a pas d'action manifeste;

4° Par contre, parmi les corps de la série aromatique, l'atophan (phénylquinoline) a une action nette. On a constaté par des ponctions répétées dans le sinus longitudinal que la bilirubinémie tombe à la normale après quelques jours de traitement. L'ictère de la peau disparait assez rapidement.

En nous rapportant au douzième jour de la naissance, les ictères traités par l'atophan guérissent dans une proportion de 79 p. 100, tandis que les ictères non traités guérissent seulement dans une proportion de 32 p. 100.

La dose de l'atophan est de 0g10 par jour; le médicament est incorporé dans un julep gommeux. Dans plus de 1.000 cas

cette médication a été bien tolérée et nous a donné les meilleurs résultats.

MM. E. Lesné, A. Hérain et R. Waitz rapportent une observation d'absence totale du canal cholédoque avec atrésie de la vésicule biliaire. L'ictère était apparu le huitième jour après la naissance.

L'état général de l'enfant était bon lorsque, deux mois après la naissance, il décéda d'affection pulmonaire intercurrente. Au point de vue histologique, les lésions hépatiques étaient surtout localisées au niveau des espaces portées. Ceux-ci étaient élargis avec prolifération conjonctive, infiltration lymphocytaire et présence de néocanalicules biliaires. Les travées hépatiques adjacentes à l'espace porte étaient en voie de désintégration. Ces lésions sont comparables à celles que l'on note au cours du stade initial des cirrhoses biliaires expérimentales.

M. Huber (de Paris). A propos des ictères pathologiques du nourrisson, Julien Huber insiste sur le rôle fréquent de la syphilis à l'origine des ictères hémolytiques du type congénital, sur les réactions provoquées sur la rate et le sang de ces malades par les arsénobenzènes et sur l'inefficacité du traitement spécifique dirigé contre l'ictère hémolytique.

L'auteur rapporte ensuite deux cas étudiés d'ictère et d'anémie hémolysinique chez la mère et le jeune enfant, paraissant établir tantôt une transmission passagère des lysines, tantôt une aptitude morbide définitive.

LES ŒDÈMES CHEZ LE NOURRISSON

Rapport de M. Cathala (de Paris).

Si l'on se reporte aux antécédents, on constate qu'au dernier Congrès de médecine ont été présentés les rapports de Aubel et Mauriac qui attribuent aux œdèmes une pathogénie de déséquilibre minéral de l'organisme, avec beaucoup d'hypothèses assurément séduisantes, mais pas de conclusions fermes ni définitives; le rapport de Gowers qui attribue un rôle dominant à l'équilibre des humeurs, Vallery-Radot tiennent ferme pour la théorie rénale des œdèmes où les chlorures jouent aussi un rôle prépondérant. Au demeurant, la lecture de ces rapports mène à une théorie éclectique une fois de plus.

En face d'un exposé complet de la question des œdèmes, le rapporteur s'est demandé suivant quel plan il allait attaquer et exposer le problème en face de la foule des fats et des théories divergentes dont il avait fait moisson au cours de ses recherches préliminaires. Il en est arrivé à la sage conclusion, celle d'ailleurs qui paraît redevenir de mode, c'est-à-dire de rester le plus près possible de la clinique pour en tirer les indications étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques.

Il faut distinguer cliniquement : a. l'anasarque, b. l'œdème discret, c. les cas où il n'y a pas d'œdème à proprement parler, ce sont ceux où un médecin de médecine générale ne penserait pas à un début d'œdème et que Meyer, dans son mémoire qualifie de pré-œdème. Il y a aussi le cas des enfants qui ne font et ne feront jamais d'œdème véritable et qui sont pourtant, selon le mot de Barbier, des infiltrés.

Au point de vue de l'étiologie, le point important est le moment où apparaît le symptôme; on peut distinguer ainsi des :

a. Œdèmes congénitaux;

b. Œdèmes apparaissant du premier au troisième mois;

c. Œdèmes apparaissant après les trois ou quatre premiers mois.

a. Il s'agit d'une malformation congénitale, et alors divers cas peuvent se présenter, mais ce ne sont pas ceux qui sont intéressants pour le médecin pédiatre, car ils rentrent, de près ou de loin, dans les cas des petites ou grandes monstruosités. Il peut s'agir aussi d'une maladie fœtale ou de ses conséquences, et dans ce cas on est obligé de noter une différence très marquée entre les auteurs français et les auteurs allemands.

Pour les Français, l'œdème du nouveau-né, surtout avec hydramnios, est un test à peu près pathognomonique de la syphilis héréditaire, et en cela le rapporteur est tout à fait d'accord bien que son rapport ne semble pas insister sur ce fait qui lui avait paru évident.

Pour les auteurs allemands, il faut limiter l'importance de la syphilis : seuls pourront être considérés comme des œdèmes syphilitiques les cas où la présence de tréponèmes rendra l'hypothèse évidemment certaine, cette présence étant le test suffisant, mais absolument nécessaire pour affirmer l'origine syphilitique de l'anasarque. En l'absence de constatation de ce tréponème, les auteurs allemands ont créé un syndrome clinique nouveau : l'érythrose hépatoblastique avec anasarque et congénital. C'est sous ce nom que Gautier (de Genève) a publié un cas.

b. Œdèmes des trois premiers mois. En réalité, il s'agit des œdèmes apparaissant chez les nourrissons au cours des trois à cinq premiers mois de la vie, selon la rapidité, plus ou moins grande selon les sujets, avec laquelle le nourrisson change son mode de réaction vis-à-vis des agents extérieurs, plus spécialement alimentaires. Dans ces œdèmes précoces, sinon congénitaux, on peut penser qu'il s'agit d'un dérèglement ou d'une difficulté dans l'établissement de la régulation de l'élimination chlorurée.

c. Dans l'œdème du nourrisson après les trois ou quatre premiers mois, on peut incriminer le facteur rénal dans un grand nombre de cas, mais tous les auteurs qui pensent à une origine rénale ne s'accordent pas sur une étiologie univoque; d'autres auteurs, au contraire, éliminent le facteur rénal presque entièrement et considèrent ces œdèmes comme un trouble général de la nutrition. C'est ainsi que l'on ouvre le chapitre des œdèmes idiopathiques. Si l'on veut grouper les cas on voit que ce sont les facteurs pathologiques influant sur la nutrition qui sont à la base de l'œdème; mais il est difficile de préciser davantage, le fait certain étant la complication du sujet, selon que les œdèmes s'accompagnent de dénutrition apparente ou non, réelle ou non apparente.

Il est un œdème bien curieux, celui de l'état cholériforme.

Dans la question des œdèmes, il y a des gens qui se couchent le soir sans œdème et qui se réveillent le matin avec un œdème considérable. Il s'agit là d'une répartition nouvelle des liquides de l'organisme avec entreposition des liquides dans les espaces lacunaires. Il faut aussi se rappeler toujours qu'il y a des œdèmes avec et sans hydrémie. Des faits intéressants sont ceux signalés par Ribadeau Dumas dans l'eczéma. On trouvera peut-être dans les états spasmophiles un test permettant de rattacher ces œdèmes aux autres œdèmes. La question des humeurs hyperminéralisées, ou des hypercarbonés, ou encore d'autres déséquilibres des milieux intérieurs, joue aussi un rôle. Barbier a bien individualisé les œdèmes florides chez les atrophiques par hyperminéralisation, ce sont à la fois des infiltrés et des atrophiques avec un faux aspect florissant. Ces faits ont été publiés sous le titre de *Pathologie du lait de vache*.

Le chlorure de sodium crée l'œdème chlorurémique chez les enfants soumis à un régime hyperchloruré, comme l'a montré Nobécourt.

Inversement, on connaît les œdèmes des régimes hydrocarbonés avec déficit chloruré (*Chlorhunger* des Allemands), avec rétention d'eau et élimination des chlorures.

Cathala signale encore les œdèmes des carences dus au déséquilibre alimentaire, dirait Mouriquand; il s'agit alors de déficit en vitamines ou de proportions mauvaises entre les différents éléments fondamentaux de la ration alimentaire.

Dans son rapport, il n'a intentionnellement pas traité les rapports des infections avec les œdèmes. Pirquet dit, par exemple, que dans la scarlatine les œdèmes peuvent appa-

raître avant l'albuminurie, fait digne d'attention, étant donné l'auteur de cette observation, mais que Cathala n'a encore jamais observé. Le fait important est que dans toute maladie infectieuse où survient de l'œdème il faut penser d'abord à la possibilité d'une néphrite.

Finalement, ce sont surtout les grands troubles de la nutrition et de l'alimentation, quelle qu'en soit la cause première, qui sont à la base de la reproduction des œdèmes chez le nourrisson.

A propos du sclérœdème sus-pubien du nouveau-né. — M. Woringer (de Strasbourg) avec MM. H. Jacques et H. Burkli décrivent deux formes de cette curieuse affection : l'une relativement fréquente, caractérisée par une tuméfaction légère de la région sus-pubienne, survenant le deuxième, troisième ou quatrième jour après la naissance, durant de trois à six jours, frappant les nouveau-nés des deux sexes, débiles ou normaux ; l'autre beaucoup plus rare (car ils n'en ont observé que 7 cas en six ans), se manifestant plus tardivement, après une ou plusieurs semaines, consistant en un œdème volumineux très dur, élastique, ne gardant pas l'empreinte du doigt, prenant la région sus-pubienne, mais s'étendant souvent sur les organes génitaux et sur les cuisses, d'une durée d'un à six mois et semblant être réservé au sexe masculin. Les auteurs insistent beaucoup sur la consistance particulière de cet œdème qui le distingue nettement de l'œdème banal et qui justifie le nom de « sclérœdème ». Cet aspect clinique spécial semble indiquer une pathogénie différente de celle des autres formes d'œdème décrites par le rapporteur.

Œdèmes congénitaux. — M. Ribadeau Dumas (de Paris). Il en existe deux sortes : *a.* bénins, fréquents; *b.* graves, exceptionnels.

Mais on n'est pas désarmé contre ces œdèmes, dont le traitement consiste dans la suralimentation de façon à atteindre au dixième jour des rations doubles de la normale; en effet, si on rationne ces enfants, ils claquent. L'auteur rapporte un cas démonstratif d'œdème considérable survenu chez un prématuré veuu à huit mois; cet œdème extraordinaire céda à la suralimentation par le lait condensé sucré à doses massives en dix jours. La cause de cet œdème congénital résidait dans le fait que la mère avait été nourrie uniquement au bouillon de légumes pendant sa grossesse et qu'elle était arrivée à l'accouchement avant terme dans un état d'inanition complète. C'est là une indication pathogénique spéciale de l'œdème du nourrisson. Il insiste sur la suralimentation dans les œdèmes congénitaux, condition le plus souvent suffisante et nécessaire pour leur réduction.

Quant aux œdèmes des nourrissons hérédo-syphilitiques, on peut les connaître facilement par la thèse d'Hudelo. L'évolution myéloïde des foies de nouveau-nés est classique; elle s'accompagne d'une véritable anarchie cellulaire; on voit partout des granulomes de globules rouges dans les tissus mésodermiques et on en trouve aussi partout ailleurs ; c'est là une forme myéloïde ou pseudo-leucémique pouvant être considérée comme un granulome infectieux.

Contrairement à l'opinion des auteurs allemands, il a toujours retrouvé les spirochètes dans ces cas. Pour l'étude expérimentale, il s'est adressé à la spirillose des poules, et là on retrouve les granulomes myéloïdes absolument identiques à ceux du nouveau-né hérédo-syphilitique.

M. Ribadeau Dumas insiste sur le fait qu'il a toujours retrouvé les spirochètes, et en grand nombre, sous forme d'un véritable chevelu; il est donc pour le moins superflu d'isoler l'érythroblastose des Allemands, laquelle ne correspond à aucun syndrome nouveau, mais reflète simplement l'épuisement de l'organisme du nourrisson hérédo.

MM. Lereboullet et Marcel Lelong (de Paris). Il s'agit d'un nourrisson de deux mois et demi, atteint d'anasarque avec albuminurie à 2 grammes, avec des stigmates multiples d'hérédo-syphilis, réaction de Wassermann positive, et qui guérit complètement par un traitement au cyanure de mercure et au sulfarsénol. A propos de ce cas, ils montrent que la syphilis du nourrisson peut léser électivement ou avec prédominance le rein et que l'on doit individualiser à cet âge de la vie une forme de néphrite hydropigène, en apparence primitive, à évolution subaiguë, en tout point comparable au type classique de la néphrite secondaire de l'adulte; elle se caractérise essentiellement par de grands œdèmes et une albuminurie importante.

La guérison de leur petit malade, maintenue après un an de surveillance, leur paraît digne de remarque, car ces formes sont réputées de pronostic très sombre; cette guérison semble tenir à l'intensité et à la continuité du traitement mis en œuvre.

La cholestérolémie ayant été dans ce cas de 2g90, les auteurs soulèvent à ce propos la question de la néphrose lipoïdique chez le nourrisson.

Enfin, ils rappellent que la néphrite syphilitique n'épuise évidemment pas la liste de tous les œdèmes syphilitiques du nourrisson ; il y a des œdèmes syphilitiques sans néphrite; le mécanisme en est mystérieux et pose le problème de la pathogénie extrarénale des œdèmes.

M. H. Lemaire (de Paris) rapporte avec Mlle Desbrousses deux observations d'anasarque survenu au cours d'hérédo-syphilis efflorescentes, et montrent qu'il existe pour le moins deux variétés d'anasarque syphilitique d'évolution et de pathogénie différentes. Dans l'une des observations l'enfant était au sein, avait des urines exemptes d'albumine; il guérit avec un traitement au tréparsol; dans l'autre l'enfant était sevré, présentait une infection fébrile à point de départ ombilical et une albuminurie considérable; il mourut en quarante-huit heures.

M. Garot (de Liége). Entre 40 et 50 p. 100 de l'eau éliminée par l'organisme est éliminée par le poumon d'après Meyer; ses propres chiffres à lui, Garot, concordent avec ceux de Meyer. La voie d'élimination rénale est, pour le sujet, plus économique.

Les hypothrepsiques ont une perspiration plus grande que les nourrissons normaux. Il y a donc un grand développement de la perte d'eau par perspiration au cours des états de dénutrition. L'auteur insiste sur l'importance de la déperdition énergétique ainsi réalisée : chaque gramme d'eau évaporée coûte à l'organisme 0,6 calorie. Or, on sait combien est fragile le bilan calorique de l'hypothrepsique grave. L'auteur se demande, vu les grandes exigences alimentaires de ces enfants, s'il n'y aurait pas intérêt à leur présenter une nourriture légèrement concentrée, de manière à ne pas augmenter, par une trop grande ingestion d'eau, le processus de perspiration. Il est permis de croire, en outre, que des altérations subites de la perspiration cutanéo-pulmonaire pourraient être à l'origine de certains états de déshydratation survenant sans fièvre, sans diarrhée, ou au contraire de certains états d'hydratation passagère. Il y aurait donc grand intérêt à mieux préciser les facteurs qui règlent le fonctionnement synergique des diverses voies d'élimination de l'eau.

M. Rohmer (de Strasbourg). La réaction de l'enfant change entre le quatrième et le cinquième mois, mais pas seulement après le troisième mois. Parrot avait déjà vu cela. En ce qui concerne les œdèmes alimentaires, il faut distinguer :

a. Etat hydrolabile constitutionnel ou acquis; on l'observe chez les enfants luttant contre une hyperminéralisation; on y comprend certains eczémateux et les cas de préœdème;

b. Les œdèmes des carences;

c. L'œdème du choléra infantile; l'œdème n'apparaît souvent dans ce dernier cas que lorsque l'on veut réhydrater l'enfant; ce sont les cellules qui ne peuvent plus absorber l'eau qu'on leur donne, ce sont des œdèmes artificiels.

M. Hallé (de Paris). Il a été cité par le rapporteur à propos des œdèmes infectieux chez le nourrisson. Il peut en rapporter deux observations :

a. Enfant d'un an, malade depuis quarante-huit heures, présentant des troubles digestifs, de la fièvre, de l'abattement, et le matin on constate qu'il a 40 degrés et de l'anasarque généralisé et un état pseudo-paralytique; l'auteur avait déjà observé des cas analogues lors de la grande épidémie de grippe. Or, fait curieux, dans ces cas on ne trouve pas d'albumine dans les urines. La thérapeutique consiste dans de grands enveloppements ouatés avec taffetas gommé tout autour, de façon à amener une sudation intense, ce qui réussit aussi dans les néphrites : en trois jours la guérison est complète.

b. Il s'agit d'un enfant de trois mois ayant présenté exactement le même tableau morbide, œdème grippal brusque et généralisé, pas d'albumine et guérison.

Si l'on analyse ces faits d'anasarque généralisé avec état pseudo-paralytique chez le nourrisson au cours de la grippe, il pense que l'on doit rechercher l'explication de ces faits dans l'action du système nerveux qui domine la scène même pour l'anasarque, et l'on ne peut s'empêcher de penser que le virus de la grippe, encore inconnu, présente tous les caractères d'un virus neurotrope, d'après l'allure clinique de la maladie.

M. Barbier (de Paris). On ne sous-estimera jamais le rôle de l'alimentation au lait de vache au lieu du lait maternel dans l'apparition des œdèmes du nourrisson. Si on chiffre par 2 le taux d'élimination des chlorures chez le nourrisson au sein, on doit chiffrer par un taux nettement inférieur l'élimination chez un nourrisson nourri au lait de vache malgré qu'il y ait une élimination surajoutée par l'intestin, laquelle ne joue qu'un rôle accessoire chez le nourrisson au sein. Il suit de cette rétention chloruré, l'apparition de l'œdème.

Chez les éleveurs, on connaît des faits semblables : le veau nourri à la mamelle engraisse normalement et en sus il grandit normalement, tandis que le veau nourri avec le même lait de vache, mais au baquet, engraisse davantage, mais se développe nettement moins; dans cet engraissement entre en ligne de compte chez ce dernier veau un certain degré d'imbibition.

Si on considère un enfant de six mois élevé au lait de vache et pesant 4 kilogrammes et demi; malgré son apparence floride, si on lui enlève le lait de vache, il baisse d'abord de poids, et il faut en prévenir la famille, mais les urines augmentent de quantité, les chlorures s'éliminent et l'enfant ne demande plus à boire la nuit. En même temps l'œdème se résorbe.

Ces faits d'œdème chez les enfants dont le fonctionnement organique général est mauvais relèvent surtout au point de vue thérapeutique, d'un retour vers une alimentation normale.

M. Forest a eu l'occasion de voir des prisonniers de guerre revenir présentant des œdèmes énormes disparaissant avec une grande rapidité dès qu'on leur donne des vitamines; parfois ces prisonniers souffraient d'hémorragies gingivales en même temps que d'œdème.

Fait curieux, l'auteur propose de donner, et il donne lui-même, de l'eau salée qui produirait théoriquement des œdèmes, aux enfants œdémateux où le symptôme apparaît à la fin d'une infection surtout. La carence est pour Forest, à la base d'une très grande quantité d'œdèmes du nourrisson.

M. Cathala (de Paris) montre qu'il n'y a aucune opposition vraie entre lui et les orateurs précédents.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
GASTRO-ENTÉRITES
PEPTOSTHÉNINE
CHOAY
2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS-CACHETS
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale
VIOXYL
MOUNEYRAT
Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique
Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES
FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ
DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour
Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète
Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE. près St-DENIS (Seine)

LE ZINC-SULFARSÉNOL
Adopté par les Hôpitaux
Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :
NETTEMENT PLUS ACTIF
Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.
Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. Revue fr. Dermat. et Vénérologie, n° 4, avril 1927).
1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures ;
2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL
Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine
PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES
Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses
INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.
PRÉSENTATION : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES — XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES — Une à 4 gélules par jour
AMPOULES — Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134.569

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS
Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

Etude élémentaire des arythmies. Lecture des électrogrammes. Phono et cinématographie, par R. LUTEMBACHER. Un volume de 120 pages avec 87 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Il lui a semblé, à la lecture de son rapport, qu'il n'avait pas assez insisté sur le rôle de la syphilis dans la pathogénie des œdèmes; il se rallie tout à fait à l'opinion, par conséquent de M. Ribadeau-Dumas au sujet de l'érythroblastose. Mais le mécanisme de ces œdèmes est très différent selon les cas avec ou sans intervention du rein, et les différentes pathogénies ne sont pas isolées dans chaque cas, mais s'intriquent les unes avec les autres.

M. Barbier a publié une belle étude sur les œdèmes chez le nourrisson, mais ce document est devenu absolument introuvable et, étant donné son intérêt, il serait bon qu'il soit republié ailleurs.

M. Rhomer a raison en écartant la réalité du « trimenon », car la modification des réactions du nourrisson se fait non en un trimestre exactement, mais en une période de trois à quatre, et même parfois cinq mois. Un auteur étranger a fait, il y a un certain temps, un mémoire intéressant sur le métabolisme de l'eau chez le nourrisson : l'hydrémie est de 81 p. 100 à la naissance, elle n'est plus que de 70 à 74 p. 100 quinze à dix-huit heures après; ensuite les nourrissons vont mettre de quatre à cinq mois pour rattraper les 81 p. 100 de la naissance; ensuite cette hydrémie rebaisse progressivement pour atteindre vers douze mois le taux habituel dans la deuxième enfance.

C'est avec juste raison que Nobécourt a rappelé que c'est dans la pédiatrie française qu'a pris naissance la notion des œdèmes alimentaires et thérapeutiques chez le nourrisson après les travaux d'Hutinel.

Forest a insisté sur l'origine de carence des œdèmes; le rapporteur a vu aussi les œdèmes des prisonniers de guerre ayant souffert de privations en Allemagne. Ces œdèmes sont en effet bien influencés par les vitamines, mais il faut se souvenir qu'il y a une période de réadaptation à la nourriture habituelle qui est dangereuse et où l'on doit rationner le sujet pour n'arriver à l'alimentation copieuse et totale que peu à peu.

Il faut insister aussi sur la vulnérabilité particulière des enfants œdémateux âgés de quatre à cinq mois, les œdèmes florides signalés par Barbier sont justement ceux qui sont susceptibles des pires catastrophes, c'est donc avec une grande prudence qu'il faudra déshydrater les anasarques.

Gorot a bien étudié la physiologie de l'eau chez le nourrisson; cette question est en effet très importante et permet d'espérer dans l'avenir des développements importants.

Si l'on regarde en arrière et que l'on médite sur la question qui a fait l'objet de ces discussions intéressantes sur l'œdème du nourrisson, on comprendra l'âme du rapporteur si l'on se souvient de la phrase de Paul Valéry auquel on proposait un beau sujet : « Quel beau sujet, oui, mais combien d'écueils admirables, » disait-il en substance.

PIERRET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1929)

Spartéine et hordénine. — M. RAYMOND-HAMET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1929)

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. Tuffier.

Notice. — M. RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. Brunon (de Rouen).

A propos des centres de malariathérapie. — M. LÉPINE (de Lyon) communique à l'Académie la circulaire ministérielle du 20 juillet 1929 qui donne aux centres de vénéréologie le soin de s'occuper du traitement malariathérapique.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Guillain, Ravaut, qui demande qu'on n'oublie pas les syphiligraphes, Léon Bernard, Chauffard, Claude.

M. le président met aux voix les conclusions de M. Lépine. Le vœu suivant est adopté. L'Académie émet le vœu : que les centres de malariathérapie soient organisés en premier lieu, dans les services hospitaliers de neuro-psychiatrie et de neurologie, normalement destinés au choix des malades auxquels ce traitement peut être appliqué et à l'exécution de ce traitement.

La zoophilie des phlébotomes du Saintonge. — M. J. LEGENDRE. — Le phlébotomus perniciosus qui est apte à transmettre la fièvre de trois jours si fréquente dans le bassin méditerranéen paraissait cantonné jusqu'ici en Orient.

M. Legendre en a noté, à Pons, pour la première fois, en 1923; il en a trouvé davantage, en 1924, il serait plus commun encore en 1929, ce qui paraît être en faveur de la thèse de l'importation.

L'auteur a recherché si la fièvre de trois jours avait été observée dans la région. Il semble qu'il y en ait eu plusieurs cas. Il serait intéressant de la rechercher dans les régions de France où on a pu signaler des phlébotomes.

Action de la fermentation sur la tuberculine. — M. COMIS (d'Athènes).

Action de quelques bases organiques et de leurs chlorhydrates sur le calomel. — M. BOUGAULT.

Rôle phylactique de certains alcaloïdes vis-à-vis d'autres alcaloïdes d'un même végétal. — M. GORIS.

INFORMATIONS

(SUITE)

MÉDECINS DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Un concours ouvert pour le recrutement de six médecins de colonisation primitivement fixé au 18 novembre 1929 est reporté au 18 décembre 1929. Les épreuves auront lieu simultanément à Alger, à Paris (Office de l'Algérie) et au siège des préfectures métropolitaines possédant des facultés ou écoles de médecine.

Les candidats devront faire parvenir leurs demandes au gouvernement général de l'Algérie, service central de l'Assistance publique, à Alger, avant le 18 novembre 1929.

CONGRÈS POLONAIS DE STOMATOLOGIE. — Le IVe Congrès des stomatologistes polonais s'est réuni à Wilna, du 26 au 29 septembre dernier, à l'occasion du XIIIe Congrès de médecine de Pologne. Il a élu, comme président d'honneur, le docteur Herpin, secrétaire général de l'Association stomatologique internationale.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. (Professeur : M. H. CLAUDE.) — Cours du dimanche : *Psychiâtrie élémentaire* (année 1929-1930). — Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu, tous les dimanches à 10 h. 1/2, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis), à partir du dimanche 1er décembre 1929.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le professeur Lecène, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, décédé victime du devoir professionnel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d'huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY · PARIS (17e)

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 30 octobre. — Questions données : « Symptômes, diagnostic et traitement de l'angine de poitrine. — Signes et diagnostic des fractures du rocher. »

MM. Toulmonde, 16; Bridot et Jarrousse, 24; Prunet, 15; Caïn, 25; Postel, 21; Motz, 20; Lemelletier et Calonne, 22; Hornus, 23.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — *Epreuve écrite.* — Séance du 24 octobre. — Questions données : « Nerf grand hypoglosse à partir de son origine apparente. — Forme clinique de la tuberculose nasale. »

MM. Lévy, 25; Aubin, Aubry et Huet, 29; Winter, 25.

Epreuve clinique anonyme. — Séance du 28 octobre. — MM. Huet, 16; Aubin, 20; Winter, 18; Aubry et Lévy, 19.

Candidats admissibles : MM. Aubin, 49; Aubry, 48; Huet, 45.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — La Commission chargée d'établir la liste des candidats admis à accomplir la deuxième année de stage se réunira le jeudi 28 novembre 1929, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le nombre des candidats admis est fixé à dix au maximum.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du vendredi 8 au samedi 16 novembre 1929 inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — RENNES. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Ont été nommés internes : MM. Neveu, Colleu, Pailheret, Dorange, Vallée, Huchet.

Ont été nommés externes : MM. Miroux, Maruelle, Beauverger, Lecorre, Jannic, L'Honoré, Saliou, Guyot, Auffray, Jacq, Lemée, Morvan, Furic, Lecourt, Rickenbach, Désévédavy, Mérel, Bideau, Le Souef, Lemarié.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le professeur Lecène, mort victime de son dévouement.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu l'arrêté du 11 octobre 1929 ouvrant des concours de second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le 5 mai 1930.

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — L'article 1er de l'arrêté susvisé est complété ainsi qu'il suit :

. . . .

Urologie : 12 mai 1930.

ART. 2. — L'article 3 de l'arrêté susvisé (fixation des emplois d'agrégés mis au concours) est complété ainsi qu'il suit :

SECTION	LYON	TOTAUX
. . . .		
Chirurgie générale.	1	4
. . . .		
Urologie.	1	1
. . . .		
Totaux.	8	35

Fait à Paris, le 31 octobre 1929.

PIERRE MARRAUD.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1574.*)

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

Paul LECÈNE

Professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(1878-1929)

Il m'est extrêmement difficile de croire à la mort de Lecène. Quand un ami s'en va ainsi, soudainement, quel douloureux effort faut-il faire pour se persuader que jamais plus, jamais plus on ne croisera sa route, pour *réaliser* sa disparition définitive! Mais ce doute du cœur qui n'accepte pas de perdre ses affections, la raison le partage presque quand il s'agit d'un homme, comme était celui-ci, doué d'une puissance physique admirable, construit pour durer, pour vaincre indéfiniment dans toutes les luttes de la vie.

La Nature qui détruit avec tant d'indifférence les êtres qu'elle a le plus heureusement créés, avait en effet donné à Lecène de hautes qualités intellectuelles et morales, parfaitement équilibrées, encloses dans un corps robuste capable de mener à bonne fin les durs labeurs, d'œuvrer longuement sans défaillance.

Je crois que s'il lui avait plu de donner un autre champ à son activité, sa réussite n'eut pas été moins belle, tant sa facilité à acquérir le savoir et à s'élever était grande. Mais peu de professions lui convenaient sans doute aussi bien que celle qu'il avait choisie et qu'il a illustrée, si courte qu'ait été sa carrière. Il fut un grand chirurgien dans le sens le plus complet de ce mot qu'avec sa vue exacte des hommes et des choses et sa connaissance historique des faits, il avait si parfaitement défini lui-même. Pour lui, le chirurgien n'était ni « un manuel pur trouvant dans l'acte opératoire une joie physique qui lui semble suffire à le rendre toujours légitime », ni « un cérébral pur » tellement séduit par l'intérêt du diagnostic clinique et de la pathologie qu'il en arrive à ne presque plus opérer; c'était l'homme qui a su développer en lui ces deux aptitudes, être à la fois un bon clinicien — « la clinique et l'honnêteté, disait-il, doivent rester la base de toute chirurgie digne de ce nom » — et un bon technicien joignant à des connaissances anatomiques étendues, la dextérité manuelle et une méthode opératoire rigoureuse. Par surcroit, il voulait que ce chirurgien fut aussi un bon anatomo-pathologiste et ne cessat de s'intéresser ou d'aider aux progrès de la physiologie.

Ce portrait du chirurgien idéal qu'il a tracé avec une autorité et une conviction persuasives dans « *L'Evolution de la chirurgie* » un de ses plus beaux livres, ainsi que dans la leçon d'ouverture de son cours professoral, on peut dire aujourd'hui combien il lui ressemble. Et peut-être n'y a-t-il pas de plus simple et de plus magnifique éloge à faire de notre ami disparu.

Il a su, très jeune, apercevoir le but à atteindre, celui qui pouvait le plus exactement satisfaire ses aspirations et donner un emploi à ses facultés et à ses goûts. Il a vu ce qu'il avait à faire pour accomplir pleinement sa destinée et il l'a fait avec un succès constant jusqu'au moment où une maladie accidentelle et hélas! professionnelle, l'a jeté bas en quelques jours, interrompant brutalement le cours d'une vie qui nous émerveillait et promettait de nous étonner longtemps encore.

Il n'avait que 51 ans. Rappelons les étapes qu'il a si vite et si brillamment parcourues. Interne des hôpitaux en 1900 après une seule année d'externat. Aide d'anatomie en 1901. Prosecteur en 1903. Médaille d'or de chirurgie en 1904. Chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé en 1907. Professeur de pathologie externe en 1920. Il était en 1906 vice président de la Société anatomique dont il faisait partie depuis 1902. Il entrait en 1917 à la Société de chirurgie dont il devenait secrétaire général cette année même, en 1918 à la Société de biologie, en 1919 à la Société de neurologie.

Il avait été l'élève, en anatomie de Farabeuf, en médecine de Potain et de Vaquez, en chirurgie de Peyrot, de Quénu, de Terrier et de Hartmann. C'est de ce dernier maître qu'il avait reçu la plus forte empreinte. Mais il était devenu rapidement un maître lui-même. Il donnait l'impression d'avoir su très vite rompre ses lisières et conquérir cette personnalité du talent qui, même chez les hommes supérieurs, ne se dégage que si lentement des influences éducatives.

Ses travaux ont été nombreux mais ils sont moins remarquables par leur quantité que par leur variété, leur clarté, leur précision, leur valeur objective, l'impression de fini qui en émane et presque toujours leur portée pratique. Lecène n'aimait pas les discussions du genre académique, il le disait volontiers, ni ce verbalisme « que l'on aurait pu croire mort depuis longtemps avec la scolastique et qui est en réalité plus vivant que jamais ». Il se méfiait des hypothèses aventureuses. Il voulait se tenir en contact avec les faits. Cette prudence était une forme de son esprit. Mais sa vaste érudition servie par une étonnante mémoire avait aussi contribué à la lui inculquer, en lui montrant combien il est difficile d'innover et combien sont rares les découvertes qui durent.

Il est peu de parties de la pathologie externe et de la chirurgie auxquelles il n'ait touché et qui ne lui aient fourni l'occasion de travaux intéressants. Mais il est incontestable que les tumeurs ont été de tout temps un de ses sujets de prédilection. Son goût pour l'histologie pathologique avait trouvé ici ample matière à s'exercer. Et il avait acquis à cet égard une compétence qui le plaçait au premier rang des rares chirurgiens — trop rares à son gré — capables de faire eux-mêmes le diagnostic microscopique d'une lésion. Sa thèse inaugurale en 1904 avait été consacrée à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle. C'est lui qui rédigea dans la Pratique médico-chirurgicale en 1906, entre autres articles, celui des tumeurs en général. Sur les tumeurs du rein et de la capsule surrénale il publia trois importants mémoires dans les travaux de chirurgie anatomo-clinique de Hartmann (1903 et 1905). Il fit un rapport extrêmement documenté sur les tumeurs solides paranéphrétiques au Congrès de chirurgie de 1919 et écrivit avec Wolfromm un livre sur le cancer du rein en 1923. Il faudrait ajouter à cela de multiples études de moindre importance sur les tumeurs les plus diverses.

Ses principaux ouvrages sont le *Précis de pathologie chirurgicale* dans lequel il a rédigé la partie qui concerne la pathologie générale, les tumeurs et les maladies de divers tissus, la *Thérapeutique chirurgicale générale*, remarquable Traité de forme très personnelle, écrit en collaboration avec Leriche (1925) et la *Chirurgie des os et des articulations des membres* qui a vu le jour il y a quelques mois.

Je ne puis indiquer de l'œuvre écrite de Lecène que les choses essentielles. J'aurais voulu parler encore de l'autorité de son enseignement, de la vigueur de sa dialectique, en particulier si remarquée dans les débats de la Société de chirurgie, envisager en lui le lettré, l'artiste, l'homme de sport. Mais je dois me borner. Aussi bien ne s'agit-il à cette heure que de lui dire adieu.

Gardons le souvenir de ce grand athlète aux larges épaules, au masque énergique et volontaire, aux yeux clairs et doux, de son sourire amical ou gouailleur, de ses gestes brusques, de sa parole vive et décidée, de son esprit alerte et courageux, de son admirable bon sens, de son caractère droit qui ne redoutait ni les devoirs de l'amitié, ni les dangers de l'inimitié, de son cœur honnête et bon.

Songeons à ce que Lecène disait de son maître Peyrot : « Il écrivit peu et son nom par conséquent ne vivra guère que dans la mémoire de ceux qui l'ont connu et aimé (ce qui est peut-être la plus belle façon de survivre pour un chirurgien !) ». Que cette pensée un peu amère et mélancolique va loin! Certes Lecène laisse une œuvre qui sauvera son nom de l'oubli. Mais il aura aussi l'autre survie, celle qu'il semblait préférer : nous le garderons vivant dans notre mémoire nous tous qui l'avons connu, aimé et admiré.

CHASTENET DE GÉRY.

31 octobre 1929.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, Paris

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

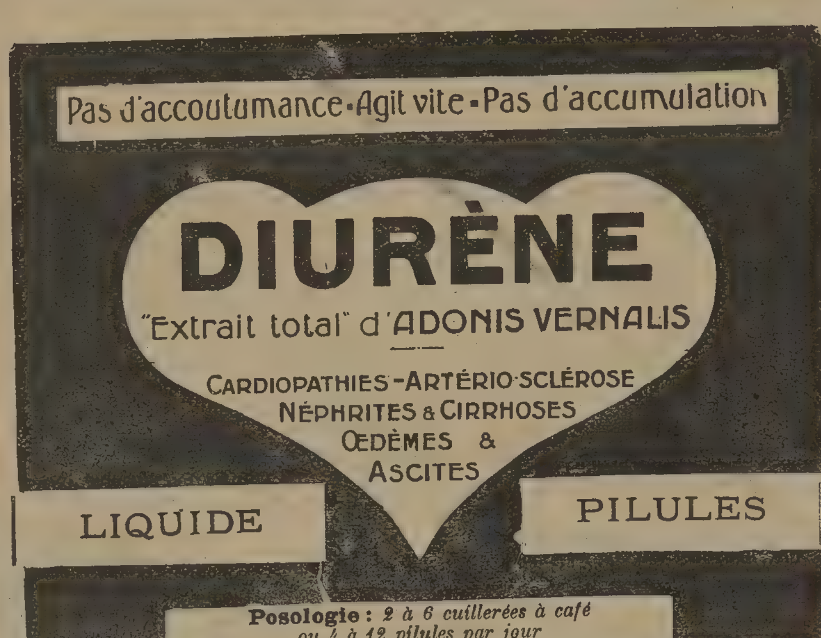
LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs
de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE BISMUTH OLÉO-SOLUBLE

Cardyl

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

INJECTIONS
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86 rue Vieille du Temple PARIS 3e

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

XXXVIIIᵉ CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1929 (1).

TROISIÈME QUESTION

EVOLUTION ET TRAITEMENT DES PLAIES DES TENDONS DE LA MAIN

Résumé du rapport de MM. J.-J. Bloch (de Paris) et P. Bonnet (de Lyon).

Les rapporteurs se défendent de vouloir ouvrir leur travail par une étude anatomique des tendons de la main. Ils se contentent de rappeler trois points essentiels, nécessaires à la compréhension de l'évolution des plaies tendineuses.

Ce sont :

1° L'histologie du tendon.
2° Son appareil de glissement.
3° Ses vaisseaux.

Le tendon est formé par des faisceaux de nature conjonctive. Ces faisceaux d'abord réduits à l'accollement de fibrilles sont séparés par des cellules tendineuses allongées, disposées longitudinalement tout à bout dans le sens du tendon; ce sont les faisceaux primitifs. Ceux-ci se groupent et forment les faisceaux primitifs. Ceux-ci se groupent et forment les faisceaux secondaires. La réunion de ces derniers donne naissance aux faisceaux tertiaires.

Ces faisceaux se différencient surtout par l'épaisseur du tissu conjonctif qui les nuit. Minces entre les faisceaux primitifs, ces travées conjonctives sont plus épaisses entre les faisceaux secondaires; elles le sont davantage encore entre les faisceaux tertiaires.

Elles constituent l'*endotenium* ou *endotendon*.

Au sein de ces travées conjonctives serpentent les éléments vasculo-nerveux.

L'appareil de glissement est différent suivant qu'on considère les portions rectilignes ou les portions réfléchies du tendon.

Dans le premier cas, le tissu conjonctif de glissement est formé d'éléments cellulaires lâches auxquels on donne le nom de paratendon.

On peut aisément les soulever à la pince. Sous eux, le tendon apparaît brillant et nacré.

Le paratendon n'est pas un tissu indépendant. Il se continue avec le tissu cellulaire de voisinage et se confond avec l'endotendon. Il est élastique et se prête en toutes circonstances à la locomotion du tendon.

Là où ce dernier subit un changement de direction comme au poignet ou à la face palmaire des doigts, la disposition n'est plus la même. Le tissu conjonctif s'épaissit et adhère intimement aux aponévroses.

Il en résulte la formation de cloisons conjonctives à dispositions variables suivant les régions.

Tantôt, il existe une cloison unique pour plusieurs tendons c'est le cas à la face antérieure du poignet.

Tantôt, chaque tendon possède sa cloison individuelle qui limite avec l'os sous-jacent un canal un canal ostéo-fibreux (face dorsale du poignet). Mais alors, le tendon est accompagné d'un appareil de glissement différencié : la gaine séreuse entourant elle-même un ou plusieurs tendons.

Cette gaine possède deux foyers, une zone de réflexion et deux extrémités ou culs-de-sacs.

Le feuillet pariétal tapisse la paroi de la loge. Comme les synoviales articulaires, il disparaît au niveau des zones recouvertes de cartilage.

Le feuillet viscéral, beaucoup moins épais, recouvre le tendon et constitue l'épitendon. Là où il vient frotter sur l'os ou le cartilage, les cellules tendineuses prennent un aspect arrondi.

Du côté du squelette, feuillets pariétal et viscéral se confondent, formant le hile du tendon.

A l'autre extrémité de la gaine, leur pouvoir domine un cul-de-sac qui, généralement, déborde la coulisse ostéo-fibreuse.

Les vaisseaux des tendons proviennent des vaisseaux musculaires dans la portion centrale, des vaisseaux périostiques dans la portion d'insertion, des vaisseaux du voisinage dans la portion moyenne.

En dépit de cette triple irrigation, la circulation des tendons est en définitive très pauvre, notablement inférieure à celle des muscles, par exemple; et cette constatation peut, dans une certaine mesure expliquer les difficultés de la réparation chirurgicale.

Historique : La cicatrisation des plaies tendineuses a suscité des travaux dès la fin du XVIIIᵉ siècle.

La formation du tissu cicatriciel fut attribué tour à tour à l'organisation du « blastème exsudé » des extrémités, ou à celle du caillot épancé.

Les uns pensent que le tissu intermédiaire est un véritable tissu tendineux; les autres ne le considèrent que comme un tissu fibreux de remplacement. Même de nos jours, l'accord n'est pas encore fait.

Certains font jouer à la gaine un rôle prépondérant dans les phénomènes de réparation. D'autres enfin, voient là le rôle unique des cellules tendineuses.

Les transplantations de tendon et les greffes, contrairement à ce qu'on espérait, n'ont pas apporté un grand concours à la solution de cette question. Et il faut attendre les travaux contemporains de Nageotte et Sencert pour avoir quelques éclaircissements sur l'évolution biologique des greffes tendineuses.

Des belles expériences des deux auteurs découlent toutes les recherches actuelles ainsi que les procédés techniques dont l'opération de Sterling-Bunnel réalisera la dernière étape par la réparation des fléchisseurs des doigts.

Etude de la régénération tendineuse. — Il convient d'envisager d'abord le cas le plus simple : le tendon sectionné est dépourvu de sa gaine séreuse.

Là encore, il faut distinguer : ou bien la régénération s'est faite spontanément, ou bien les deux bouts tendineux ont été suturés.

La régénération spontanée suppose la non rétraction des deux bouts. Si l'on intervient un mois environ après l'accident, alors que les signes cliniques traduisent une impotence absolue du tendon blessé, on constate que le tissu cicatriciel présente un aspect tout différent de celui du tendon normal. C'est donc bien, du moins à ce stade, un simple tissu de remplacement.

Trois questions sont à résoudre : le tissu conjonctif cicatriciel va-t-il se transformer en tissu tendineux? Si oui, sous quelle influence va se faire cette substitution? Quel est, dans cette métaplasie le rôle respectif du tendon, du tissu conjonctif, et des mouvements?

Dans les premiers jours qui suivent la section, le fourreau péritendineux est envahi par du tissu amorphe gélatineux présentant l'aspect d'un caillot.

Vers le huitième jour, ce caillot englobe les deux extrémi-

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 82, p. 1449, n° 84, p. 1493, et n° 86, p. 1523.

tés tendineuses. Il s'hypertrophie, devient fusiforme tandis que le paratendon se met à proliférer.

Après trois semaines un véritable tissu organisé réunit les tronçons tendineux, ce tissu paraît fort, résistant, mais il n'a pas l'aspect nacré caractéristique du tendon. Sous une certaine traction il se montre en réalité assez peu résistant et se laisse facilement étirer.

L'étude histologique révèle aux premiers jours l'image d'un coagulum fibrineux bientôt pénétré par des capillaires.

Au huitième jour des cellules conjonctives apparaissent, d'abord ovales, irrégulièrement arrondies, puis fusiformes et parallèles entre elles. Le tissu fibrineux devient collagène et s'oriente suivant la direction du tendon.

Au bout de trois semaines, l'aspect général de la préparation rappelle d'assez loin celui d'un tendon; mais la ressemblance devient frappante vers le troisième mois.

Bien des travaux ont été entrepris dans l'espoir d'identifier ce tissu cicatriciel tardif et le tissu tendineux normal. Les auteurs sont à peu près d'accord pour affirmer qu'il s'agit d'un tissu pseudo-tendineux et non d'un tendon vrai.

Il importe peu du reste, dans l'esprit des rapporteurs d'établir la nature véritable de la cicatrice. L'essentiel est que celle-ci soit suffisamment résistante pour assurer la fonction physiologique propre du tendon.

Ederlen, Von Borst, Hoffa, Migliavacca et Imayoski ont avancé que dans les phénomènes de régénération le tissu même du tendon jouait un rôle important. Ceci est loin d'être démontré. Pour être affirmatif et entraîner la conviction il faudrait pouvoir suivre pas à pas l'évolution des cellules tendineuses au cours de la cicatrisation, ce qui est pratiquement impossible.

Quant au rôle du paratendon il semble indéniable. Von Seggel et Schwartz attribuent à cet organe une action primordiale.

C'est de ce tissu conjonctif qu'émaneraient les éléments destinés à la réhabitation du col fibreux. Ce pouvoir réparateur est des plus importants, puisqu'aussi bien, il explique les troubles de régénération qu'on observe dans les régions où le paratendon fait défaut.

Mais son rôle ne se réduit pas à cette seule fonction régénératrice. Il exerce encore une fonction protectrice. C'est encore de lui que partent les néo-formations vasculaires qui assureront la nutrition du tissu intermédiaire. Enfin, il joue également un rôle de fixité qui influe sur le maintien de la tension tendineuse et conséquemment sur la réparation.

Quand le *tendon a été suturé*, on assiste à la succession des mêmes phénomènes biologiques, mais trois points particuliers sont à envisager concernant la nature de la cicatrice, sa solidité, sa mobilité.

Il est exceptionnel que la cicatrisation se fasse sans interposition de tissu intermédiaire.

Sur 23 expériences de suture, Würzel, cependant a obtenu une fois une véritable « restitutio ad integrum ». Ce cas isolé est à retenir puisqu'il démontre la possibilité d'une soudure directe entre les fibres collagènes des deux extrémités.

Les efforts du chirurgien viseront donc à obtenir cette soudure idéale par une coaptation correcte des fragments tendineux. Le tout est d'aboutir à un cal cicatriciel très court.

Le cal présente une solidité suffisante au bout d'une huitaine de jours; entendons par là qu'après ce laps de temps une mobilisation active du tendon est possible à condition qu'il ne se soit produit ni infection ni nécrose au voisinage des fils.

A ce point de vue il faut distinguer parmi les sutures celles qui exercent une striction circulaire sur les tronçons tendineux et celles qui n'en exercent pas. Les premières prédisposent à la nécrose et compromettent très vite le résultat final.

S'il faut en croire Würzel, les cals hypertrophiques sont peu résistants, les cals rétrécis seraient beaucoup meilleurs. Les cals moux élastiques sont gênants parce qu'ils s'allongent; ceux qui sont durs sont aussi de mauvaise qualité; les meilleurs seraient les cals intermédiaires.

La cicatrice bien limitée peut ne pas adhérer aux tissus voisins. Mais le contraire peut se produire. Il existe alors une véritable chéloïde qui se continue insensiblement avec l'aponévrose et la peau.

Ces adhérences sont la conséquence d'une suture vicieuse, d'une infection locale ou d'une immobilisation prolongée à l'excès.

C'est par une technique attentive que le chirurgien évitera ces complications s'il veut obtenir une récupération physiologique satisfaisante.

Processus de régénération dans les plaies avec perte de substance. Greffes tendineuses. — Quand une partie d'un tendon a été détruite, la régénération n'est possible que si elle est « dirigée ».

On emploie dans ce but soit des corps étrangers (écheveaux de soie, fils métalliques, catgut) soit des greffes tissulaires, mortes ou vivantes.

La méthode de Nageotte, qui utilise des greffes tendineuses mortes constitue un procédé de réparation excellent.

L'expérimentation montre en effet qu'une greffe hétéroplastique conservée dans l'alcool est capable de se souder sans formation de tissu intermédiaire. Ultérieurement on retrouva un greffon vivant bourré de cellules identiques à celles d'un tendon normal.

S'agit-il comme le croit Nageotte d'une véritable reviviscence par l'apport au sein du tissu collagène de fibroblastes venus du tissu conjonctif ambiant? Ou bien le greffon n'a-t-il rempli qu'un rôle de conduction; y a-t-il eu, en un mot substitution d'une substance vivante à une substance morte? La question n'est pas encore tranchée.

L'utilisation des greffes vivantes hétéroplastiques ne donne que de mauvais résultats à cause des phénomènes d'intolérance qu'explique l'introduction des albumines étrangères. Il en est tout autrement des greffes autoplastiques.

On s'est servi en Allemagne de fragments de fascia lata ou de tissu cellulaire banal; mieux vaut recourir au tendon lui-même.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les greffes tendineuses vivantes donnent de moins bons résultats que les greffes mortes. Du reste, il n'est pas prouvé que la greffe vivante demeure véritablement vivante. Quoi qu'il en soit, elle passe sûrement par un stade de souffrance peu propice à faciliter sa réhabitation.

Conditions biologiques qui modifient le processus de régénération. — L'évolution du cal tendineux est sous la dépendance de divers facteurs anatomiques, physiologiques ou chirurgicaux.

a. Troubles liés a des raisons d'ordre anatomique : les gaines synoviales.

Un fait est certain : le retard marqué du rétablissement fonctionnel au niveau des points où existe une gaine synoviale.

Bier et Salomon sont allés jusqu'à supposer que la synoviale sécrétait une hormone empêchant le processus de régénération. Il est plus simple de penser que la gaine synoviale isole le tendon du tissu conjonctif ambiant dont le rôle puissamment régénérateur se trouve ainsi annihilé. Et cela est si vrai que si l'on supprime la gaine, la régénération réapparaît. Toutefois cette suppression n'est pas sans inconvénient; elle est suivie de la formation d'adhérences qui compromettent singulièrement le résultat fonctionnel définitif.

b. Troubles d'ordre physiologique. — La mobilisation du tendon intervient considérablement dans l'orientation des

fibroblastes. Le fait d'imprimer des mouvements dans un sens perpendiculaire à l'axe du tendon change l'orientation des fibres tendineuses. Il existe donc une métaplasie fonctionnelle du col tendineux.

D'autre part, l'immobilisation prolongée du tendon réparé, amène son hypertrophie et lui crée des adhérences.

c. TROUBLES D'ORDRE CHIRURGICAL. — Ils résultent d'abord de l'utilisation de corps étrangers au cours de l'acte opératoire. Le matériel de fixation et le matériel d'engainement apportent à la cicatrisation tendineuse des troubles souvent importants. L'usage des membranes destinées à isoler les sutures dans le but d'éviter les adhérences est peu recommandable. Certains accusent même ces membranes de favoriser ces adhérences.

Les traumatismes opératoires même légers créent des foyers hémorragiques intra-tendineux. Enfin, le rôle de l'infection doit être la cause habituelle de la plupart des échecs.

L'évolution des plaies des tendons de la main envisagée au point de vue clinique. — Le chirurgien qui traite une plaie tendineuse se propose un double but :

1° Rétablir la continuité du tendon;

2° Récupérer ses propriétés physiologiques.

Cette deuxième condition est le point le plus délicat du traitement.

Pour la réaliser, il convient de pratiquer, suivant la nature des lésions, soit une simple suture tendineuse, soit un traitement plus complexe.

A. SUTURES TENDINEUSES. — Malgré la simplicité de leur exécution, les résultats sont loin d'être parfaits. Pour apprécier sainement ces résultats il importe de distinguer les sutures des extenseurs de celle des fléchisseurs, le siège anatomique de la lésion dans la continuité du tendon. Enfin, il faut considérer à part les sutures primitives et les sutures secondaires.

Les résultats sont toujours meilleurs quand il s'agit d'extenseurs (90 p. 100 de succès contre 10 p. 100 pour les fléchisseurs). De même, les sutures primitives comportent un pronostic moins sombre que les sutures secondaires. Mais la différence dans les résultats dépend surtout du siège de la lésion : c'est ainsi qu'au niveau des extenseurs les résultats fonctionnels sont d'ordinaire satisfaisants au-dessus du poignet, excellents du carpe, moins bons au niveau des articulations métacarpo-phalangineuses, franchement mauvais aux doigts.

On a noté que la suture des extenseurs du pouce aboutissait fréquemment à des échecs et que l'infection s'y montrait dans les deux tiers des cas.

Pour ce qui est des fléchissements, les résultats sont généralement tous au-dessus du poignet, médiocres dans le canal carpien et à la paume surtout au niveau du bord cubital.

Cependant, quand il s'agit du tendon du long fléchisseur du pouce, le pronostic est réellement meilleur : 19 très bons résultats sur 24 interventions.

B. ETUDE CRITIQUE DES CAUSES D'ÉCHEC. — Les insuccès sont de deux sortes :

La suture n'a pas tenu.

La suture a réussi, mais le tendon ne fonctionne pas.

La désunion de la suture est plus rare qu'on ne le croyait autrefois. La suppuration en est responsable dans 12 à 15 p. 100 des cas. En opérant dans les douze premières heures on a des chances sérieuses d'éviter l'infection. Passé ce délai, la plaie est devenue irrégulière, souillée, et la sagesse commande de renoncer à la suture immédiate.

Les insuccès s'expliquent encore par des causes mécaniques : c'est ainsi que le matériel de suture, le procédé opératoire, la rétraction musculaire, une mobilisation hâtive et quelque peu brutale peuvent amener une désunion précoce.

La suture des extenseurs peut être faite au catgut; mais celle des fléchisseurs exige un matériel de choix : soie n° 0 et 1 ou mieux fil de lin de même grosseur. Etant donné la délicatesse de l'appareil de glissement, la fragilité de la vascularisation, les procédés de suture les meilleurs seront ceux qui éviteront l'étranglement du tendon et qui ménageront l'appareil de glissement. Les procédés de Cunéo et de Sterling-Bunnel répondent à ces desiderata.

La rétraction du bout proximal a été considéré comme une cause importante de désunion. La mobilisation précoce a été accusée du même méfait; il semble pourtant qu'on doive le pratiquer dès les premiers jours qui suivent l'opération, mais avec une certaine prudence.

Quand la suture du tendon est réussie, anatomiquement, et, que cependant la fonction physiologique n'est pas recouvrée, la raison en est toujours dans la production d'adhérences entre ce tendon et l'appareil de glissement.

De telles adhérences peuvent se former sur tout le trajet du tendon, mais elles sont surtout néfastes au niveau des poulies où elles entraînent une fixité absolue.

Pour tenter de conserver cette fonction de mobilité on a essayé successivement de supprimer l'appareil de glissement, ou au contraire de restaurer cet appareil; certains auteurs ont conseillé l'interposition d'un liquide lubréfiant, d'autres l'engaînement de la suture dans une membrane résorbable, tel un fragment d'artère, de veine, d'amnios, de sac herniaire, voire même dans une membrane non résorbable : caoutchouc, papier.

Mais il semble que la véritable solution soit dans la réalisation d'une chirurgie qui ménage l'appareil de glissement. A ce point de vue la technique de Sterling-Bunnell mérite de se généraliser.

C. PROCÉDÉS DE RÉPARATIONS AUTRES QUE LA SUTURE. — Ils se résument dans l'emploi des greffes et les résultats obtenus varient avec la nature du transplant et le siège de la transplantation.

Les greffes mortes sont les meilleures du point de vue physiologique. Pratiquement, elles ont donné de très beaux résultats à Senart, Durand et Jalifer. Les rapporteurs les ont utilisés six fois avec succès. Ils pensent qu'elles constituent le matériel de choix.

Les greffes vivantes sont généralement prélevées aux dépens d'un tendron ou d'une aponévrose. Ces greffes offrent une sensibilité spéciale à l'infection; elles sont fragiles et aboutissent fréquemment à des adhérences définitives. Néanmoins Sterling-Bunnell qui utilise pour réparer les fléchisseurs des doigts un greffon emprunté au fléchisseur superficiel a obtenu des résultats remarquables dans 90 p. 100 de ses interventions.

D'une façon générale, la réparation par greffes donne ses meilleurs résultats au niveau des extenseurs ; la récupération fonctionnelle y est d'ordinaire excellente.

Du côté des fléchisseurs on peut encore noter des succès appréciables à l'avant-bras et à la paume; par contre, au niveau des doigts, l'échec est presque fatal.

La technique de Sterling-Bunnell n'a été pratiquée en France qu'exceptionnellement dans ces derniers cas. Elle améliore cependant les statistiques, et 17 observations de greffes pratiquées par ce procédé dans le service de Cunéo ont donné 7 résultats favorables : 2 échecs par suppuration et 8 par technique imparfaite.

Les insuccès s'expliquent surtout par la non-réhabitation du greffon et par les adhérences. Celles-ci peuvent être diminuées par les procédés de tunnellisation et la mobilisation opportune; il n'est guère possible de les éviter complètement. Mais ces succès partiels sont loin d'être négligeables, la limitation des mouvements qui persiste traduit cependant une amélioration fonctionnelle dont les blessés se montrent d'ordinaire satisfaits. Ces améliorations s'expliquent par

l'action combinée des interosseux. En effet, si la greffe adhère un tant soit peu, elle s'oppose aux mouvements d'extension des deux dernières phalanges; l'interosseux devient alors uniquement fléchisseur et provoque le mouvement total d'excursion du doigt. Si, de plus, celui-ci est légèrement fléchi au départ, la pulpe peut être entraînée très loin et venir se mettre en contact avec le talon de la main.

La coexistence de lésions nerveuses constitue un facteur important auquel il faut penser en face d'un résultat insuffisant. Elles peuvent atteindre non seulement les gros troncs, mais encore les nerfs digitaux sensitifs. La suture est toujours à tenter même sur les filets les plus petits.

Technique opératoire. — Après avoir exposé en détails les indications opératoires, l'asepsie de la région, le choix de l'anesthésique et la question de l'ischémie préventive, les rapporteurs envisagent longuement les différents procédés classiques de réparation applicables au niveau des tendons fléchisseurs et extenseurs. Ils étudient les procédés un par un pour chaque région et pour chaque doigt.

La description de l'opération de Sterling-Bunnel mérite une attention particulière; en voici les principaux temps : découverte de la gaine qu'on s'efforce de conserver dans son intégralité.

Evidement de la gaine de ses tendons par tunnellisation et rugination.

Introduction au sein de cette gaine d'un nouveau tendon-greffe que l'on amène en position grâce à deux incisions « ad hoc ».

Traitement postopératoire. — Immédiatement après l'intervention, il convient d'immobiliser le membre en position de relâchement musculaire s'il s'est agi d'une suture des extenseurs, en position de flexion s'il s'est agi d'une suture des fléchisseurs.

Cette immobilisation doit être maintenue pendant une quinzaine de jours pour les extenseurs; après quoi on procède à une mobilisation prudente. Mais si l'intervention a porté sur les tendons fléchisseurs, la mobilisation doit être très précoce, au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Le traitement physiothérapique n'est pas à négliger. Bourguignon, Auvray et Cunéo utilisent un courant galvanique de 1 à 4 milliampères, jamais davantage. Les électrodes imbibées d'une solution d'iodure de potassium à 1 p. 100 sont maintenues en place une demi-heure. Des phénomènes d'accoutumance toujours possibles nécessitent un traitement discontinu. On note l'assouplissement des cicatrices, le relâchement des adhérences, une amélioration frappante des troubles fonctionnels.

Discussion.

M. Alivisatos (d'Athènes). La suture des plaies tendineuses est une véritable opération d'urgence. Réalisée dans les premières heures qui suivent le traumatisme, elle doit donner un résultat très suffisant au point de vue fonctionnel.

L'imperfection de la désinfection est la cause habituelle des échecs; or, cette désinfection, facile au début, devient irréalisable après quelques jours. Dans ce dernier cas, il faut au contraire savoir attendre. Ce n'est que deux ou trois mois après la cicatrisation de la plaie qu'on peut tenter la suture tendineuse.

L'auteur n'a jamais pratiqué l'opération de Sterling-Bunnel qui lui paraît ingénieuse mais d'exécution délicate.

Dans 27 cas de section des tendons extenseurs, il a exécuté 24 fois la suture primitive et 3 fois seulement la suture secondaire.

Dans 42 cas de section des tendons fléchisseurs, il a réalisé 37 sutures primitives et 5 sutures secondaires.

M. Leonte (de Bucarest). Les adhérences sont le grand obstacle à une récupération fonctionnelle complète; mais les plus nocives sont celles qui se produisent superficielleme[nt] entre le tendon et la peau. Pour les prévenir, l'auteur co[n]seille l'interposition entre le tendon et les téguments d'u[ne] membrane péritonéale. Dans un cas où il a employé ce pr[o]cédé il a obtenu un résultat fonctionnel parfait.

M. Guyot (de Bordeaux) a eu l'occasion, il y a vingt an[s] de soigner une enfant de huit ans dont tous les tendo[ns] fléchisseurs, le médian et le cubital, avaient été sectionnés [au] niveau du poignet. Le résultat fonctionnel fu[t] ...

L'auteur explique ce succès par l'âge du sujet, l'emploi d[e] l'anesthésie générale qui lui paraît nécessaire dans tous [les] cas de ce genre, la précocité de l'opération qui fut réalis[ée] trois heures après l'accident, l'absence d'hémostase prév[en]tive, l'immobilisation assez longue dans un grand appare[il] plâtré, le traitement postopératoire rigoureusement obser[vé].

M. Arnaud (de Saint-Etienne) assure l'isolement du tendo[n] suturé par l'addition d'un corps gras lubrifiant. Ce procéd[é] qui rappelle le traitement préconisé par lui il y a quelque[s] années contre les adhérences péritonéales (huile camphr[ée] répandue abondamment dans l'abdomen) lui paraît préférab[le] à l'interposition d'une membrane ou d'un fragment d'apo[]névrose.

Il a obtenu de bons résultats à la main et au poignet, [des] résultats partiels au niveau des doigts.

M. Yves Delagenière (du Mans) emploie pour les suture[s] tendineuses du fil de bronze d'aluminium très fin. En cas d[e] suppuration ce fil n'est pas éliminé. Il est d'une solidit[é] remarquable et toujours parfaitement toléré.

Sur 21 interventions, l'auteur n'a obtenu que de bon[s] résultats.

M. Lardennois (de Reims) préconise l'emploi des greffe[s] graisseuses pour isoler les tendons. Quand il s'agit de sutur[er] un tendon fléchisseur au niveau d'un doigt, il s'efforce de n[e] pas ouvrir la gaine fibreuse. En pareil cas, renonçant à l[a] suture classique bien coaptée, il procède la façon suivante : l[e] fragment proximal est sain et accroché par un fil posé en lacet; les deux chefs de ce fil sont passés dans le tunnel avec un passe-cordon; ils attirent le bout proximal au contact du bout distal. Quand le contact est bien établi, il suffit pour le fixer solidement de passer les deux chefs à travers le tendon distal là où on le peut, c'est-à-dire en-dessous de la gouttière, et de les nouer.

Le fragment proximal est bien tendu et étalé, le distal est rapproché par une suture d'appui. Si le fil est solide et bien placé, on peut voir le tendon ainsi réuni et solidaire suivre les mouvements du doigt.

M. Rottenstein (de Marseille) présente une observation de section du long extenseur propre du pouce datant de huit mois avec écartement de 1 centimètre 1/2 des deux extrémités tendineuses.

L'auteur engaina les tronçons tendineux dans un fragment de saphène. La guérison se fit par première intension. Les mouvements furent récupérés complètement et le malade exerce à nouveau depuis trois ans sa profession de coiffeur.

L'emploi de ce greffon veineux semble mettre à l'abri des adhérences post-opératoires.

M. Massini (de Marseille) est partisan de la suture primitive qui constitue pour lui la méthode de choix. Il insiste sur la nécessité d'une asepsie parfaite. Il utilise souvent la vaccination sous-cutanée et les bouillons vaccins, le baotériophage de d'Hérelle.

Pour éviter les adhérences, l'engainement des tendons dans une membrane animale lui paraît de bonne pratique. La suture est faite « en lacets de souliers » à la façon de Cunéo.

L'auteur préconise la mobilisation rapide et le traitement électrique post-opératoire.

Sa statistique comprend 14 sutures dont 11 primitives (7 sur les fléchisseurs, 2 sur les extenseurs) et 3 secondaires.

...r les fléchisseurs, il a obtenu 3 bons résultats et 4 résul... ...satisfaisants. Pour les extenseurs 4 succès sur 4 inter...ventions.

...es mesures secondaires lui ont donné 1 résultat passable; ... autres cas ont nécessité des greffes secondaires.

...M. Sénéchal (de Paris) suture les 2 segments tendineux ...catgut 0 ou 00. Ce catgut est passé en anse à 1 centimètre ...moins de la tranche de section. Un, deux, parfois trois ...guts ... passés dans des places différentes. ...Ces anses de catgut sont serrées doucement de façon à ...ner les deux segments au contact l'un de l'autre. Un ou ...x points supplémentaires n'intéressant que le tissu cellu... ...lâche et la portion toute superficielle du tendon assurent ...affrontement exact.

...La peau et la gaine sont suturées en un seul plan. Un em...umement au collargol et un pansement ouaté parfois doublé ...une attelle sont appliqués immédiatement après l'opération. ...mobilisation passive au bout de quarante-huit heures et pen...nt sept jours; mobilisation active ensuite pendant des mois ...ais sans aucun appareillage.

(*A suivre.*) DARIAU.

ACTUALITÉS

L'YOHIMBINE

Les propriétés de cette substance sont depuis ...ongtemps connues des indigènes du Cameroun, du ...ongo et de la Guinée qui employaient comme ...phrodisiaque l'écorce de certains végétaux dont elle ...paraît être le principe actif. Mais c'est seulement ...depuis une vingtaine d'années que l'étude systéma...tique en a été entreprise tant au point de vue chi...mique qu'au point de vue physiologique. Dans ce ...dernier domaine, nos connaissances seront sans ...doute complétées par les travaux à venir.

L'yohimbine est un alcaloïde extrait du Pausi...nystalia yohimbehe (alias yumbehoa) rubiacée de la ...forêt tropicale d'Afrique. Telle est tout au moins la ...nomenclature présente (1). On ne connaît en effet pas moins d'une cinquantaine de rubiacées très ana...logues dont dix espèces de pausinystalia dans la même zone géographique; certaines de ces autres espèces ont aussi des applications médicales (P. ma...croceras, P. gabonensis). Mais la plupart contiennent des alcaloïdes aux propriétés différentes et souvent plus toxiques que l'yohimbine. Il semble, en l'état actuel de nos connaissances; que le pausinystalia yohimbe soit la seule espèce capable de fournir des produits d'activité constante. L'écorce en est très dure et a une couleur chocolat clair; elle renferme trois alcaloïdes l'yohimbinine, jaune, sans grande activité physiologique, l'yohimbine blanche et cris...tallisée, active, qui seule nous intéresse ici et la mésoyohimbine, très voisine.

Propriétés physico-chimiques. — Elles ont été prin...cipalement étudiées par Fourneau et par Spiegel; d'autres auteurs se sont ensuite attachés à l'étude de cette substance.

C'est un *alcaloïde* dont la formule globale est $C^{21}H^{26}N^2o^2$ pour Fourneau, $C^{22}H^{28}N^2o^3$ pour Spiegel. Si l'on accepte la première formule, l'yohimbine serait isomère de la corynanthine, alcaloïde que l'on retire d'espèces botaniques très voisines. Quoi qu'il en soit l'une et l'autre sont des éthers de l'acide yohimbique (yohimbine = éther méthylique) chimi...quement et physiologiquement très analogues. La corynanthine semble cependant de beaucoup la plus toxique.

C'est une poudre cristalline blanche, fondant à 232-234 degrés; elle se dissout aisément dans l'al...cool, l'éther, l'acétone, le chloroforme, moins aisé...ment dans la benzine; elle est insoluble dans l'eau.

La lumière la colore en jaune puis en rouge; elle se colore de plus en vert puis en jaune par l'acide azotique, en rouge cerise par la potasse alcoolique; ces réactions colorées permettent avec quelques autres de la caractériser. Elle réduit les solutions alcalines de sels d'argent et précipite en jaune par l'acide picrique.

La lumière et l'air lui font perdre rapidement ses propriétés physiologiques.

Comme tous les alcaloïdes, elle donne avec les acides des sels. Le *chlorhydrate* est le principal puisque c'est celui qui est employé en médecine. Il est très stable. Ce sont de petits cristaux incolores fondant à 290 degrés, solubles dans l'eau surtout à chaud et qui conservent bien leur activité. Déposés sur la muqueuse linguale ils produisent une sensa...tion d'engourdissement comparable à celle que pro...duit la cocaïne.

Propriétés physiologiques. — Localement l'yohim...bine est douée de *propriétés anesthésiques* ana...logues à celles de la cocaïne et faciles à observer sur la muqueuse linguale et conjonctivale.

Action sur le système nerveux. — L'yohimbine paraît un *excitant général* ayant quelque ressem...blance avec la strychnine. Après injection d'une dose suffisante d'yohimbine on constate, en effet, un renforcement de la réponse du système nerveux à tous les excitants quels qu'ils soient. Expérimenta...lement on provoque de plus, dans certains cas mais non dans tous, l'apparition de phénomènes convul...sifs souvent accompagnés de crises passagères de tachycardie.

Action sur l'appareil génital. — L'emploi qu'en font les indigènes dans les régions tropicales et les résultats de l'expérimentation s'accordent sur la réalité de ses propriétés aphrodisiaques.

Le mécanisme principal semble vasculaire : *vaso-dilatation intense* amenant des érections plus ra...pides et plus vigoureuses que normalement. On constate en même temps chez l'animal de l'hyperé...mie des conjonctives et de certains territoires péri...phériques (circulation cutanée de l'oreille, conjonc...tive). Chez l'homme ces effets ont paru moins constants à certains physiologistes et thérapeutes; il faut sans doute faire intervenir ici l'activité du produit employé et l'état physiologique du sujet observé.

Il semble y avoir aussi action directe de l'yohim...bine sur les centres nerveux lombo-sacrés et peut-

(1) Certains auteurs préfèrent l'appellation de pseudocinchona yohimbe (Chevalier).

être aussi (Petersen) sur la sécrétion testiculaire elle-même.

Action sur l'appareil respiratoire. — Chez l'animal une dose faible d'yohimbine produit de l'*accélération respiratoire*, mouvements respiratoires rapides et profonds avec sensation de dyspnée. La durée en est brève et les phénomènes disparaissent sans laisser derrière eux de séquelle. A forte dose la tachypnée-dyspnée est interrompue par de courtes phases de ralentissement respiratoire d'un quart à une demi-minute; elle s'accompagne d'une tachycardie qui peut durer une heure et demie.

Action sur le cœur. — L'expérimentation montre qu'elle s'exerce exclusivement par l'intermédiaire du sympathique moteur.

A faible dose on observe du *ralentissement du pouls*. Ce ralentissement est maximum en une demi-heure environ, puis s'atténue pour disparaître en quarante-cinq à cinquante minutes sans renforcement appréciable de la systole.

Des doses toxiques peuvent donner des palpitations avec de la tachycardie et des troubles de la conduction (alternatives de tachycardie avec de courtes phases de ralentissement) aboutissant à l'arrêt du cœur en diastole.

Action sur la tension artérielle. — La présence de congestions viscérales diffuses (rein, rate, intestin) après mort par intoxication yohimbique met bien en évidence les *propriétés vaso-dilatatrices* énergiques de cet alcaloïde. Dès l'administration de doses moyennes, en effet, on observe un *abaissement considérable de la tension artérielle* qui, cependant, revient graduellement à la normale. Pour de fortes doses, on observe en revanche, en un temps très court, un effondrement définitif de la tension artérielle qui aboutit à l'arrêt du cœur en diastole après quelques minutes.

Antagonismes physiologiques. — Ces phénomènes d'antagonisme portent sur le domaine respiratoire et circulatoire et sont comparables à ceux qu'on avait déjà observés avec certains produits extraits de l'ergot de seigle, l'ergotamine en particulier. On a observé que l'yohimbine inversait l'action hypertensive de la nicotine, de la cytisine, de la lobéline. Vis-à-vis de l'action apnéisante de la nicotine son action est contestée par Gley et Garnecki. On tend à penser que ces effets sont dus à l'action de ces divers produits sur la sécrétion de l'adrénaline.

C'est en tous cas vis-à-vis de l'adrénaline, et aussi vis-à-vis de l'éphédrine mais suivant une progression un peu différente, que cette action se montre la plus nette et a été le mieux étudiée. L'action est la même que l'adrénaline ait été sécrétée par les surrénales ou qu'elle ait été introduite dans l'organisme (R. Hamet).

L'yohimbine inverse l'action de l'adrénaline sur le système respiratoire. — Une dose d'adrénaline suffisant à provoquer l'apnée chez un animal neuf ne la produit plus si l'animal a reçu auparavant de l'yohimbine, même à faible dose; il se produit au contraire de la polypnée.

L'injection d'yohimbine à dose minime entr[ave] l'action hypertensive de l'adrénaline. — L'hypert[en]sion produite par l'injection de cinq centièmes [de] milligramme d'adrénaline disparaît si l'on injecte [un] cinquième de milligramme d'yohimbine. L'injecti[on] préalable d'yohimbine empêche de même la splén[o]contraction avec plaquettose sanguine que devr[ait] provoquer une injection d'adrénaline (Binet et K[a]plan).

L'injection d'adrénaline après injection d'yohim[bine] ne produit aucun effet compensateur d'hype[r]tension; l'*adrénaline est dans ce cas hypotensive* [et] tend plutôt à exagérer l'hypotension yohimbique.

On a pu également constater que dans ce c[as] l'adrénaline ne cause aucune vaso-dilatation a[u] niveau du rein.

L'étude de cet antagonisme et celle de l'anima[l] atropiné ont amené à conclure que l'*yohimbine ag[it] uniquement sur le sympathique moteur vaso-cons[tricteur]* sans agir de façon directe sur le sympathique inhibiteur ni le parasympathique (R. Hamet).

Indications. — L'indication principale de l'yohimbine est l'*impuissance génitale*.

C'est surtout chez l'homme qu'elle a été employée; les résultats semblent surtout réguliers dans l'*impuissance d'origine neurasthénique*; dans les impuissances résultant de la faiblesse ou d'une paralysie les résultats sont moins constants; ils paraissent cependant bons dans 50 p. 100 des cas. Dans l'impuissance du tabes et de la paralysie générale l'insuccès est la règle.

On a également employé l'yohimbine chez la femme avec un certain succès contre l'anesthésie et la frigidité génitales.

Les expériences de Cramer et de Marshall ont montré chez la femelle la production expérimentale du rut et chez la poule l'anticipation de la puberté. Aussi a-t-on essayé chez la femme l'yohimbine *contre les aménorrhées et les dysménorrhées*. Les résultats obtenus semblent assez satisfaisants : le flux menstruel est à la fois plus abondant et de plus courte durée, les coliques prémenstruelles sont habituellement supprimées. Enfin, les phénomènes surajoutés : anorexie, asthénie, migraines disparaîtraient. L'yohimbine aurait de plus l'avantage de ne pas faire courir le risque d'un avortement en cas de grossesse au début (Genty et Raymond, Hamet).

Les autres indications de l'yohimbine sont accessoires. Les *ophtalmologistes* peuvent y recourir pour réaliser par instillations *l'anesthésie de la conjonctive*.

L'yohimbine a été également utilisée au cours de *l'hypogalactie* comme galactagogue (Cortia, Nölle) avec de bons résultats dans la moitié des cas. De même, Fritsch a voulu tirer parti de son action excitante générale contre l'incontinence urinaire et le ténesme vésical.

Ce sont là des indications exceptionnelles.

Il est enfin des indications qui sont encore à étudier et qui ont été proposées plus encore qu'expérimentées : hypertension (Meyer); Stibio envisage son emploi comme tonique général, par analogie avec la strychnine et l'ibogaïne, comme tonicardiaque des-

iné à prolonger les effets du strophantus et de l'ouabaïne. C'est là encore le domaine de la pure théorie; dans le domaine des cardiopathies, en particulier, l'action dépressive de la yohimbine doit faire élever les plus expresses réserves sur son utilisation. *Il est même prudent de considérer les affections cardiaques comme une contre-indication, jusqu'à plus ample informé, de l'emploi de l'yohimbine.*

Mode d'administration. Posologie. — Il est utile à la constance des résultats et à l'innocuité du médicament de n'user que d'une préparation toujours la même de chlorhydrate d'yohimbine dont on connaît bien l'activité. S'il est de bonnes préparations galéniques d'yohimbine, l'incertitude où l'on demeure de leur teneur en alcaloïde, de l'écorce végétale qui leur a servi de base, de leur état de conservation et de leur pureté chimique doit faire exprimer les plus expresses réserves sur les résultats qu'on peut attendre d'un bon nombre de ces préparations.

On doit ne pas oublier non plus la rapidité avec laquelle se transforment les solutions d'yohimbine à moins d'être conservées en flacon de verre jaune soigneusement bouché.

On l'emploie en oculistique sous forme de solution à cinquante centigrammes p. 100.

Comme *aphrodisiaque ou dans les autres indications médicales* l'yohimbine peut être administrée *par os ou par voie sous-cutanée*; per os on emploie tantôt des pilules ou des tablettes dosées à cinq milligrammes l'une; on en donne trois par vingt-quatre heures en trois prises soit quinze milligrammes, tantôt *une solution qu'on administre par gouttes* en deux ou trois prises pour atteindre une dose égale ou un peu inférieure; par exemple V à X gouttes trois fois par jour de la solution :

Chlorhydrate d'yohimbine. dix centigrammes
Alcoolat de mélisse....... 10 grammes

On peut enfin par *voie hypodermique* employer une solution dans l'eau chloroformée dosée à cinq milligrammes pour dix gouttes; dont on injectera X gouttes trois fois dans les vingt-quatre heures.

Accidents. Toxicité. — Les études pharmacologiques, pourtant déjà nombreuses, n'ont pas encore permis d'arriver à un accord sur le degré exact de toxicité de l'yohimbine; aucun auteur ne conteste toutefois que cette toxicité ne soit très faible. Nous ne citerons pas ici, en raison de leur trop grande différence, les divers chiffres qui ont été publiés sur ce sujet. Ces divergences sont certainement en partie attribuables aux dissemblances entre produits expérimentés.

On a, par contre, publié un certain nombre d'observations cliniques d'intoxication par l'yohimbine. Dans tous les cas, on a noté un très grand écart entre la dose qui avait causé les accidents et les doses considérées comme efficaces en thérapeutique (six centigrammes dans l'observation de Genty et Raymond Hamet, 1g8 dans le cas de Meyer). Il s'agit donc d'un médicament maniable.

On peut considérer comme *signes d'intolérance*, qui peuvent apparaître avec des doses nullement téméraires, un léger vertige, de la céphalée, de la salivation, des brûlures dans les yeux.

Des *doses plus fortes* donnent de l'*hyperexcitabilité nerveuse, des palpitations, des coliques intestinales.*

Dans des cas plus graves on a observé des frissons, un délire hallucinatoire avec céphalée surtout occipitale, du priapisme. Les troubles ne durent en général que quelques heures et la convalescence semble brève à en juger par la curieuse observation de Lehrmann.

Dans le cas très grave observé par Meyer on a noté de plus de l'hypotension, du coma avec cyanose et abolition des réflexes qui sans le priapisme et les commémoratifs aurait pu en imposer pour une hémorragie ou une embolie cérébrales; la convalescence commença cependant au bout de quelques heures.

Dans les intoxications expérimentales de l'animal on note deux phases successives, paralytique puis convulsive. La mort survient par paralysie respiratoire, ou lorsqu'on pratique la respiration artificielle, par syncope cardiaque. L'autopsie montre une congestion intense et généralisée des viscères avec participation de l'appareil génital; cœur en diastole.

L'yohimbine semble donc un médicament peu dangereux. Mais il est primordial de n'employer que des produits étalonnés en alcaloïde pur et non en alcaloïdes totaux. Les pseudo-yohimbines sont les unes inertes, les autres notablement plus toxiques que l'yohimbine vraie et exposent à des mécomptes.

R. LEVENT.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 4 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Hartmann, Mathieu et Portes. — M. Jadlovker. Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut (1926). — M. Jubréaux. La ceinture eutocique dans ses applications pendant la grossesse et le travail. — Mme Kaufmann. Maladie de Köhler-Stieda.

Mardi 5 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, P. Duval et Lévy-Valensi. — M. Hennion. Asthme et maladie de Basedow. — M. Vinceneux. Etude de psychopathologie historique. « Les ambigus » : l'abbé de Choisy. — M. Tambareau. Etude critique du traitement de la tuberculose génitale de l'homme. « L'épididytectomie. »

Mercredi 6 novembre. — Jury : MM. L. Bernard, président; Lemierre, Sebileau et Debré. — M. COFINO UBICO. La sensibilité à la tuberculine chez les enfants ayant ingéré du vaccin B. C. G. — M. PENANHOAT. Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. TAWIL. Traitement opératoire des décollements du pavillon de l'oreille.

Jeudi 7 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. P. Duval, Bresson et Coquot. — M. RICHOU. Des amputations des membres chez les carnivores.

Vendredi 8 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Marcel Labbé, Dechambre et Moussu. — M. BRINET. Observation sur ce qui passe dans une étable de vingt-cinq vaches en vingt-cinq ans. — M. FRANÇOIS. L'élevage porcin dans la Creuse.

INFORMATIONS

(SUITE)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours du clinicat.* — Ont été nommés :

M. Lory, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie médicale et médecine expérimentale et de clinique médicale;

M. Traissac, comme chef de clinique médicale des maladies des enfants;

M. Douat, comme chef de clinique ophtalmologique;

M. Wangermez, comme chef de clinique d'électricité médicale;

M. Blanc, comme chef de clinique des maladies des voies urinaires;

M. Gré, comme chef de clinique médicale;

M. Cueille, comme chef de clinique gynécologique;

LE PRIX NOBEL DE MÉDECINE. — Le prix Nobel de m decine pour 1929 sera partagé entre le professeur Christ Eijkman (d'Utrecht) et sir Frederic Honkins (de Camb

Le professeur Eijkman doit cette distinction aux trav qu'il a poursuivis depuis 1897 sur les vitamines et notamm sur la vitamine B, antibéribérique, ayant établi le rôle carence dans la genèse des polynévrites.

Sir Frederic Hopkins, a également effectué de bel recherches sur les vitamines et sur beaucoup d'autres cha tres de la chimie biologique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la m de M. Alex. Renault, médecin honoraire des hôpitaux Paris; M. le docteur Fernand Durodié, ancien président la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, décé à l'âge de 82 ans.

LES ASSURANCES SOCIALES ET LE RECRUTEMENT D INFIRMIÈRES. — La mise en application prochaine de la sur les Assurances sociales devant amener un grand dévelo pement des diverses formes d'assistance, ne peut manquer soulever le problème du recrutement des infirmières. Préo cupée, à juste titre, de contribuer à ce recrutement d'u façon rationnelle, la Commission paritaire du service de pl cement des infirmiers, infirmières et gardes-malades, co prenant des représentants de l'Union des syndicats médica de France et la Fédération thermale et climatique, a commen l'étude d'un projet de monographie de l'infirmière, établi p le service d'orientation professionnelle de l'Office dépar mental de la Seine. Elle se propose par ce moyen, de dét miner des vocations chez les jeunes filles déjà dotées d'u

SÉDOBROL
"Roche"
Tablettes d'extrait de bouillon
concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol "Roche"
= 1gr NABR
Traitement bromuré intensif dissimulé
Régime déchloruré rendu agréable
Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc
Doses Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge
Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la **TOUX** *quelle qu'en soit l'origine.*



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

de toutes les Affections aiguës ou chroniques des Voies Respiratoires

Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue

Neutralisation des Toxines

Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES {Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

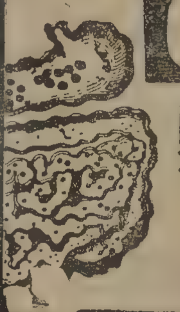
(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE

AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT



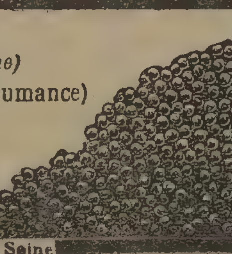
Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

AGISSENT *par leur FORME et leur VOLUME* (gros grains diviseurs) *par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION* (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT – HUMECTENT – DIVISENT – EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.



DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT

BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES

ECHANTILLONS aux MÉDECINS à 34, Boulevard de Clichy, PARIS R.C. 169.072, Seine

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons ce 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

N° 90. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1929. — N° 90.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 5 novembre. — Questions données : « Diagnostic et traitement de la méningite cérébrospinale. — Infiltration d'urine. «

MM. Mahoudeau, 23 ; Brizard, 19 ; Lucas, 22 ; Thorel, 23 ; Aubrun, 25 ; Marie (Robert), 18 ; Facquet, 26 ; Mortier, 14 ; Sanz, 21 ; Casalis, 24.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Médecine opératoire.* — Séance du 5 novembre. — Questions données : « Ligature de l'artère linguale dans le triangle postérieur dit de Béclard entre le ventre postérieur du digastrique et la grande corne de l'os hyoïde. »

MM. Huet, Aubin et Aubry, 19.

— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier et le 1er mars 1930 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache ; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; sera ouvert le jeudi 12 décembre 1929, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du jeudi 21 novembre jusqu'au lundi 2 décembre 1929 inclusivement de 14 à 17 h.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — Sont rapportées, en ce qui concerne l'emploi d'agrégé d'histologie à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, les dispositions de l'article 3 de l'arrêté susvisé du 11 octobre 1929.

En conséquence, le tableau dudit article 3 de l'arrêté du 11 octobre 1929, modifié par l'arrêté du 31 octobre 1929, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit :

SECTION	STRASBOURG	TOTAUX
....		
Histologie	»	1
....		
Totaux.......	4	34

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du clinicat* (erratum). — Clinicat oto-rhino-laryngologique : MM. Rossert et Moatti (hôpital Lariboisière, service de M. le professeur Sébileau).

— A l'occasion de la séance de rentrée de l'Université de Paris, les cours et exercices pratiques de la Faculté vaqueront le samedi 9 novembre 1929 après-midi.

— Lille. — M. Doumer, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à partir du 1er novembre 1929, professeur de thérapeutique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Ingelrans, dernier titulaire).

— Montpellier. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à dater du 1er novembre 1929, à M. Lapeyre, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :
Officier d'Académie. — M. le docteur Dasse (de Besançon).

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Dans sa dernière réunion, le Comité de l'Association corporative a voté à l'unanimité la motion suivante :

« Le Comité de la Corporative des étudiants en médecine de Paris adresse l'expression de sa sincère reconnaissance à M. Léon Bérard, ancien ministre de l'Instruction publique, pour la vigueur avec laquelle il a défendu au Sénat et devant

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

le ministre de l'Instruction publique le point de vue du Corps médical dans l'affaire des équivalences du baccalauréat. Le Comité est heureux de s'être trouvé en parfaite communion d'idées avec l'éminent parlementaire qui ne cesse de défendre la haute culture intellectuelle indispensable aux progrès de la médecine française.

Il remercie, en outre, vivement M. Victor Bérard, président de la Commission sénatoriale de l'enseignement, d'avoir apporté son appui devant ladite Commission à son collègue Léon Bérard pour la défense des principes soutenus par la Corporative de médecine.

Le Comité adresse enfin aux personnalités qui l'ont soutenu dans sa campagne l'expression de sa gratitude : à ce titre il remercie tout particulièrement MM. le professeur Proust et le docteur Cibrie, secrétaire de la Confédération nationale des syndicats médicaux; MM. les sénateurs Debierre, Maurice Sarraut, Chauveau et Armbruster, ainsi que MM. les députés Cazals, Jouffrault, Augagneur, Queuille, ancien ministre, et Camboulives pour leur action énergique, soit auprès du ministère, soit auprès du parlement.

L'Association corporative se félicite d'avoir réalisé ainsi une pareille Union dans l'élite du monde parlementaire, et elle est fière de pouvoir compter sur de tels défenseurs qui lui ont permis de connaître exactement le but du projet de décret ministériel. Elle adresse en terminant, à la Presse politique et scientifique, pour l'aimable hospitalité de ses colonnes, ses sincères remerciements. »

Le Professeur Paul GILIS

(25 janvier 1857 — 26 octobre 1929)

Le professeur Paul Gilis vient de s'éteindre à Montpellier : il disparaît brusquement, sans avoir ralenti un instant son activité scientifique, en dépit de la limite d'âge conventionnelle, qui avait mis, il y a deux ans, un terme à sa carrière universitaire.

Il a contribué à former plusieurs générations de médecins, qui ont travaillé sous sa direction immédiate, ou à l'aide de ses ouvrages : il n'est aucun de ses anciens élèves que l'annonce de sa mort n'ait ému; elle a vraiment affligé tous ceux qui, pour l'avoir approché de près, l'avaient vraiment connu et par conséquent l'aimaient : simple et sans détours, le professeur Gilis cachait en effet sous ce franc et parfois un peu rude parler, dont il ne se départait jamais, une bonté profonde et paternelle; il a pratiqué les plus hautes vertus familiales; il s'en va, entouré de l'estime et du respect de chacun.

Sa vie universitaire, dans son ascension continue, s'impose, a dit son élève et successeur le professeur Jean Delmas, comme un modèle de ténacité, de volonté, d'intelligence. Originaire du Tarn-et-Garonne, Paul Gilis a gravi un par un, à la Faculté de médecine de Montpellier, par des concours disputés, les échelons successifs nécessaires : on l'a vu tour à tour aide de médecine opératoire, prosecteur, interne des hôpitaux en 1881 et collaborateur de Combal, de Dupré, de Dubreuil, chef des travaux d'anatomie, agrégé d'anatomie et physiologie, professeur d'anatomie à l'Ecole régionale des beaux-arts, enfin, le 1er janvier 1896, professeur titulaire de la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine, où il succédait à l'éminent Paulet. Cette chaire, qu'il a occupée pendant trente-deux ans, il l'a illustrée à son tour par son enseignement vivant, et consciencieux et par les très nombreux et solides travaux qu'il y a poursuivis. Les conclusions de ses recherches sur les muscles scalènes sont adoptées par tous les anatomistes; ses monographies sur le canal inguinal et l'espace maxillo-pharyngien sont de remarquables synthèses consultées par tous. Jean Delmas, en saluant son Maître pour la dernière fois, a désigné quelques autres des multiples sujets auxquels s'intéressa le professeur Gilis et sur lesquels il projeta des clartés nouvelles : les mouvements de l'épaule auxquels il consacra un mémoire plein d'aperçus originaux et ingénieux; l'os intermaxillaire, le ligament rond; les ganglions du pli de l'aine; la couche musculo-aponévrotique de la région épicranienne; l'artère hypogastrique; les rapports de l'urètre dans le plancher pelvien de la femme; la signification du ligament transverse du bassin; les articulations sous-astragaliennes; le fascia cribriformis; il a rappelé aussi sa thèse d'agrégation sur la prolifération des cellules par caryocinèse; son livre sur la structure de la moelle épinière; son précis d'embryologie, qui fit époque; son étude historique sur Jean Pecquet, etc., etc.

Au moment même, où la limite d'âge officielle des universitaires l'atteignait, le professeur Gilis nous donnait un bel ouvrage clair sur l'anatomie des centres nerveux et du sympathique, qui connut une faveur unanime : la mort le surprend au lendemain même du jour où, informé du complet épuisement du tirage primitif, l'auteur avait abordé le travail de préparation de l'édition nouvelle.

Il y a un peu moins d'un an, la Réunion hydrologique de Montpellier, à l'occasion de sa réunion annuelle, consacrée aux algies, avait demandé à M. Gilis de bien vouloir exposer publiquement devant elle la synthèse des voies conductrices des sensations douloureuses et le mécanisme des douleurs rapportées; elle savait que l'étude de cette question difficile passionnait ce Maître depuis plusieurs mois, et tous ceux qui ont entendu cette conférence brillante, n'ont pu qu'être frappés de la vivacité et du juvénile entrain de son auteur.

Les sanctions officielles ont consacré le prestige scientifique du professeur Gilis : il fut officier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de médecine, de la Société anatomique, de la Société de biologie.

Délégué régional de l'Union des femmes de France, chirurgien distingué, il acquit de ce fait d'autres titres à la reconnaissance publique : pendant la grande guerre, il servit ainsi doublement lui-même et se dépensa sans mesure, pendant que se poursuivaient sur les champs de bataille les luttes âpres où un héros modeste, issu de son sang, exposait quotidiennement sa vie, et d'où revint, avant la fin des combats cet autre héros, glorieux et mutilé, qu'il devait accueillir comme un second fils à son foyer.

Le professeur Gilis laisse une école : ses élèves occupent aujourd'hui trois des neufs chaires d'anatomie des Facultés françaises : Rouvière, à Paris; Vallois, à Toulouse; Jean Delmas, à Montpellier.

Il laisse une véritable lignée médicale : son fils appartient aujourd'hui au corps de santé militaire; son gendre, le docteur Carrère, est chef de travaux à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il laisse enfin, et par dessus tout, un nom qu'il faut retenir, parce que la grande famille universitaire et médicale a été hautement honorée par celui qui l'a porté.

G. GIRAUD.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

LABORATOIRES CARTERET

MÉDICATION ANTIBACILLAIRE
HYPEROXYDANTE & RECALCIFIANTE

BACTIOXYNE

Manganate calcico-sodico-potassique

Gouttes
Ampoules pour instillations rectales
Ampoules pour injections intraveineuses

Échantillons et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

Le Résyl

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

Le RÉSYL réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

(241) Laboratoires O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

CIBA

AGOMENSINE

Αγογος, qui amène : Εμμηνα, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Aménorrhée, règles rares ou peu abondantes. Troubles consécutifs à la castration ou à la ménopause. Stérilité. Hypoplasie glandulaire.
3 à 9 Comprimés par jour.

SISTOMENSINE

Sistere, arrêter ; Mensis, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Règles profuses, trop fréquentes, de trop longue durée. Douleurs dysménorrhéiques. Ménorrhagies essentielles des jeunes filles
3 à 6 Comprimés par jour.

CIBA

L'élaboration normale des principes endocriniens se fait suivant une loi harmonique. Les troubles fonctionnels traduisent les écarts de cette harmonie sécrétoire ; la thérapeutique doit tendre alors à la rétablir par l'administration de principes à action DÉFINIE et DIFFÉRENCIÉE.

TRAVAUX, BIBLIOGRAPHIE, ECHANTILLONS
LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

R. C., 10.694, Lyon

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Par L. BABONNEIX,

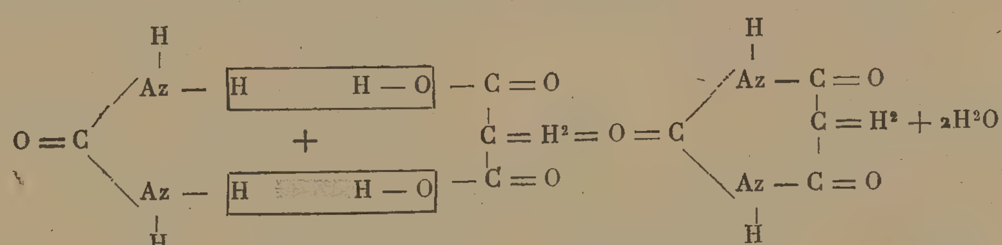
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Les circonstances font que nous avons eu, depuis l'époque déjà lointaine où nous avions l'honneur d'être l'interne, à la Salpêtrière, du professeur Raymond et de son assistant Gilles de la Tourette, l'occasion de voir nombre d'épileptiques. Comment les soigner? Quel traitement, quel régime leur prescrire? Telles sont les questions que nous voudrions résoudre ici, en nous fondant principalement sur les résultats de notre expérience.

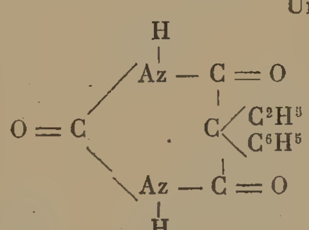
***

I. **Traitements médicaux.** — Très variés, ils utilisent, selon les cas, les *barbituriques* : luminal, gardénal, rutonal; les *bromures;* les agents de la *thérapeutique spécifique* : mercure, arsenicaux, bismuth, iodures; le *tartrate borico-potassique;* la *médication acide;* ou recourent aux chocs, dont la notion a été introduite en médecine, comme chacun sait, par le professeur Widal et par son école.

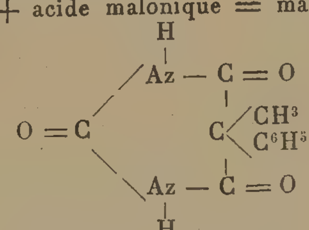
1. **Les barbituriques.** — Pour commencer, quelques considérations d'ordre *chimique.*



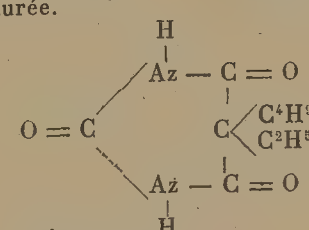
Urée + acide malonique = malonylurée.



Phényléthylmalonylurée.



Phénylméthylmalonylurée.



Butyléthylmalonylurée.

L'urée peut se combiner à l'acide malonique pour donner un nouveau corps : la malonylurée.

Cette malonylurée ne possède, par elle-même, aucune propriété hypnotique, mais c'est un noyau hypnophore, c'est-à-dire que, si l'on parvient à remplacer les deux atomes de son chainon CH^2 par certains radicaux, on obtient des corps doués de propriétés hypnotiques, parmi lesquels la *phényléthylmalonylurée*, gardénal (Poulenc), luminal (Bayer), la *phénylméthylmalonylurée* ou rutonal (Poulenc), et la *butyléthylmalonylurée* ou sonéryl (Poulenc).

A. Phényléthylmalonylurée. — *Propriétés physico-chimiques.* — C'est une poudre cristalline, fusible à 172 degrés, de saveur amère, peu soluble dans l'eau, soluble dans les solutions alcalines, donnant un sel de sodium que l'on peut isoler, par l'alcool chaud, dont il cristallise par refroidissement.

L'addition d'acide chlorhydrique ou acétique à ces solutions le précipite à nouveau.

Propriétés physiologiques. — Elles sont très voisines de celles du véronal, comme pouvait le faire supposer leur similitude de composition chimique (Bergès, 1921).

Absorption. — Il traverse l'estomac sans être modifié; son absorption commence dans l'intestin vingt à trente minutes après son ingestion, à condition qu'il soit pris à jeun ou loin d'un repas. Administré en pleine digestion, son action se trouve retardée et atténuée.

Elimination. — Elle se fait par le rein, sans effet fâcheux, mais en partie seulement, l'organisme ayant détruit l'autre.

Circulation. — Par injection intraveineuse, on obtient une vaso-dilatation avec abaissement de la tension artérielle et ralentissement du rythme cardiaque : ces effets sont d'ailleurs momentanés (Impens).

Respiration. — Il se produit rapidement un ralentissement du rythme respiratoire.

Action sur la température. — Elle consiste en un abaissement thermique précoce, constant et durable.

Action sur le système nerveux. — A fortes doses, les racines antérieures sont rapidement paralysées. A doses moyennes, on note une action hypnotique précédée d'une courte période d'excitation, par action sur le névraxe, sans participation du système végétatif, avec une légère ébriété consécutive mais non durable.

Redonnet a montré que, chez le chien, au point de vue hypnotique, 1 Dial = 1 1/2, Luminal = 3 1/2 Véronal.

Toxicité. Accumulation. Accoutumance. — La dose mortelle est de :

0,50 par kilog de grenouille,
0,125 — — chat (Impens).

Chez le lapin, en injection intraveineuse, il faut de 0,10 à 0,15 par kilog (Bergès). La toxicité doit être due au groupe phényle. Pour Redonnet, l'accumulation joue un grand rôle dans le déterminisme de la torpeur tardive et des troubles marqués de l'équilibre.

En réalité, chez l'homme, il n'y a *pas d'accumulation* et l'*élimination* est *très rapide* (Bergès).

Mode d'administration. Posologie. — On utilise exclusivement la *voie buccale* et l'on prescrit le médicament en *cachets* ou *comprimés* : ces derniers doivent être croqués pour faciliter leur dissociation.

Dose quotidienne. — Voici les chiffres à savoir :

Moyenne :

Adultes 0,20 à 0,30,
Enfants 0,05 à 0,10.

Forte :

Adultes 0,40,
Enfants 0,20.

Très forte :

Adultes : 0,60 à 0,90, dose inusitée en France *et non sans danger,* bien que les auteurs allemands y recourent assez fréquemment.

Cette dose, *fragmentée en plusieurs parties* (comprimés de 0,10, 0,05, 0,01) sera prise à *jeun* ou *loin des repas*, avec un liquide *chaud*, pour activer le passage dans le duodénum. On se rappellera que la femme est plus sensible que l'homme à l'action du médicament.

Le sel sodique est moins à conseiller. En effet :

1. Il ne contient que 90 p. 100 de substance active;
2. Il est absorbé trop vite;
3. Extrêmement instable, il se dissocie très rapidement (Redonnet).

Période d'adaptation au médicament. — Pour les classiques, ils consistent en somnolence, quelquefois en euphorie, phénomènes temporaires (quinze jours, trois semaines), et surtout inconstants : pour notre part, nous ne les avons jamais observés.

Quelquefois surviennent de la céphalée et un état vertigineux, que l'on combattra en prescrivant le médicament soit avec du lait, soit avec du thé léger, soit avec une eau gazeuse bicarbonatée (Geissler, Lœwe, Rosenfeld, Dockhorn).

Détermination de la dose efficace. — Elle nécessite quelques tâtonnements et beaucoup de prudence. La *surveillance sera très attentive* du malade, *surtout au début* (Maillard).

Effets thérapeutiques dans l'épilepsie. (Kino, 1912, Combemale, 1913, Raffegeau, Maillard).

Dans le *grand mal*, l'action est immédiate et persistante, à condition que le médicament soit continué longtemps, *longtemps* voulant, à parler franc, dire *toujours.*

Dans le *petit mal*, la régression est moins nette et moins rapide (Bergès, de Blocq).

Quant aux *équivalents psychiques*, ils semblent parfois déchaînés par la médication qui a arrêté les phénomènes convulsifs, mais seulement chez des sujets en ayant déjà présenté (Maillard).

Direction générale du traitement. — Elle a parfaitement été codifiée par M. Maillard. Il faut :

1. Trouver par tâtonnements la dose suffisante pour supprimer les accidents sans produire d'intolérance.
2. La maintenir quotidiennement, sans aucune variation, plusieurs mois au moins.
3. La diminuer progressivement et lentement, sans la supprimer, le gardénal n'étant pas un médicament curatif, mais suspensif (Raffegeau).

Corollaires :

a. Il s'agit là d'un traitement purement médical et que l'on ne devrait pas laisser à la disposition des profanes.

b. La difficulté consiste à évoluer entre les accidents d'intolérance et la reprise des accidents épileptiques.

c. Quelquefois, besoin sera d'adjoindre au gardénal soit du bromure de sodium : 1 à 3 grammes, pour calmer les petits phénomènes d'excitation; soit du tartrate borico-potassique; soit de la belladone.

d. On n'autorisera jamais la suppression brusque du médicament.

e. On en combattra les effets par un traitement général reconstituant.

Dans l'*épilepsie bravais-jacksonnienne*, les résultats obtenus sont variables. De même, dans l'*épilepsie traumatique.*

Reste la question des *troubles psychiques chroniques vraiment liés à l'épilepsie.* Dans la démence épileptique, on obtient quelquefois des améliorations inespérées. Quant aux troubles psychiques relevant de la débilité mentale ou d'un état névropathique, ils ne sont pas modifiés (Maillard).

Phénomènes d'intolérance. — Parfois tardifs (Tomescu), ils peuvent être :

Digestifs : salivation (Tomescu), vomissements, nausées, surtout au début, constipation;

Sphinctériens : rétention d'urines et de matières.

Cutanés : éruptions médicamenteuses, généralement bénignes (scarlatiniforme, morbilliforme, pétéchiales, urticarienne); prurit, quelquefois cutanéomuqueuses (R. Arrias), et s'expliquant, pour la plupart, par la théorie du *biotropisme* de Milian.

Nerveux (Quercy et Sézaret) : phénomènes d'excitation psychique (R. de Fursac), d'ailleurs rares; asthénie; dysarthrie; somnolence précoce et passagère; ivresse, due à des doses trop fortes; myalgies et arthralgies (Maillard et Renard).

Les moyens de combattre ces divers accidents? L'administration de belladone, de caféine (Ducosté), de strychnine, l'opothérapie.

Contre indications. — Elles sont au nombre de trois :

1. *Affections chroniques graves du cœur et des vaisseaux* (de Moor);
2. *Lésions rénales*, si elles sont importantes;
3. *Affections hépatiques.* Les sujets en état de méiopragie hépato-biliaire supportent mal les barbituriques (O. Crouzon, Trémolières, etc.).

Arrivé à la fin de ce chapitre, quelles conclusions tirer?

1. Gardénal et luminal constituent, actuellement, la *meilleure médication* que nous possédions pour lutter contre l'épilepsie;

2. Ils donneront surtout de bons résultats si :

a. On a soin de les *donner progressivement et prudemment*, selon la méthode de M. Maillard, et d'en continuer longtemps l'emploi;

b. On a attentivement, avant de commencer le traitement, examiné son malade, de façon à rechercher les tares organiques qui constituent autant de contre-indications formelles;

3. *Ils réussissent surtout dans les accidents convulsifs*;

4. *Ils ne guérissent pas la maladie*, et, dès qu'on en cesse l'emploi, les crises reviennent. Nous connaissons une jeune fille qui en a pris, dix ans environ, 0g18 par jour. Pendant toute cette période, suppression presque complète des crises, jadis fréquentes et graves. Ravis, les parents demandent au médecin s'ils ne pourraient pas diminuer les doses. Malgré son refus, ils descendent à 0g10. Résultat? La réapparition, presque immédiate, des accidents convulsifs.

5. Bien administrée, la phényléthylmalonylurée est vraiment *peu toxique*. Est-ce une série heureuse? Toujours est-il que nous n'avons jamais eu d'accidents. Un calcul simple montre que la jeune fille dont il vient d'être question a pris environ 6 grammes de médicament par mois, soit 72 grammes par an, et 720 grammes en dix ans. Elle n'en continue pas moins une vie très active, dirige un commerce important, prend des décisions, fait des voyages, sans avoir jamais éprouvé de malaise attribuable aux barbituriques.

6. Il faut reconnaître que, *dans certains cas rares, la médication échoue*, même donnée à fortes doses. Nous avons en vue un enfant de six ans venu bien souvent à notre consultation de la Charité et que la dose quotidienne de vingt centigrammes de gardénal n'empêchait pas d'avoir crise sur crise. Il est vrai qu'il s'agissait de vertiges, manifestation beaucoup plus rebelle, comme on sait, que les accidents convulsifs, à toute thérapeutique.

B. Rutonal (Poulenc). — Nous en avons donné plus haut la *définition*. Quant à sa *posologie*, elle est simple : on donne le rutonal à doses doubles de celles de gardénal. Il est parfois mieux supporté que ce dernier, et l'on peut, dans certains cas, substituer l'un à l'autre.

C. Sonéryl (Poulenc). — C'est un butyléthylmalonylurée (Carnot et Tiffeneau) qui se donne aux doses de 0g10 à 0g20 par jour.

2. **Les bromures.** — Ils constituaient jadis la seule médication opposée à l'épilepsie essentielle, et, du temps de Charcot et de Gilles de la Tourette, on les prescrivait à très hautes doses.

On emploie surtout le bromure de potassium, parfois les bromures alcalins associés, plus rarement (Bourneville), le bromure de camphre.

Action physiologique. — Sous leur influence, on constate une diminution de l'excitabilité des centres nerveux, aussi bien cérébraux que médullaires.

Cette action pharmacodynamique est due aux ions bromiques, prépondérants dans les bromures alcalins tandis que dans les dérivés organiques du brome, la présence de ce métalloïde est secondaire. Pour G. Linossier, ces ions bromiques se combinent à certaines substances albuminoïdes de l'organisme, et chassent le chlorure de sodium de ses combinaisons.

Administration. — Plusieurs méthodes.

a. La méthode *habituelle* consiste à prescrire des doses modérés de sel : 2 à 6 grammes par jour, au lieu des 10, 15, 20 et 25 grammes que nous avons vu prescrire jadis à la Salpêtrière; le médicament étant soluble, peut être donné en potion ou en lavement. Pour corriger son goût salé et franchement désagréable, il est classique d'ajouter, à la potion, du sirop d'écorces d'oranges. D'autres y associent de la pilocarpine (J. Voisin) ou du benzoate de soude, pour lutter contre certains accidents dont nous reparlerons plus loin (Gilles de la Tourette), comme dans les formules suivantes :

Nitrate de pilocarpine...	trente-cinq milligrammes
Bromure de potassium..	70 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..............	400 —
Eau distillée...........	600 —

1 gramme de bromure par cuillerée à soupe (J. Voisin).

Bromure de sodium	}	
Bromure d'ammonium	}	12 grammes
Benzoate de sodium	}	
Bromure de potassium..........	40	—
Eau distillée bouillie	1.000	—

1 gramme de bromures associés par cuillerée à soupe (G. de la Tourette).

Le bromure doit être absorbé aux repas. Pour le faire mieux supporter, on peut recourir soit aux pratiques physiques : hydrothérapie tiède, douches, massages, soit aux associations médicamenteuses dont nous venons de parler.

b. Méthode des doses alternativement croissantes et décroissantes (Charcot et Gilles de la Tourette). Elle consiste à répartir l'administration du bromure par périodes de six semaines : dans les trois premières, on donne le médicament à doses croissantes, dans les trois dernières, à doses décroissantes. On prescrira, par exemple :

Première semaine............	2 gr.
Deuxième —	3 —
Troisième —	4 —
Quatrième —	4 —
Cinquième —	3 —
Sixième —	2 —

La dose maxima correspondra, chez la femme, à la période menstruelle.

Toute la difficulté réside dans l'évaluation de la dose active. Cette dose est naturellement celle qui arrête les crises. Reste-t-on en deçà : aucun résultat; la dépasse-t-on, les accidents reparaissent. Pour la

déterminer, G. de la Tourette attribuait une grande importance à l'immobilité et à la dilatation pupillaires : il recommandait, cette dose atteinte, de s'y maintenir de quinze à dix-huit mois. Nous avons déjà eu l'occasion de dire qu'il était partisan des doses élevées, et nous lui avons vu donner plus de 20 grammes par jour.

Cette méthode exposait à des dangers certains de bromisme. Nous sera-t-il permis de dire, avec tous les égards que l'on doit à la mémoire de G. de la Tourette que, malgré son grand talent, malgré les précautions qu'il avait pris soin d'indiquer dans son classique article de la *Semaine médicale* (1900), la technique des doses alternativement croissantes et décroissantes ne nous a paru supérieure aux autres?

c. MM. Ch. Richet et Toulouse, partant de cette ingénieuse idée que, lorsqu'on sèvre l'organisme de chlorures, les cellules nerveuses sont d'autant plus avides de bromure, ont inventé la méthode de *la déchloruration combinée à la bromuration*. Méthode très active, trop active même, car, lorsqu'on déchlorure le malade, les accidents bromiques, bien étudiés par M. Viteman, ne sont pas longs à apparaître! Chez l'enfant déchloruré, 1 gramme de bromure constitue alors une dose forte, 2 grammes, une dose excessive, 3 grammes, une dose toxique.

Indications et contre-indications. — Les bromures réussissent surtout dans les manifestations convulsives habituelles, qu'ils suspendent, d'ailleurs, sans les guérir; ils échouent en cas de vertiges; ils sont contre-indiqués dans l'état de mal.

Les *phénomènes d'intoxication* sont, malgré toutes les précautions, assez nombreux. Nous ne parlons pas de la torpeur continuelle, avec asthénie, dilatation et immobilité pupillaires, si fréquents jadis, mais de troubles moins graves, quoique encore préoccupants, qu'ils portent sur le revêtement cutané : acné, bromides (Brocq); digestifs : haleine forte, salivation, anorexie, constipation, disparition du réflexe pharyngé; nerveux : ivresse bromique (Gubler), somnolence, quelquefois phénomènes d'excitation. Comment lutter contre ces accidents? En prescrivant un régime lacté ou lacto-végétarien, de la scille ou de la digitale; en attachant une importance particulière aux fonctions cutanées : bains tièdes savonneux, lavages locaux suivis de frictions à l'alcool; pansements humides et aseptiques, pulvérisations antiseptiques, repos horizontal en cas de bromides; inhalations chaudes en cas de toux. La dépression domine-t-elle, on recourra à l'hydrothérapie froide, à la strychnine, à la kola, aux préparations phosphorées.

Conclusion. — Les bromures alcalins ont rendu, et rendent encore des services qu'il serait injuste de méconnaître, mais ils n'ont pas l'efficacité des barbituriques, et ils n'occupent plus, aujourd'hui, que la seconde place dans le traitement de l'épilepsie.

3. **Le traitement spécifique.** — Il a, pour la première fois été exprimé par Hoffmann (1792), qui guérit, par le *mercure*, une jeune épileptique, « d'illustre naissance, dont le père avait été infecté de syphilis autant qu'on peut l'être ». Mêmes résultats, grâce au « mercure gommeux », dans le cas de Plenck, dans celui de Ripoll; dans ceux de Raymond, d'une part, V. Hutinel et R. Voisin, de l'autre, qui se sont adressé aux injections intra-musculaires de bi-iodure; chez un de nos malades, les crises comitiales avaient rapidement cédé aux injections intraveineuses de cyanure mercurique, conseillées par le professeur Letulle et pratiquées par M. Bergeron. On trouve aussi dans la littérature médicale quelques cas d'épilepsie essentielle guéris par l'*iode* (P. Boncour), par l'*iodure* (Althaus, Dieulafoy), et surtout, par les *arsenicaux*, qu'il s'agisse d'hectine (Tinel) ou d'arsénobenzols : 606, 914, sulfarsénol (Leredde, M. Page, etc.).

Pour l'*hectine*, M. Tinel conseille de l'employer à doses massives et répétées : dix centigrammes, en injection intra-musculaire, tous les deux jours, jusqu'à concurrence de 10 à 12; nouvelle série au bout de trois semaines et ainsi de suite, de longs mois, jusqu'à amélioration ou guérison. Les crises se multiplient-elles ou semblent-elles s'aggraver sous l'influence des premières injections? Un résultat favorable est à espérer.

Nous avons nous-même essayé le traitement spécifique dans la plupart de nos cas, et nous devons à la vérité de dire que les améliorations ont été rares ou peu marquées. Impossible de voir, dans cette constatation, un argument contre l'hypothèse qui rattache à l'hérédo-syphilis certaines épilepsies essentielles : ne sait-on pas que le tabes et la paralysie générale, affections syphilitiques au premier chef, ne sont jamais influencés par le mercure, les iodures, et même les arsenicaux?

4. **Tartrate borico-potassique.** — Il a été introduit en thérapeutique par MM. P. Marie, Crouzon et Bouttier (1920). On sait que ce sel, connu encore sous le nom de crème de tartre soluble, cristallise en paillettes transparentes, incolores et de saveur très acide. On en donne (chez l'adulte), 3 grammes par vingt-quatre heures.

Tartrate borico-potassique chimiquement pur.	20 gr.
Glycérine neutre à 28 degrés	10 gr.
Eau distillée Q. S. pour	300 gr.

Une cuillerée à soupe = 1 gramme.

Ce médicament est bien supporté : tout au plus donne-t-il, chez quelques malades, un peu de diarrhée, mais il nous a semblé moins efficace que les barbituriques et même que le gardénal, auquel il se trouve associé dans certaines spécialités.

5. **La médication acide.** — Elle est fondée sur l'existence, dans l'épilepsie essentielle, d'une alcalose manifeste (Bigwood).

On peut la réaliser de diverses façons. La plus simple est, peut-être, l'administration d'acide phosphorique officinal. Ses résultats? Le plus souvent médiocres. Un médecin américain, avec qui j'ai eu l'occasion de causer l'an dernier, me disait qu'aux Etats-Unis, où ils avaient fait en grand l'essai de la médication acide, elle leur avait paru généralement inefficace. J'ai vu cependant une jeune épileptique, soignée par Colin, et chez qui les crises disparurent

pendant deux ans après qu'elle eut pris, sur la recommandation de ce regretté médecin, à chaque repas, un mois sur deux, x gouttes d'acide phosphorique officinal.

6. **Les chocs.** — On a vu les crises s'atténuer ou disparaître à la suite d'une vaccination antirabique, d'une injection de sérum ou de tuberculine, d'une infection générale, d'une morsure de serpent. C'est pourquoi, dit M. Pagniez, au beau livre duquel nous empruntons ces notions, on a songé à traiter l'épilepsie par des chocs, qu'il s'agisse d'injection de venin de crotale (Spengler, Calmette, Merni), de crotaline (Bouché et Hustin), de peptone (Edgeworth), de lait (Dollkin). Quel que soit leur intérêt doctrinal, aucun de ces essais n'est encore entré dans la pratique.

* * *

II. **Traitements chirurgicaux.** — Deux surtout méritent de retenir l'attention.

La *trépanation* se propose soit de décomprimer le cerveau des épileptiques, soit de supprimer telle ou telle lésion : adhérence, exostose, considérée comme l'épine irritative qui déclanche la crise.

Si la technique en est simple et aujourd'hui bien réglée, il s'en faut que les résultats soient brillants, même dans les cas en apparence les plus favorables. Nous avons vu jadis, avec le professeur Bezançon, un jeune homme qui, à la suite d'une blessure de guerre, était devenu épileptique et qui présentait en plus une hémiplégie organique droite. Rien de facile comme de repérer l'éclat d'obus, grâce à ces données comme à la radiographie. L'opération fut pratiquée par M. Baumgartner. Aucune suite, aucun incident; mais bien que l'éclat de projectile eût été enlevé, les crises n'en ont pas moins persisté, aussi fortes que par le passé.

Rien de plus facile à expliquer que ces échecs. Tout d'abord, il n'est nullement prouvé que la crise convulsive soit liée à l'hypertension intra-cranienne. Puis, comme le fait observer M. Pagniez, dans l'épilepsie, il y a autre chose qu' « épine irritative » : troubles vaso-sympathiques, modifications humorales, altérations endocriniennes, et l'on conçoit sans peine qu'un traitement local soit, d'habitude, voué à l'insuccès.

Quant à la *sympathectomie*, elle se propose de supprimer les crises en empêchant la transmission au cerveau de certaines excitations réflexes (Jonnesco). Sa technique? Le plus souvent, il s'agit de l'ablation du sympatique cervical et, surtout, du ganglion cervical supérieur. Quant à ses résultats, ils sont assez variables : parfois favorables (Leriche et Lafontaine, de Strasbourg), d'autres fois, illusoires et nous ne savons pas encore à quels cas convient cette opération, dont le principe est assurément ingénieux.

* * *

III. Que penser de la question du **régime**? Pour certains « extrémistes », tout épileptique doit être mis d'emblée au régime *lacté* ou *lacto-végétarien* : exagération manifeste, dangereuse et que rien ne justifie! Un *bon régime* reconstituant, largement suffisant et en quantité et en qualité, est seul à conseiller, sous les réserves que nous allons indiquer :

1. Certains aliments peuvent déclancher la crise, tel le chocolat (Pagniez) : il faudra donc s'en abstenir;

2. De même, pour les aliments lourds ou peu frais, difficiles à digérer et qui risquent de provoquer des infections ou des intoxications d'origine intestinale;

3. Le comitial doit être averti des dangers que lui font courir, en premier lieu, les boissons alcooliques et surtout les essences; en second lieu, tous les excitants, café, thé, maté.

Sous ces réserves, son alimentation peut se rapprocher de la normale, et il n'y a aucun avantage, bien au contraire, à rayer des menus les albumines animales : viande, poisson, œufs.

Dans ces dernières années, on a préconisé le *régime cétogène*. S'il est vrai que l'épilepsie soit le fait d'une *alcalose* humorale, pourquoi ne pas chercher à déterminer de l'*acidose*, en prescrivant, par exemple, un régime riche en graisses qui, par leur combustion, produisent un certain degré d'acidose? Renvoyant, pour l'historique de cette méthode, au livre de M. Pagniez, notons qu'elle ne doit être appliqué qu'à l'épilepsie essentielle. Ses résultats sont encore assez discutés. Avec une faible acidose, ils sont nuls. Avec une acidose plus forte, on risque des accidents : acétonémie, etc. En somme, méthode intéressante, à essayer, mais encore trop nouvelle pour que l'on soit en droit d'émettre sur elle une opinion.

Un mot sur le *genre de vie* des épileptiques. Ils doivent être élevés à la campagne, vivre dans les meilleures conditions d'hygiène. On se rappellera que la masturbation, à laquelle ils sont très sujets, aggrave sensiblement leur état (Bourneville). Les exercices physiques sont très recommandables, à deux conditions : l'une, c'est de ne pas être faits avec excès, l'autre c'est de savoir les choisir. Ni nage, ni canot, ni bicyclette, ni conduite d'autos, ni agrès, une crise pouvant toujours survenir à l'improviste et occasionner la mort.

Pendant la crise, dégrafez les malades, veillez dans la mesure du possible, à ce qu'ils ne se fassent pas mal en tombant, c'est dire que l'épileptique ne doit jamais être laissé seul.

Dernière question : celle du *mariage* des épileptique. Une expérience déjà longue nous a montré que l'on peut, à ce sujet, diviser les malades en deux catégories. S'agit-il de dégénérés qui comptent, parmi leurs ascendants, plusieurs cas d'épilepsie, le mariage est évidemment à déconseiller. A-t-on affaire, au contraire, à des sujets chez lesquels le mal comitial est accidentel, acquis, consécutif à une infection de l'enfance (P. Marie), aucune raison d'empêcher le mariage, les descendants n'étant pas plus exposés que d'autres à verser dans le mal comitial.

VIe CONGRÈS
DE
L'Association des Gynécologues et Obstétriciens
DE LANGUE FRANÇAISE

(*Bruxelles, 3-5 octobre 1929*)

LA MYOMECTOMIE EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Analyse du rapport de MM. MÉRIEL et BAILLAT (de Toulouse).

Tout d'abord les rapporteurs entendent limiter leur étude à la myomectomie abdominale, laissant volontairement de côté la myomectomie vaginale dont les indications ne sont pas discutables. La myomectomie abdominale au contraire est encore discutée : certains la pratiquent le plus souvent possible, élargissant à l'extrême ces indications, tandis que d'autres ne l'emploient que dans des cas plus limités, dans des conditions anatomiques qui leur paraissent meilleures; et somme toute lui préfèrent dans la majorité des cas l'hystérectomie. La tendance actuelle vers une chirurgie gynécologique de plus en plus conservatrice a remis en question cette myomectomie qui avait été jadis une étape vers l'hystérectomie abdominale, si bien que le moment est venu d'examiner le bien fondé de ces deux genres d'intervention (myomectomie et hystérectomie), l'une conservatrice, l'autre mutilante en présence d'une fibromatose utérine.

Les principes fondamentaux de la myomectomie sont de deux ordres : 1° physiologiques ou sociaux; 2° anatomiques.

Dans les premiers réside l'indication dominante de la question. La myomectomie n'a pas tant pour but de conserver un organe que de sauvegarder le fonctionnement de cet organe gestateur; par conséquent cette conservation devra être surtout réservée aux femmes jeunes, en désir d'une maternité possible. De là découleront pour cette chirurgie conservatrice des avantages pour l'individu comme pour l'espèce. Pour l'individu, la perte de l'utérus occasionnerait les divers déséquilibres glandulaires et humoraux ainsi que ceux du tonus neuro-végétatif, tous accidents connus de la ménopause artificielle par castration chirurgicale ou par castration sèche obtenue par les divers rayons.

Un autre avantage lui vient de sa faible mortalité qui ne serait pas plus élevée que celle de la subtotale (Mayo et Giles) ainsi que de la simplicité de sa technique.

Mais pour que l'exécution de la myomectomie soit possible il faut que les conditions relatives à la tumeur et à l'état des annexes soient favorables. Pour la tumeur, la condition essentielle est qu'elle soit énucléable, c'est-à-dire qu'elle ne fasse pas corps avec le tissu utérin, sans quoi il faudrait pour l'en détacher, lacérer celui-ci de façon considérable. Mieux vaut dans ce cas renoncer à une énucléation irrégulière, longue et difficile et qui ne serait qu'artificielle (Legueu). D'autre part si les gros myomes ont pu être avec succès l'objet d'énucléation (Témoin-Tuffier), il paraît à la majorité des chirurgiens que dans ce cas la subtotale est préférable à la myomectomie qui laissera à sa suite une coque utérine plus ou moins déformée. Il en sera de même pour l'énucléation de nombreux fibromes dont le résultat sera une véritable loque utérine, tailladée en divers sens, malaisée à reconstituer proprement et finalement exposée aux hémorragies et à l'infection, surtout si la muqueuse utérine a dû être intéressée. Et pour l'avenir enfin, que deviendra cet utérus couvert de cicatrices devant la distension d'une grossesse et l'effort d'un accouchement? (Lecène et Leriche). D'ailleurs les statistiques montrent que les chances de grossesse ne sont pas très grandes après la myomectomie mais par contre les chances de fausse couche sont loin d'être négligeables. De plus c'est dans ces cas de fibromes à noyaux multiples qu'on peut redouter de laisser quelque part des noyaux méconnus, ce qui amènera une récidive. C'est pourquoi les rapporteurs estiment qu'on ne doit proposer la myomectomie que pour les fibromes à 2, 3 ou 4 noyaux; aller au delà paraît discutable.

Enfin la situation de ces noyaux myomateux est à considérer. Plus ils sont près du fond, sur les faces ou près de la séreuse, plus leur énucléation sera légitime. Elle le sera moins dans les régions sous-isthmiques ainsi que dans la région des cornes utérines, car cela obligerait à sacrifier les annexes et le principe de la myomectomie (gestation possible) serait méconnu.

Dans les myomes sphacélés ou suspects de dégénérescence maligne, l'hystérectomie reprend tous ses droits. Enfin si les annexes sont malades — et le cas est fréquent — et si leur ablation bilatérale est reconnue nécessaire, la myomectomie n'a plus sa raison d'être puisque tout espoir de grossesse disparaît.

En définitive, il semble que les contre-indications à la myomectomie seraient plus nombreuses que ses indications. Incontestablement elle garde sa supériorité chez les femmes jeunes dont on veut assurer la gestation et dont la tumeur, par son volume, et sa situation et l'état des annexes, réalisera un cas favorable à cette énucléation.

Abordant le côté technique, les rapporteurs écartent la dilatation et le curettage pré-opératoires ainsi que l'hémostase préventive par les clamps. Les incisions utérines seront faites directement sur la saillie du ou des noyaux fibromateux.

Pour les myomes interstitiels, il faudra dans le clivage éviter de léser la muqueuse utérine, bien que Tuffier et d'autres ne redoutent pas cet accident. Le drainage de la cavité par le col y remédie. Certains même la pratiquent systématiquement; Goullioud draîne par le Douglas et le vagin, et les résultats sont bons.

Les suites sont bénignes pour la plupart et la mortalité légèrement inférieure à celle de la subtotale. Le danger des hémorragies post-opératoires ne doit pas être exagéré non plus que l'infection, même si on a ouvert la cavité utérine, à la condition de la draîner. Phlébites et embolies semblent plus rares qu'après l'hystérectomie. Après la myomectomie, l'utérus subit une involution analogue à l'involution puerpérale et les opérées reprennent une menstruation régulière.

Le reproche le plus sérieux fait à la myomectomie est la récidive. Elle s'observe surtout chez les opérées à noyaux fibreux multiples, dont quelques-uns ont pu passer inaperçus au cours de l'opération. Plus le fibrome se rapproche de l'unité et moins il y a de chances de récidives. Celles-ci surviennent dans 8,47 p. 100 des cas (Goullioud) et en moyenne dix ans après l'opération. La transformation maligne de ces récidives est exceptionnelle. C'est l'hystérectomie qu'il faudra faire en cas de récidive.

En résumé, la myomectomie est une bonne opération, souvent facile et sans gros dangers mais qui n'a sa raison d'être que chez des femmes jeunes, en désir de maternité, et sous la réserve de présenter des myomes de moyen et petit volume, uniques ou peu nombreux, En dehors de circonstances favorables, l'hystérectomie totale garde sa supériorité.

Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1929, par le docteur R. WEITZ, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien des dispensaires de l'Assistance publique. Préface de M. le professeur Paul CARNOT. 34e édition. Un volume in-16 de 444 pages. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1929)

Éloge funèbre. — M. ROUVILLOIS donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. TUFFIER.

Résultats de trois années de vaccinations antituberculeuses par le B. C. G. en Roumanie. — M. le professeur CANTACUZÈNE (de Bucarest). La méthode statistique utilisée pour l'étude du matériel rassemblé pendant les trois années 1926, 1927 et 1928 est celle qu'a adoptée la conférence technique du B. C. G. organisée par la section d'hygiène de la Société des Nations.

Elle porte sur 17.535 enfants, dont 1.005 vivant en milieu bacillifère et qui n'ont jamais été isolés.

Les conclusions de notre travail, fait en collaboration avec MM. Ciuca, Nasta, Veber et Alexa, peuvent ainsi être résumées :

Les vaccinations et les revaccinations par le B. C. G. sont absolument inoffensives. Leur efficacité se dégage, dans l'expérience roumaine, avec la plus grande netteté du fait que dans les régions où un grand nombre d'enfants ont pu être vaccinés, la mortalité générale (c'est-à-dire par toutes causes de maladies) a été réduite de moitié, parfois des deux tiers, en comparaison de celle des enfants non vaccinés. C'est la preuve la plus évidente que la vaccination est inoffensive, qu'elle protège les enfants contre les maladies tuberculeuses qui deviennent extrêmement rares, et qu'elle leur confère une résistance manifeste aux maladies les plus fréquentes du jeune âge. Le fait est indéniable et absolument général.

Aussi nous considérons comme une très grande erreur de limiter, sous prétexte de prudence, les vaccinations aux enfants nés en milieu tuberculeux. L'on écarte ainsi du bénéfice incontestable de la vaccination préventive un grand nombre d'enfants qui, quoique n'étant pas nés en milieu bacillifère, risquent quand même à tout moment de se contaminer en dehors du milieu familial, immédiatement après la naissance ou plus tard.

Il faut vacciner tous les enfants. L'humanité comme l'intérêt social le demandent. Il importe d'isoler, quand on le peut, ceux qui viennent au monde dans un milieu tuberculeux. Mais on ne doit pas méconnaître que la vaccination préventive, à elle seule, constitue le moyen de prémunition le plus sûr contre la tuberculose. L'expérience faite en Roumanie le démontre clairement.

Fièvre typhoïde contractée au laboratoire. — M. ACHARD rapporte l'observation d'une femme employée dans un laboratoire à sceller des ampoules de vaccin antityphoïdique T. A. B. qui, par erreur, n'avait pas été stérilisé. Ses doigts avaient été souillés et même aussi son visage par projection de gouttes d'émulsion microbienne. Deux jours après elle éprouva les premiers malaises et elle s'alita, le cinquième jour. Elle eut une fièvre typhoïde régulière. L'hémoculture donna le bacille d'Eberth et l'agglutination se montra positive pour ce bacille d'abord, puis pour le bacille paratyphique B, enfin pour le bacille A, alors que décroissait la séro-réaction pour le bacille d'Eberth.

La brièveté de l'incubation permet de se demander si c'est bien la souillure par les cultures qui est la source de cette infection. Or un cas analogue de Duflocq et Roger Voisin montre qu'une fièvre typhoïde, contractée d'une façon en quelque sorte expérimentale par ingestion de culture, peut n'avoir qu'une incubation très courte, la malade s'étant alitée aussi le cinquième jour.

Tirant de ce fait une conclusion pratique, M. Achard propose à l'Académie d'émettre le vœu que la vaccination préventive contre les maladies typhoïdes soit obligatoire pour toute personne employée dans les laboratoires publics ou privés où sont manipulés les microbes de ces infections.

La guérison des toxicomanes. — M. MODINOS (d'Alexandrie), a obtenu des résultats intéressants dans le traitement des toxicomanies en employant le sérum des vésicatoires. Le fait est d'autant plus marquant qu'il existe en Egypte, un demi-million d'habitants faisant usage de stupéfiants, que les prisons d'Etat regorgent de détenus dont la place serait dans les asiles et que des milliers de livres sont dépensées par la population pour l'achat de cocaïne, morphine, héroïne.

Le salicylate de soude dans le traitement des affections pulmonaires. — M. MEVEL (de Riva-Bella, Calvados), traite depuis cinq ans la plupart des affections pulmonaires, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, coqueluche, asthme, tuberculose, par les injections intramusculaires de salicylate de soude. Les résultats sont surtout nets dans la dernière de ces affections. Dans les tuberculoses pulmonaires chroniques, rapidement augmentation de poids, pendant que la température diminue progressivement, que les symptômes pulmonaires s'atténuent peu à peu ; la toux s'éteint, l'expectoration est moins purulente, la dyspnée moins intense. La guérison demande des mois, et les soins diététiques doivent être joints à cette thérapeutique. La solution employée est la suivante :

Salicylate de soude	0,10 centigr.
Solution glucosée	2 cc.

L'injection est peu douloureuse ; elle est renouvelée faite en pleine fesse, chaque jour. L'action du médicament est obscure : influence directe sur le microbe ou sur ses toxines, propriétés sclérogènes, stimulation des fonctions hépatiques.

Épidémie de variole atténuée (alastrim) dans les Pays-Bas. Preuves nouvelles de la nature vaccinale de l'encéphalite. Rôle probable du passage par le lapin. Prophylaxie et traitement. — M. NETTER rappelle qu'à la fin de juillet dernier on constatait à Rotterdam l'existence d'une maladie contagieuse contre laquelle les autorités sanitaires conseillèrent de recourir à la vaccination. La maladie, qualifiée officiellement d'alastrim, n'était qu'une variole atténuée. Résultat : la multiplication des cas d'encéphalite grave, l'encéphalite vaccinale ayant à son passif autant de morts que l'épidémie d'alastrim. Contrairement à l'avis de la plupart des Commissions qui ne font jouer au vaccin qu'un rôle indirect dans l'apparition de l'encéphalite, celui-ci est directement en cause, et l'on peut, à l'appui de la nature vaccinale de l'encéphalite, apporter trois ordres d'arguments :

1° Constatation, dans l'encéphale de deux malades, d'antivirus vaccinaux ;

2° Les bons résultats fournis à Hakman par les injections intraveineuses à sept enfants atteints d'encéphalite, de sérum prélevé chez leurs parents ;

3° La rareté beaucoup plus grande de l'encéphalite postvaccinale chez les revaccinés, laquelle ne se comprendrait pas si la vaccination antérieure ne leur avait pas conféré une certaine immunité.

Pour M. Netter, la fréquence plus grande de l'encéphalite postvaccinale, au cours de ces dernières années, tient à la pratique de la plupart des Instituts vaccinaux où on a recours, de temps à autre, au passage par le lapin. Ces passages doivent augmenter la toxicité du virus. Il convient donc de renoncer absolument à cette pratique.

Élection. — M. BROTEAU, professeur de chimie à l'École du Val-de-Grâce, pharmacien général inspecteur de l'armée, a été élu membre de l'Académie de médecine dans la section de pharmacie, en remplacement du professeur Moureu, décédé.

VARIÉTÉS

LES VENINS DE SERPENTS ET LEURS EMPLOIS THÉRAPEUTIQUES (1)

L'Union de l'Afrique du Sud possède à Port-Elisabeth un muséum d'histoire naturelle qui contient des volières abritant plus de 500 espèces d'oiseaux sud-africains, et des aquariums où vivent les poissons, tortues, lézards et crustacés indigènes.

M. F.W. Fitzsimons, membre de la Société royale de médecine, appelé en 1906 à la direction du Muséum a créé pour les serpents une annexe spéciale dans laquelle des cages vitrées permettent de conserver vivants et en liberté relative les nombreuses espèces de serpents venimeux ou non que l'on trouve au Cap.

Ces serpents sont au nombre de 100 à 1.000 individus selon les saisons : les deux tiers sont venimeux et leur appareil à venin n'est en rien altéré par leurs nouvelles conditions de vie.

Deux espèces de cobras, les cobras Ringhals (Sepedon haemachates) et les cobras à cou noir (Naia nigricollis), possèdent la particularité de lancer leur venin en un jet qui atteint la distance d'un mètre environ d'où la nécessité de détruire leur appareil avant de les placer dans un local où près de 130.000 visiteurs viennent chaque année les observer.

M. F. W. Fitzsimons a publié un nombre élevé d'ouvrages sur la faune sud-africaine et en particulier sur les serpents, leur venin et le traitement de leurs morsures; mais il a poussé beaucoup plus loin ses travaux et en a exposé les résultats dans une conférence faite à l'Université de Cape Town, le 24 juillet dernier, sur la demande de l'Association britannique pour l'avancement de la science, lors du Congrès de cette Association combiné avec celui de l'Association sud-africaine.

Dans cette conférence, M. Fitzsimons a exposé l'importance qu'il faut attacher en thérapeutique aux venins de serpents.

Il rappelle la composition connue de ces poisons et fait remarquer que les éléments toxiques et autres de la protéine ne peuvent être complètement isolés et qu'ils paraissent d'autant plus complexes qu'on pousse plus loin leur étude.

Si la chaleur atténue puis détruit les venins de serpents, c'est facilement pour le poison que secrète la vipère, 80 à 85° suffisent, mais difficilement pour celui du cobra qui n'est détruit que par une ébullition prolongée ou une chaleur supérieure à 100°.

Les propriétés toxiques des venins sont altérées ou diminuées par la lumière, mais d'une façon moindre lorsque le venin est séché.

Il y a deux principaux types de venins que M. Fitzsimons nomme neurotoxines et hémorragines. Les premiers agissent sur les cellules nerveuses, les seconds sur le sang.

Des injections faites avec de ces neurotoxines soigneusement atténuées n'ont pas les inconvénients des médicaments d'origine végétale ou minérale employés comme calmants pour les nerfs.

L'auteur étudie le mécanisme de ces divers poisons et cite ensuite un très grand nombre de cas d'amélioration ou de guérison de patients atteints d'épilepsie par traitements uti-

(1) *Emploi des venins de serpents en thérapeutique*, 1929, édité par le Muséum d'histoire naturelle d'Élisabethville (Union Sud-Africaine).

PRESCRIRE
Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour
Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour
d'Iodogénol Pépin
DANS
Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme
PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).
R. C. 133.142, Seine



Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

lisant les venins de serpents. Beaucoup de ces observations ont été faites aux Etats-Unis, dans l'Afrique du Sud, une, même en France.

Il y a non seulement espacement mais suppression des crises et amélioration de l'état mental.

M. Fitzsimons cite également des cas de guérison de chorée accompagnée de paralysies diverses et conclut que ces venins sont aussi des remèdes antispasmodiques et anticonvulsifs.

On ne prétend pas que ce traitement puisse venir à bout de lésions nerveuses anciennes et avancées, mais il est certain qu'il constitue une aide importante aux autres méthodes de traitement connues.

Les hémorragines combattent avec succès l'abaissement de la tension artérielle, ils donnent d'excellents résultats dans l'hématurie, les métrorragies et chez les sujets atteints d'hémophilie.

M. Fitzsimons a terminé sa conférence en indiquant quelques causes d'échec dans le traitement de l'épilepsie par la méthode qu'il préconise, notamment l'abus du tabac; ces causes supprimées, le traitement réussirait toujours.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a eu lieu le 10 octobre 1929, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur J.-L. Faure : cent cinquante chirurgiens assistaient aux délibérations.

Après l'allocution présidentielle, appel à la solidarité professionnelle qui fut très applaudi, le trésorier, docteur Iselin, fit approuver son rapport annuel.

Trente-trois nouveaux membres ont été admis, ce qui porte le nombre total des membres du Syndicat à 600 chirurgiens environ.

Le secrétaire général exposa l'essentiel des questions complexes d'assurances sociales et d'accidents du travail. Un certain nombre de résolutions ont été prises dont on appréciera l'importance.

Assurances sociales. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français,

Après avoir pris connaissance du règlement d'administration publique concernant l'exécution de la loi du 5 avril 1898 sur les accidents du travail;

Déclare que tous ses membres respecteront strictement la discipline demandée par la Confédération des syndicats médicaux français;

Et leur donne pour directives :

1° De ne recourir qu'en cas de nécessité absolue à la constitution de sections hospitalières dans le sein des syndicats locaux et ne jamais constituer des syndicats hospitaliers autonomes.

Dans le cas où ceux-ci existeraient déjà, elle les prie de s'abstenir de toute démarche sans accord préalable avec le Syndicat des chirurgiens et la Confédération.

Les chirurgiens ne faisant pas partie de syndicats locaux devront prendre le même engagement et ne pas traiter sans les mêmes accords préalables.

2° De faire nommer dans chaque Commission administrative hospitalière le délégué syndical recommandé par la circulaire Breton.

3° De communiquer aux caisses à titre indicatif le tari minimum du Syndicat des chirurgiens.

4° D'exiger, pour les malades payants hospitalisés, le versement direct des honoraires entre les mains du chef de service ou de son préposé.

5° D'entamer, d'accord avec la Confédération, une campagne pour la notification de la loi de 1851 et faire augmenter le nombre des délégués syndicaux au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Il est décidé, en outre, que cette délibération du Syndicat des chirurgiens sera adressée aux commissions administratives des hôpitaux et à l'Assistance publique de Paris.

Hospitalisation des malades payants. — Au cas où une maison de santé serait annexée à un hôpital, le Syndicat des chirurgiens français demande :

1° Que le budget de ces maisons de santé soit distinct de la maison centrale.

2° Que le libre choix s'y exerce.

Accidents du travail. — *Proposition d'un tarif de soins chirurgicaux.* — Le Syndicat des chirurgiens demande l'établissement d'un tarif pour les soins à l'hôpital d'après le principe déjà adopté, à savoir :

« Toute affection entraînant une intervention comporte des honoraires qui seront exprimés par un chiffre global comprenant les honoraires du chirurgien, ceux de ses aides et les soins postopératoires pendant une durée de vingt jours, dans l'établissement où le malade a été opéré. »

Ces chiffres ont été étudiés par le Syndicat dans le tarif déjà adopté par une précédente assemblée générale.

A domicile, la valeur de l'acte chirurgical isolé est représentée par le prix global précédent diminué de 40 p. 100 (ces 40 p. 100 représentant les vingt jours de soins).

A côté de ces chiffres, le Syndicat des chirurgiens demande, en outre, en plein accord avec la Confédération, dans le nouveau tarif des accidents du travail, des honoraires pour le médecin traitant qui assiste à l'opération de son malade. Ces honoraires doivent être indépendants du prix global réclamé par le chirurgien, ses aides et les vingt jours de soins.

Comme le Conseil de la Confédération, l'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens admet qu'il convient d'attribuer à ces honoraires une valeur fixe à laquelle s'ajouteront, s'il y a lieu, les frais de déplacement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 14 novembre. — Jury : MM. Balthazard, président; Gougerot, Rathery et Tanon. — M. Cayet. Etude du rhumatisme articulaire aigu. — M. Herscovici. Le paludisme en Roumanie. — M. Norodom. L'évolution de la médecine au Cambodge. — M. Pépin. La prostitution, ses causes, etc. — M. Touzard. L'intradermoréaction dans les pyodermites.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — — Cours de pharmacologie. — M. le professeur Tiffeneau, souffrant, commencera son cours le vendredi 15 novembre 1929 au lieu du 8.

— Cours de clinique chirurgicale. (Professeur : M. A. Gosset.) — M. le professeur A. Gosset commencera son cours de clinique chirurgicale, à la Salpêtrière, le mercredi 13 novembre 1929, à 11 h. 1/2 du matin, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— Cours de clinique chirurgicale. (Professeur : M. P. Delbet.) — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Cochin, le jeudi 14 novembre 1929, à 10 h. du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC — INTESTIN

DYSPÉPSIE
GASTRALGIE

ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

LE MARDI 3 DÉCEMBRE 1929

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des *instruments en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, necessaires au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1930, savoir :

1er lot. *Instrum^ts en gomme et caoutchouc*. 70.000 f.
2e — — . 70.000
3e — *Gants et doigtiers en caoutchouc*. 500.000
4e — *Articles de caoutchouc* 130.000
5e — *Tétines et obturateurs* 97.000
6e — *Thermomètres médicaux*.. unités 30.000
7e — *Seringues en verre* .... 243.700 f.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 19 novembre 1929, avant 16 heures.

LE MARDI 3 DÉCEMBRE 1929

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1930. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *100.000 francs* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au lundi 23 novembre 1929.

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES

CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE.
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.

SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.

LE PERDRIEL PARIS 11, Rue Milton (9e)

R. C., 44.342, Seine.

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES

Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES -- ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX -- PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

N° 91. — MERCREDI 13 NOVEMBRE 1929. 102e ANNÉE. MERCREDI 13 NOVEMBRE 1929. — N° 91.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — *Epreuve théorique.* — Séance du 5 novembre. — Question donnée : « Paralysies diphtériques. »

M. Aubin, 20.

Epreuve clinique. — M. Aubin, 20.

M. Aubin est nommé.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — *Composition écrite.* — Séance du 6 novembre. — Questions données : « Corps vitré. Physiologie du corps vitré. — Diagnostic, sémiologie de l'exophtalmie. »

Consultation écrite. — Séance du 8 novembre. — MM. Veil, Kolt, Blum et Favory, 20 ; Cousin, 18.

Epreuve clinique. — MM. Veil, 25 + 20 = 45 ; Cousin, 24 + 18 = 42 ; Favory et Kalt, 27 + 20 = 47 ; Blum, 25 + 20 = 45.

Sont déclarés admissibles : MM. Favory et Kalt, 47 ; Veil, 45.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Ont été nommés :

Internes titulaires en médecine : MM. Dusan, Figarella, Appaix, Léna, Legrand, Carbonnel, Mari, Guéirard, Amédéo, Picaud.

Internes provisoires : MM. Gallian Chaffrey, Casalta, Raffalli, Achard, Couve, Mlles Piétri, Lamoureux, MM. Passelaigue, Tissot, Figasso, Bagarry.

Externes en médecine : MM. Granjon, Paillas, Haimovici N'Haim, Liotet, Bruno, Arnaud, Raynaud, Lazare, Thinus, Riss, Escarras, Blanc, Raibaudi, Hernandez, Rocher, Mlle Arnaud, M. Barbe, Mlle Borel, MM. Dumeau, Fabre, Grassi, Mingarden, Paganelli, Viens.

— ORLÉANS. — Ont été nommés :

Chirurgiens adjoints : MM. les docteurs Chevereau, L'Heureux et Le Page.

Radiologue adjoint : M. le docteur Faivre d'Arcier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Edmond Doumer, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille.

— LYON. — Au cours de la séance solennelle de rentrée des facultés, M. le docteur Jean Lépine a remis le diplôme de docteur *honoris causa* à M. Egaz Moniz, professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef est actuellement vacant au quartier d'aliénés de l'hôpital-hospice de Niort (Deux-Sèvres), par suite du départ de M. le docteur Godard, appelé à un autre emploi.

Un poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), par suite du départ de M. le docteur Gouriou, appelé à un autre emploi.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher), par suite du départ de M. le docteur Senges, appelé à un autre emploi.

LA QUARANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie, fondée en 1889, est arrivée à la quarantième année de son existence. Elle a décidé de célébrer ce quarantenaire par une séance solennelle dans laquelle sera évoquée la mémoire des savants illustres qui ont présidé à sa création.

Le bureau de la Société invite tous les psychothérapeutes qui s'inspirent de l'esprit scientifique à assister à cette réunion qui, coïncidant avec la séance annuelle, aura lieu le mardi 19 novembre 1929, de 5 à 7 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence d'honneur des professeurs

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche.
Insuffisance ventriculaire droite.
Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

Charles Richet, Ménétrier, Pierre Janet, Jean Lépine (de Lyon), et du bâtonnier Henri Robert, membre de l'Académie française.

ORDRE DU JOUR DU MARDI 19 NOVEMBRE, à 5 heures : les inspirateurs de la Société de psychothérapie : Charcot, Liébeault, Dumontpallier, et R. Lépine (de Lyon), par le docteur Bérillon.

Les psychothérapeutes aliénistes : Auguste Voisin et Jules Voisin.

Les universitaires amis de la psychothérapie : Emile Boirec et Lionel Dauriac, par le docteur Paul Farez.

Les Juriconsultes à la Société de psychothérapie : Tarde Liégeois (de Nancy); l'avocat général Melcot et le bâtonnier Henri Robert, par Me Guilhermet, avocat à la Cour d'appel.

Les grands psychothérapeutes anglais : Braid, Hake-Tuke, Milne Bramwell, Lloyd-Tuckey, Senèque Viard, par le docteur Ch. Sampson (de Londres).

Le mouvement psychologique aux Etats-Unis, par M. Jules Bois.

La psychothérapie à l'époque contemporaine. Les doctrines de Grasset et de Pierre Janet, par le docteur Pierre Vachet.

Au cours de cette séance une médaille de bronze, œuvre de Mlle Hemmerlé, statuaire, sera remise au docteur Bérillon, secrétaire général de la Société depuis sa fondation. Le prix du médaillon est de 80 fr. Les souscripteurs qui désirent recevoir un exemplaire de la médaille, peuvent adresser le montant de la souscription au docteur Pierre Vachet, 8, boulevard de Courcelles.

La réunion sera suivi d'un banquet auquel sont conviés les membres de la Société et leur famille, ainsi que les adhérents à la séance annuelle.

Le banquet aura lieu à 7 heures et demie au restaurant du Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Tenue de ville. Prix : 30 francs.

Adresser les inscriptions à la réunion, les adhésions au banquet et les titres des communications au docteur Bérillon, 4, rue Castellane (VIIIe). Téléphone : Central 24-01.

ORDRE DU JOUR DU MERCREDI 20 NOVEMBRE, à 5 heures. — *Questions générales mises à l'ordre du jour.* — *A.* Les méthodes scientifiques bases fondamentales de la psychothérapie :

1° La préparation à l'action psychothérapique : L'hypnotisme, les états anapausiques, les adjuvants physico-chimiques;

2° Les applications directes de la psychothérapie : Le dialectique, la suggestion, la réflexothérapie psychique, les rééducations, la création des centres d'arrêt mentaux.

B. — Communications individuelles (dans l'ordre du jour de leur inscription).

ORDRE DU JOUR DU JEUDI 21 NOVEMBRE, à 5 heures. — Démonstrations techniques. Présentation de malades et d'appareils. Discussion sur la technique de la psychothérapie envisagée comme spécialité autonome. Dîner amical des psychothérapeutes.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE. — Le prochain Congrès de stomatologie se tiendra à Venise le 15 septembre 1930, organisé par les soins de la Fédération stomatologique italienne et de l'Association stomatologique internationale. Il aura, de ce fait, un caractère international et réunira des délégués et congressistes de tous les pays et de tous les groupements adhérents à cette Association, ainsi que des médecins non spécialisés dans cette branche s'intéressant aux questions de stomatologie et qui voudront bien présenter des travaux.

Le nombre sans cesse croissant des confrères étrangers fréquentant les congrès nationaux, qui fut particulièrement sensible au Congrès français du mois d'octobre, a montré le désir de plus en plus manifeste et aussi la nécessité du rétablissement des rapports médicaux internationaux. Aussi un Comité permanent d'organisation de tels congrès vient d'être institué sous l'égide de l'Association stomatologique internationale.

Le Congrès de Venise sera une première réalisation et en même temps une préparation au Congrès international de stomatologie de Budapest qui se tiendra en septembre 1931, à l'occasion du 300e anniversaire de la fondation de son Université.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE ROUEN. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rouen, à partir du 1er janvier 1930.

Le traitement alloué est de 26.000 fr., augmentation de 3.000 fr. par période de six ans, ou plus courte, suivant décision du maire, de façon que le traitement soit porté à 29.000 fr., puis à 32.000 fr. A ce traitement principal s'ajoutent diverses indemnités.

En définitive, la situation du directeur du bureau municipal d'hygiène qui entrera en fonctions au 1er janvier sera de 33.400 fr.

Il ne devra pas faire de clientèle, tout son temps étant dû à l'administration ; toutefois, il pourra occuper les fonctions de professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de la ville, s'il obtient d'être nommé à l'un de ces postes dont certains sont ou pourront être vacants à brève échéance.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de titres, justifications ou références.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Savornin (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN SUISSE, anc. chef de clin., interniste expérim. (psychiatrie, métabolisme, poumons), 38 ans, marié, représentant bien, parl. 4 langues, beauc. publié, relat. parf. méd. partout. habitude meil. clientèle, cherche de suite : situation stable, bien rémun., sanat., mais. de repos, industrie (seulem. de 1er ordre), Paris, banlieue, province. Ecr. bur. du Journal.

FONDS de PHARMACIEN à Paris, 8, rue Lafayette. Adjud. Et. DAUCHEZ, notaire, 37, quai Tournelle. le 25 nov. 1929, à 17 h. Mise à prix pouvt être baissée, 525.000 f. Consignation, 100.000 f. Matériel et march. en sus. S'ad. à Me DAUCHEZ, not.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

BISMUTH TULASNE
PANSEMENT GASTRIQUE AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH
INNOCUITÉ ABSOLUE
LABORATOIRES BAUDRY, 68, Bd MALESHERBES, PARIS.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

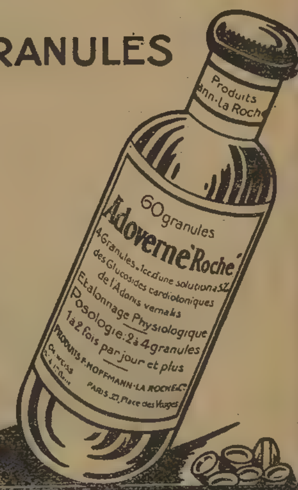
ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

Vaccins Clin

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boîtes de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boîtes de 10 ampoules de 1 c c.
à concentrations croissantes.

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Concentration élevée en microbes — Tolérance parfaite — Conservation illimitée

LES VACCINS CLIN INJECTABLES SONT DÉLIVRÉS
EN BOITES DE 10 AMPOULES DE 1 C. C. A CONCENTRATIONS CROISSANTES

Il faut toujours injecter un centimètre cube.

Laboratoires CLIN. COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris-5e.

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE BISMUTH OLÉO-SOLUBLE

Cardyl

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

INJECTIONS
INTRA MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Spécia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86 rue Vieille du Temple PARIS 3e

Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles. ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques. ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.
BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.
Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL
liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

LA DIRECTION DU TRAITEMENT
DES
FRACTURES RÉDUITES PAR OSTÉOSYNTHÈSE

Par le docteur E. LEMAIRE.

Dans un article paru ici même (1), nous avons décrit le procédé que nous employons pour la réduction sanglante. Nous n'avions pour but que de préciser un chapitre de technique chirurgicale. Depuis lors, nous avons continué à traiter par ce moyen toutes les fractures diaphysaires dans lesquelles l'ostéosynthèse était indiquée. Le système de la lame longue, fixée par un cerclage au moyen de six câbles de quadruples fils de bronze (trois au-dessus et trois au-dessous de la fracture, comme nous l'indiquons en détail dans l'article précité) nous a *toujours* donné des repositions anatomiques parfaites; et ceci, même dans les cas difficiles, ceux précisément dans lesquels on se résoud à l'opération. Il est exceptionnel que nous mettions ensuite des vis pour consolider.

Mais la méthode opératoire n'est pas le seul point intéressant en matière de chirurgie osseuse : les suites et la conduite à tenir le sont au moins autant, et sans doute bien davantage.

Pour les fractures fermées, les *suites immédiates* dépendent surtout des multiples précautions prises au cours de l'opération, précautions sur lesquelles nous avons trop insisté pour devoir y revenir.

Les suites secondaires et le *résultat définitif* dépendent, par contre, de la façon dont est suivi le malade et de la surveillance étroite dont il doit être l'objet.

Il faut, en effet, considérer l'ostéosynthèse comme un perfectionnement dans les manœuvres de réduction, et non comme une réparation. Le blessé avait une fracture dont la consolidation en position vicieuse aurait fait de lui un impotent ou un infirme; le chirurgien a réduit avec exactitude un déplacement que des manœuvres externes ne pouvaient supprimer; c'est au malade qu'il appartient de faire les frais de la consolidation. Au chirurgien de l'y aider : les soins consécutifs aux fractures ne forment qu'un chapitre de pathologie générale et ne sont pas spéciaux aux fractures suturées.

C'est d'abord le plâtre — toujours indispensable dans les ostéosynthèses des diaphyses — et sa surveillance.

C'est aussi la mobilisation précoce *prudente :* les malades craignent souvent de faire des mouvements par peur de souffrir ou de retarder la guérison. Ce ne sera pas perdre son temps que de leur expliquer l'utilité de faire fonctionner leur membre, et d'aider leurs premiers essais.

(1) Considérations pratiques sur la technique des ostéosynthèses des os longs, *Gaz. des hôpit.*, 23 janv. 1929. Rectifions un erratum : p. 119, au paragraphe CERCLAGE, il fallait lire : « Nous avons abandonné les *lames* de Putti-Parham », et non : « Nous avons abandonné les plaques de Putti-Parham. »

Mais quelques précautions complémentaires sont de mise, car le malade est non seulement un fracturé, mais encore un opéré. Nous n'insistons pas.

Abordons la question de la plaque. Faut-il la laisser? Faut-il l'enlever? Problème litigieux. Si elle est bien supportée, il n'y a pas, semble-t-il, d'inconvénient majeur à la laisser. Pourtant, nous tendons de plus en plus à l'enlever systématiquement de façon précoce pour plusieurs raisons :

1° *Elle n'a qu'une utilité temporaire*; la plaque comme le plâtre est un moyen de fixer les fragments en bonne position en attendant qu'ils se consolident. Quand le cal est formé et que le déplacement osseux ne risque pas de se reproduire, la plaque comme le plâtre a terminé son rôle.

2° *Elle est facile à enlever.* — De même qu'on enlèvera le plâtre, il est rationnel d'enlever la plaque, puisque l'ablation est aussi simple que possible : une anesthésie générale légère (le chlorure d'éthyle suffit); une incision jusqu'à la plaque; on coupe les fils de bronze qu'une légère traction permet de retirer; la plaque vient d'elle-même.

3° *Elle peut devenir nuisible.* — Corps étranger devenu complètement et définitivement inutile, la plaque risque de devenir nuisible.

a. Si l'ostéosynthèse suppure (qu'il s'agisse d'une fracture ouverte qu'on n'a pu « stériliser », ou d'une complication opératoire) la suppuration n'aura de cesse que le matériel de prothèse soit enlevé. Parfois un abcès fait son apparition plus d'un mois après l'intervention. S'agit-il d'une infection minime datant du jour de l'opération? C'est peu probable. L'hypothèse d'une infection d'origine sanguine se fixant au niveau du corps étranger est beaucoup plus plausible. Ce danger d'ostéomyélite par *intolérance* des corps étrangers par l'organisme devrait à lui seul trancher le débat en faveur de l'extraction précoce de la plaque, d'autant plus que la hantise, très justifiée, d'une ostéomyélite limite singulièrement pour le chirurgien circonspect, les indications de l'ostéosynthèse.

b. Comme beaucoup d'auteurs, nous craignons que lames, plaques, vis et fils soient, à quelque degré, la cause à leur niveau d'un certain processus d'ostéoporose; ce n'est peut-être pas la règle, mais le fait est maintes fois constaté. De ceci, certains auteurs déduisent qu'il faut laisser la plaque longtemps (six mois, par exemple), pour attendre que cette consolidation « au ralenti » — si tant est que cela soit ainsi — ait le temps de s'effectuer. Partant du même fait, nous arrivons à la conclusion inverse : s'il est démontré que ces objets métalliques sont à la base de perturbations dans l'ossification, mieux vaut les enlever tôt dès qu'ils ont joué leur rôle : la coaptation exacte, bout à bout, des fragments. Si la rigidité n'est pas encore suffisante, un plâtre léger y pourvoira tout comme si la fracture n'avait pas été réduite par la méthode sanglante. Il faut demander à l'ostéosynthèse tout ce qu'elle peut donner; lui

demander plus que sa mesure serait s'exposer à des désillusions (1).

c. Si la plaque ne gêne que beaucoup plus tard, on risquera peut-être — complication inverse de la précédente — de la trouver englobée dans une loge « en panier », formée de profilérations osseuses irrégulières, lançant au-dessus de la plaque des ponts d'où l'on aura de la peine à l'extirper. Le fait est assez rare, mais il existe. Et cette ablation tardive montre que si la plaque n'avait pas gêné, elle n'en aurait pas moins, dans certains cas, été la cause de la formation d'un cal atypique et irrégulier, ce qui n'est pas souhaitable.

Pour toutes ces raisons, nous jugeons qu'une plaque qui ne sert plus à rien, et qui risque d'être à l'origine de désagréments, a tout avantage à être enlevée, puisque c'est chose facile.

Il est aussi difficile de préciser le délai optimum d'ablation de la plaque que celui de l'ablation du plâtre : c'est une question d'espèce, et il peut varier dans de très larges proportions. Le délai habituel à chaque fracture pour la suppression du plâtre est une date qu'il nous paraît bon de ne pas devancer pour l'ablation de la plaque. Notons cependant que dès le vingt-cinquième jour (et chez l'enfant dès le quinzième jour) le cal, s'il n'est pas encore rigide, est suffisamment résistant pour s'opposer à un nouveau chevauchement des fragments. Si la solidité ne paraît pas satisfaisante, rien n'empêche de remettre temporairement un plâtre, comme on le ferait, nous l'avons déjà dit, pour une fracture non opérée.

Les résultats obtenus sont encourageants. La réduction matérielle est toujours d'une exactitude idéale; et les suites opératoires sont au moins aussi simples que si l'on emploie des procédés plus longs, plus compliqués et plus traumatisants.

Les calques radiographiques que nous donnons à titre d'exemple sont ceux d'une malade Mme Br... Laurence, trente-huit ans qui, à l'occasion d'une chute dans un escalier, s'est fait une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche et une fracture des deux os de l'avant-bras gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Grosse fracture avec déplacement important. La fracture du cubitus est ouverte, les deux extrémités de l'os sortant de la plaie. Pas de lésion vasculaire ni nerveuse apparente

Anesthésie au balsoforme. Après avoir rapidement réduit la luxation de l'épaule, on passe à l'avant-bras. On lave, on déterge, on épluche avec le plus grand soin le foyer de fracture cubital ouvert. On résèque la lisière de la peau mâchurée. Ostéosynthèse par le procédé habituel avec une plaque et cinq colliers de fils de bronze. Tube de Carrel. Fermeture incomplète au crin. Le foyer de fracture radial ne communiquant pas est respecté. Plâtre à fenêtre.

Une radiographie montre que la fracture radiale, si elle n'est réduite, ne sera pas compatible avec un bon fonctionnement ultérieur du membre (fig. 1). L'état de la fracture ouverte étant très satisfaisant, l'ostéosynthèse du radius est décidée trois jours après la première intervention, car il ne faut pas attendre la formation d'un cal vicieux qui, gênant la réduction, ferait courir des risques à la première suture.

Reposition sanglante non par tractions, mais en se servant d'une rugine comme levier. Plaque fixée par six colliers de fils de bronze. Fermeture complète. Protection soignée de cette plaie aseptique par pansement hermétique avec albuplaste et collodion. Plâtre à fenêtres. La radiographie montre une bonne réduction (fig. 2 et 3).

Six jours après, suppression du Dakin dans le foyer cubital; cicatrisation rapide et complète. On enlève le plâtre au dix-huitième jour pour le remplacer par un pansement compressif rigide de tarlatane amidonnée; mais on hésite sur la date d'ablation des plaques.

Le trente-septième jour, devant les signes d'une collection purulente dans le foyer de fracture radial (l'ancien foyer fermé), on enlève la plaque cubitale, puis la plaque radiale. Cette complication infectieuse fut sans lendemain, mais il persiste encore actuellement (et cette fracture remonte à cinq mois) une petite fistule qui donne par intermittences quelques gouttes de pus. La malade est, évidemment, et peut-être pour toute sa vie, à la merci de poussées d'ostéomyélite réchauffée, mais, c'est là la rançon de sa guérison : sans le Dakin, elle n'aurait peut-être pas conservé son avant-bras, et sans l'ostéonsynthèse, elle n'aurait sûrement pas récupéré une amplitude quasi normale dans ses mouvements de prono-supination.

Nous n'avons pas l'expérience de ce procédé chez l'enfant chez lequel les indications de l'ostéosynthèse sont plus restreintes encore que chez l'adulte, en raison notamment de la facilité habituelle de réduction par manœuvres externes. Tout récemment cependant, nous avons eu l'occasion de pratiquer cette intervention chez un enfant de cinq ans, présentant une grosse fracture des deux os de la jambe droite au tiers moyen, par écrasement par roue de voiture, le foyer péronier étant ouvert. Le tibia seul, bien entendu a été suturé. La coaptation et les suites immédiates furent satisfaisantes; quant au résultat définitif, nous manquons totalement d'éléments d'appréciation puisqu'il s'agit d'une fracture remontant à peine à un mois, le petit malade ayant encore sa plaque.

Mais il est de toute évidence que chez l'enfant, la plaque doit être essentiellement temporaire, car elle serait susceptible de perturber l'allongement et surtout l'accroissement périphérique de l'os. C'est un fait d'élémentaire logique sur lequel nous aurions mauvaise grâce d'insister. En enlevant la plaque tôt, on réalise une « synthèse temporaire avec une plaque » qui donne de meilleurs coaptations que

(1) Nous sommes d'ailleurs très prudent pour les exercices du membre fracturé. Nous craignons en effet que, sous l'influence des mouvements qui se répercutent forcément dans le foyer de fracture, il se produise une irritation mécanique de l'os par le matériel de prothèse, irritation qui peut être à la base d'un véritable abcès de fixation. Nous pensons qu'il y a là une grosse cause d'insuccès (suppuration secondaire) à laquelle il est facile de parer.

n'en donnerait une synthèse au moyen de « fixateurs externes », assez compliqués (dispositifs de Lambotte, de Juvara), ou d'une mise en œuvre délicate (procédés de Chalier, d'Ombrédanne).

Comme conclusion, on peut dire que la valeur fonctionnelle du membre, — qu'il s'agisse d'une fracture bénigne, ou d'un cas ayant nécessité la réduction sanglante — ne revient rapidement que si l'on soumet le malade à des exercices de mécanothérapie rationnelle active. Dans un cas comme celui de la malade que nous venons de citer — et la fracture des deux os de l'avant-bras est une des indications majeures de l'ostéosynthèse — il suffit de



Fig. 1.

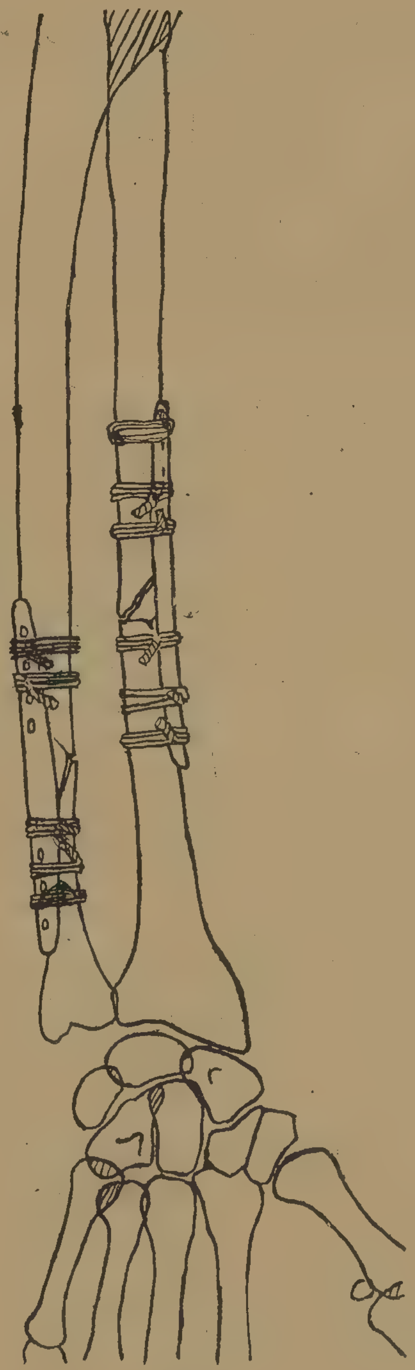


Fig. 2.

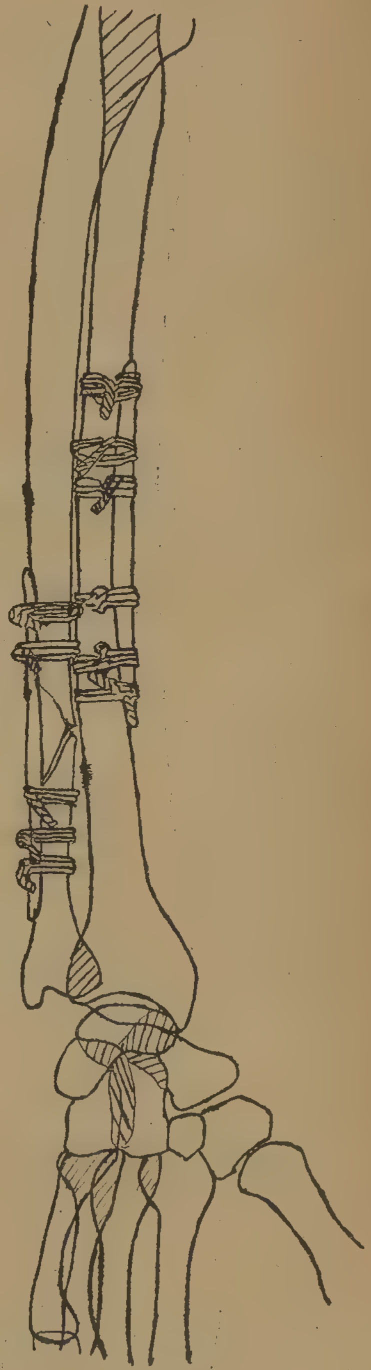


Fig. 3 (1).

recommander au blessé de se servir de sa main et de consacrer quelques minutes, plusieurs fois par jour, à ouvrir des boutons de porte, par exemple — ou si c'est une femme du monde à jouer du piano. A un fracturé de jambe, on recommande de se promener : c'est de la mécanothérapie simple et de la meilleure.

La direction du traitement des fractures après ostéonsynthèse mérite donc une grande attention, car c'est d'elle, plus que de l'opération, que dépendra le résultat final, le seul qui compte en définitive pour le médecin comme pour le malade.

(1) Comme sur la radiographie de profil, les ombres des deux os et des plaques se projettent les unes sur les autres, nous reproduisons une radiographie « des trois quarts ».

JOURNÉE MÉDICALE DE DAX

(26 octobre 1929)

De tout temps a été reconnue l'efficacité des eaux de Dax dans le traitement du rhumatisme. N'est-ce pas autour de sa source principale, la Néhe, que bien longtemps avant l'époque de l'invasion romaine, se sont groupés ses premiers habitants? La modeste cité lacustre devient ensuite le chef-lieu de la tribu gauloise des Tarbelles. Julia, fille d'Auguste, y retrouve la santé. L'empereur, dans sa gratitude, donne son nom aux eaux : les *Aquae Tarbellicae* se changent en *Aquae Augustae*. Sous son impulsion, la source est captée, des Thermes magnifiques s'élèvent; la station acquiert une renommée qui, dépassant les limites de l'Aquitaine, s'étend à la Gaule, à l'Ibérie, au monde latin. Puis son étoile semble pâlir et, durant des siècles, il n'est plus question d'elle. Pourquoi cette disgrâce? Ne sont-elles pas restées les mêmes, ses eaux et ses boues? Ne sont-elles pas capables, aujourd'hui comme jadis, de réaliser des miracles? C'est ce que se sont dit un certain nombre de financiers et d'industriels. Par leurs soins a été constituée une Société qui, aussitôt, a entrepris d'immenses travaux pour rénover la station, pour la doter de l'appareillage le plus moderne, pour y réaliser les installations les plus conformes aux exigences de la science, de l'hygiène et de la santé, pour lui faire reprendre, enfin, le rang qu'elle mérite d'occuper. Et c'est pour soumettre ses efforts à leurs juges naturels qu'elle a organisé, le 26, la *Journée médicale de Dax*.

*
* *

Beaucoup d'invités de marque, parmi lesquels les professeurs Carnot, P. Nobécourt, Rathery, Villaret (de Paris), Abadie, Andérodias, Cruchet, Micheleau et Rocher (de Bordeaux), MM. R. Bénard, Brulé, Chevallier, Crouzon, Guillemot, Haguenau, Halbron, Harvier, Heuyer, Hudelo, Jacob, Laignel-Lavastine, Lesné, de Massary, May, Milhit, Papillon, Tixier, Touraine, Trémolières, M.-P. Weill, Weissenbach, Cadenat, Deniker, Dujarier, Leveuf, Macé, Mathieu, Mouchet, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris, MM. Bandelac de Pariente, Boulanger-Pilet, Brisard, Delater, J. Dedet, Desjardins, Guyot (de Bordeaux), Joltrain, Jean Lereboullet, Lobligeois, Luys, Schreiber, Schulmann, Toraude. Les orthopédistes étaient représentés par MM. Andrieu (de Berck), Lamy, Roederer et Trèves (de Paris). Voici, enfin, entourant M. Sieur, ce grand chef auquel tous ceux qui ont eu l'honneur de servir sous ses ordres gardent le plus fidèle et le plus respectueux souvenir, M. le directeur du Service de santé de la XVIe région, MM. Lafforgue et Rouvillois.

*
* *

Pour commencer, quelques « travaux pratiques », où, contrairement à certains que nous avons tous connus, chacun a pas mal travaillé et beaucoup appris. Sous la conduite de M. Dufourcet, président de la Chambre de commerce, érudit justement fier de sa ville, les congressistes se rendent à la fontaine de la Néhe, où bouillonne une eau sulfatée calcique et au voisinage de laquelle se voient les restes imposants d'un temple romain. Puis visite détaillée des établissements : Les Baignots, Dax-Thermal, Miradour, Les Thermes et Splendid, où nous avons examiné les piscines, écouté les explications données, avec beaucoup de clarté et d'obligeance, par nos confrères de la station, assisté à une application de boue. Les plus curieux ont posé des questions : les autres se sont contentés de tremper le doigt dans la baignoire. Tous ont pu se faire une idée des ressources thermales de Dax qui sont, comme on sait, de deux ordres, eaux et boues.

1° Les eaux. — *A.* **Hyperthermales.** — Ce sont, de l'est à l'ouest, le long de la rive gauche de l'Adour, le Roth, Saint-Pierre, la Fontaine Chaude ou Néhe, Splendid, les sources des Thermes, de Port et du Trou des Pauvres, Dax-Thermal, les sources du Baignot. Leur débit, par vingt-quatre heures, est évalué à 10 millions de litres, leur température varie de 57 à 64 degrés, leur minéralisation est faible, leur radioactivité, considérable. Quant à leur constitution physique, elle fait, de ces eaux, un milieu légèrement hypotonique par rapport au sérum sanguin, et où la dissociation des éléments est portée au maximum.

B. **Salées.** — Elles proviennent des puits de la Compagnie des Salines de Dax et ont pour origine les bancs de sel gemme que l'on retrouve dans toute la région pyrénéenne de l'ouest. L'eau est envoyée directement par des conduits souterrains aux Salines qui se trouvent à l'entrée de la ville, puis dirigée par des canalisations sur les Etablissements thermaux, où elle est utilisée. Elle contient surtout du chlorure de sodium, accessoirement d'autres chlorures (magnésium, potassium) et des sulfates alcalins ou alcalino-terreux; leur densité est de 25°8 au Baumé.

C. **Sulfureuses.** — Elles émergent du voisinage de Dax. Comment ces eaux sont-elles prises ?

Les *hyperthermales*, à l'intérieur, en boisson : 100 à 250 centimètres cubes trois fois par jour, une fois à l'occasion du bain de boue, les autres une heure avant chaque repas; à l'extérieur, sous forme de douches, en pluie ou en jet brisé, locales ou générales, mais toujours à pression modérée; de bains, dont les effets, sédatifs de 35 à 36 degrés, sont excitants de 37 à 40 degrés et révulsifs au delà; de vapeurs, utilisées dans des étuves, où le malade passe par trois phases : de suffocation et de malaise, de sudation et de bien-être, de congestion avec élévation de la température.

Les *eaux salées* sont utilisées en bains, où elles sont additionnées d'eau minérale naturellement chaude. Quant aux eaux-mères, elles servent en bains, en applications locales, en lavages, en irrigations.

2° Les boues. — L'Adour est sujet à de fréquents débordements hivernaux. Après chacun de ceux-ci, il laisse sur ses rives, au voisinage immédiat des sources thermo-minérales, un épais limon composé d'argile, de silice et de calcaire. Ce limon peut donc s'imprégner des éléments contenus dans les eaux et subir des modifications dont la principale est l'éclosion d'une riche flore si bien que, d'exclusivement minéral qu'il était au début, il devient végéto-minéral. C'est lui qu'on utilise lorsqu'il est mûr pour les *bains*.

Ceux-ci sont pris dans des piscines individuelles. L'eau minérale hyperthermale arrive par le fond de la baignoire, traverse la couche de limon, se répand en nappe à sa surface et sort par un orifice latéral. La température du bain de limon, qui varie de 38 à 45 degrés, est donc plus élevée à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, condition des plus favorables pour éviter les phénomènes congestifs. Ces bains se prennent chaque jour, de préférence le matin, leur durée est de dix minutes. Au bout de ce temps, le front et le visage se couvrent d'une sueur abondante, indiquant qu'il est temps de sortir du bain. On donne alors au patient une douche chaude, puis on l'enveloppe chaudement et on le renvoie à son lit, où la sudation continue une heure encore. Les manifestations rhumatismales sont-elles localisées aux membres inférieurs ou redoute-t-on une réaction trop forte, au bain entier, on substitue le *demi-bain*. Quant aux *applications locales*, elles consistent à recouvrir la partie malade de couches de limon dont l'épaisseur et la température varient suivant les cas. La partie malade est ensuite enveloppée d'une toile imperméable, de linges chauds, et laissée ainsi de vingt-cinq à trente minutes.

*
**

L'après-midi a été consacré aux conférences. M. le professeur Sellier (de Bordeaux) s'occupe de *Dax thermal, de son passé, de son présent, de son avenir*. Retenons de son intéressante causerie que Dax a déjà plus de mille ans d'existence, et que c'est à nos frères inférieurs (comme pour Vichy) que l'on doit la découverte des propriétés curatives de ses eaux. La légende veut qu'un centurion, quittant le pays, ait jeté dans la fontaine de la Néhe son chien, affaibli par l'âge et tout perclus de rhumatisme. Quelle ne fut pas la surprise des habitants de voir guérir cet animal! Florissante sous la domination romaine, Dax fut ensuite envahie par les Barbares, qui détruisirent les thermes. Elle a fait peu parler d'elle au Moyen âge, et si elle est revenue à la mode au XVIIe siècle, c'est grâce à Bordeu, médecin du Roi, qui en étudia les indications principales. M. L. Bertrand nous expose les résultats de ses belles *recherches géologiques*. Pour lui, les eaux hyperthermales de Dax sont d'origine superficielle lointaine; elles se sont d'abord enfoncées vers les profondeurs, à la faveur de failles rocheuses, puis ont regagné la surface, par pression hydrostatique, dans la région dacquoise, au travers de la ligne de dislocation sous-pyrénéenne d'une roche dolomitique. Echauffées dans le sous-sol, elles constituent une sorte de rivière souterraine, mesurée par l'étendue de la dolomie elle-même, que l'eau a transformée en une sorte de ruche d'abeilles aux alvéoles parcourues par d'énormes courants ininterrompus. La zone dolomitique et thermale, longeant la rive gauche de l'Adour, s'étend sur une longueur de 1.200 mètres et sur une largeur de 50 mètres environ. C'est sur elle que l'on trouve toutes les émergences et que sont faits tous les captages. M. Lepape étudie la *radioactivité des eaux de Dax* qu'il est venu déterminer sur place. Il montre que, comparées aux autres sources analogues du trias pyrénéen, ces eaux sont les plus radioactives après celles de Bagnères-de-Bigorre. Dans l'ensemble des sources françaises, celle de Splendid figure parmi les plus fortes moyennement radioactives. Ce qu'il y a de particulier à cette source, c'est l'association d'une radioactivité importante et d'un débit très élevé. L'eau du Splendid apporte au jour, en effet, 708 microcuries de radon par heure, correspondant à une puissance radioactive de 94,5 de radium, soit un tiers en plus que la source d'Alun, d'Aix-les-Bains, connue, jusqu'à présent, comme la plus riche. Notons encore ce fait que les trois sources très voisines : Splendid, source du Bastion, source Néhe, sont très diversement radioactives, mais que leur radioactivité est d'autant plus élevée que la profondeur de la couche de dolomie est plus faible. MM. Villaret et Justin-Besançon, dans une communication intitulée *La vie des boues thermales de Dax*, considèrent les boues thermales de Dax comme des organismes vivants, capables de provoquer des réactions ainsi que le montre l'exemple classique de Mlle de Montpensier. C'est qu'en effet, les boues thermo-végéto-minérales diffèrent profondément, au point de vue thérapeutique, des limons minéraux ordinaires. Ce sont les algues et les bactéries thermales qui remanient les alluvions et modifient leurs caractères mécaniques, chimiques et physiques. Au premier rang de ces transformations, une place essentielle revient aux oxydo-réductions. Introduisant en hydrologie la notion physico-chimique récente du rH, les auteurs peuvent mesurer avec précision les phénomènes vitaux qui transforment les boues thermales. Ces données sur le potentiel d'oxydo-réduction des boues éclairent d'un jour nouveau certaines de leurs propriétés thérapeutiques. Le professeur Carnot, après avoir félicité de son effort la Société fermière, insiste sur la nécessité, qu'elle a d'ailleurs parfaitement comprise, d'études scientifiques des constantes physico-chimiques des eaux de Dax et de l'organisation de laboratoires de recherches installés sur place. M. Mathieu-Pierre Weil se livre à une analyse très fouillée des causes du *rhumatisme chronique* : traumatismes répétés et souvent insignifiants, dysendocrinies, intoxications, chocs protéiniques, et admet qu'il ne succède que très rarement au rhumatisme articulaire aigu, à la maladie de Bouillaud. M. Moure passe en revue les *indications des eaux de Dax en oto-rhino-laryngologie* : coryzas purulents, coryzas chroniques avec ou sans ozène, sinusites chroniques, catarrhe naso-pharyngien, lésions du cornet, laryngites chroniques survenant chez des arthritiques. M. Rathery envisage les *indications des boues médicinales dans le traitement des rhumatismes chroniques* : arthrites subaiguës ou chroniques, sciatiques, lumbagos et névralgies intercostales à marche lente, abstraction faite des processus aigus ou mal éteints; rhumatisme chronique progressif; rhumatisme fibreux; rétraction de l'aponévrose palmaire, synovite chronique, nodules d'Heberden. Contre-indications principales : l'hypertension, l'acétonémie, l'azotémie. Quant au professeur Nobécourt, il étudie les *eaux de Dax en pédiatrie*. Sans doute, on peut envoyer à cette station les rhumatismes chroniques infantiles, certaines arthropathies chirurgicales, certaines périviscérites, mais ne pourrait-elle donner de bons résultats grâce à ses propriétés physico-chimiques : haute thermalité, richesse en chlorure de sodium, ionisation, radioactivité, dans les paralysies infantiles, immédiatement après la période aiguë? A M. Riberol était dévolue la tâche de parler de *Dax dans le passé*, de rappeler les noms de Dufau, médecin de Louis XIV, d'Hector Serre, de Delmas, de Lavielle, de Larauza qui, tous, ont contribué à accroître la renommée de la station, et d'énumérer quelques-unes des indications principales : séquelles de certaines fractures para-articulaires, raideurs du poignet, du coude, de l'épaule, arthrites consécutives aux ostéomyélites, lorsqu'il n'existe plus de lésions inflammatoires en activité, péricolites et périgastrites douloureuses. Enfin, M. le médecin général Saltet expose avec autorité l'*organisation technique de la ville de Dax* où tout a été prévu pour partir du malade et pour revenir à lui. Grâce aux efforts de la municipalité et de la Société, heureusement unies, on a amélioré l'hygiène générale de la ville et réalisé la constitution d'un quartier thermal, on a poussé très à fond les études scientifiques des eaux, on s'est préoccupé d'améliorer les conditions du traitement. Chaque établissement thermal possède une autonomie complète, si bien que le malade trouve réunis, dans le même point, l'hôtel qui le reçoit et l'organisme qui le soigne. Ces établissements ont d'ailleurs été divisés en classes. L'appareillage a partout été renouvelé. Enfin, sans cesser de ménager les légitimes intérêts du personnel ancien, on a cherché à donner au nouveau l'instruction qui lui est nécessaire pour remplir ses délicates fonctions.

*
**

Beaucoup de distractions, et des mieux choisies. Vraiment la Municipalité, d'une part, et de l'autre, la Société immobilière et fermière de Dax avec son aimable président, M. Milliès-Lacroix, ont bien fait les choses. Réception à l'Atrium; vin d'honneur, banquet somptueux au Splendid, ouvert en juin dernier, et où tout est fait pour charmer les yeux : lignes hardies, verrières lumineuses, plafonds élevés, larges baies où pénètre à flots le soleil, et sur les murs desquelles se lisent des inscriptions qui exercent la sagacité des latinistes, escalier monumental, chambres luxueuses; dans les sous-sols, massés en ordre de bataille, tous les moyens pour soigner et pour guérir; le 27, excursion à Hossegor mis à la mode par J.-H. Rosny jeune et célébré par les poètes « dont « les vers ont emporté son nom sur leurs ailes, comme les « colombes qui portent sur leur collier, au delà des bois, le « nom ou le chiffre des amants qui les ont apprivoisées », Hossegor, station rêvée pour les enfants bien portants, et aussi pour tous les convalescents. Après avoir admiré, à Cap-Breton, la mer déchaînée, à Hossegor, le lac enchanté, tur-

quoise enchassée dans l'émeraude des prés, « les fenêtres des maisons qui, souriant de mille fleurs, animent l'immobile beauté de la forêt », les touristes ont reçu, à l'hôtel du Lac, l'hospitalité la plus abondante et la plus délectable que leur offrait la Société des Hôtels et Bains de mer d'Hossegor, représentée par M. ELUÈRE. Des heures durant, ils ont savouré, en fins gastronomes que sont les médecins, un menu exquis, arrosé de vins généreux et qui a justement valu à l'artiste qui a inspiré et au « chef » qui a exécuté ce chef-d'œuvre, un triple ban d'honneur. Le retour s'est effectué par la route des Lacs : Tosse, Soustons, Vieux-Boucau, Léon. A 9 heures du soir, nous reprenions le train de Paris, non sans adresser nos meilleurs remerciements aux organisateurs de cette belle journée, MM. Milliès-Lacroix et Saltet et leur avoir exprimé tous les vœux que nous formions pour voir le succès couronner leurs efforts et Dax reprendre bientôt, sous leur habile et méthodique direction, son antique splendeur.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1929)

Le liquide des épanchements pleuraux de la maladie rhumatismale. — M. MAY signale l'importance de la réfractométrie pour la détermination de la nature des épanchements pleuraux. Dans la pleuro-tuberculose, cet indice est supérieur à 40. Dans les épanchements infectieux aigus non rhumatismaux, les chiffres sont sensiblement analogues. Les épanchements rhumatismaux ont, au contraire, un indice réfractométrique inférieur à 40.

Dégénérescence amyloïde et néphrose lipoïdique. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN, AZERAD et JUSTIN-BESANÇON rapportent l'histoire d'une dégénérescence amyloïde pure du rein, sans néphrite associée, au cours d'une suppuration datant de six mois ; il existait un abaissement de l'urée, de la tension ; il n'y avait pas de cylindres granuleux. D'autre part, il existait tous les signes de néphrose lipoïdique. Ils discutent le diagnostic et concluent à la possibilité d'un double processus amyloïde et lipoïdique déterminé par une suppuration chronique.

Dextrocardie totale par tractions avec arrêt de développement du sein homologue. Tolérance parfaite depuis trente-trois ans. — MM. TRÉMOLIÈRES et VÉRAN rapportent l'observation d'une femme de quarante-huit ans atteinte, depuis trente-trois ans, d'une dextrocardie complète consécutive à une pleurésie sclérogène accompagnée d'une déviation importante de la trachée et de l'œsophage, la sclérose pulmonaire et la déviation trachéale donnant lieu à un syndrome cavitaire typique.

Vin aliment et vin médicament. — M. LOEPER, chargé d'une étude sur le vin, a été amené, au cours de ses travaux, à reconnaître que le vin — liquide complexe — a un pouvoir excitant de la cellule hépatique très marqué et peut constituer un moyen d'exploration. En pratiquant le tubage duodénal, on se rend compte que 20 centimètres cubes de vin blanc ont un pouvoir cholérétique plus marqué que 20 gr. de sulfate de magnésie. Le vin rouge est moins actif, à cet égard, que le blanc.

Sur un cas de pleurésie putride produite par la flore spirochéto-anaérobie. — M. André JACQUELIN, Mlle BRUN et M. FOUQUET rapportent l'observation d'un cas de pleurésie putride cliniquement primitive, sans foyer de gangrène pulmonaire. L'examen du liquide pleural révéla la présence, en association avec les germes de la flore de Veillon, de nombreux spirochètes appartenant de manière indéniable au type Bezançon-Etchegoin, et de quelques agents spiralés plus fins présentant les caractères du S. dentium. Les coupes histologiques traitées par l'imprégnation argentique montrèrent une zone superficielle ne présentant que les germes anaérobies, une zone moyenne dans laquelle figuraient côte à côte spirochètes et flore de Veillon et une zone profonde, zone d'attaque spirochétienne pure. Ces constatations bactériologiques ont été faites dans un cas d'infection putride aiguë de la plèvre, et l'on peut se demander si des recherches systématiques ne révéleraient pas la présence de cette flore dans des cas de plus en plus nombreux de pleurésie putride.

Les accidents consécutifs au traitement de la maladie de Basedow par le tartrate d'ergotamine. — MM. D. ADLESTERG et O. PORGES (de Vienne), à l'occasion des accidents signalés à une précédente séance par M. Marcel Labbé et ses collaborateurs, font remarquer que les doses employées ont été trop fortes. Les doses établies pour l'administration *per os* ont été données en injections, de là les phénomènes d'intolérance.

La sérofloculation (mélanofloculation) du paludisme. — MM. LE BOURDELLES et LIÉGEOIS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1929)

Pancréatite chronique. — M. GRÉGOIRE expose une observation personnelle de cancer du pancréas qui évolua extrêmement lentement, pendant deux ans et demi, et simula une pancréatite chronique. Amélioration par cholécysto-entérostomie, puis occlusion duodénale traitée par duodéno-jéjunostomie avec succès. Mais la malade mourut de cachexie dix mois après.

Septico-pyohémie traitée par le bactériophage. — M. GOUVERNEUR rapporte cette observation de M. DAVIOUD : abcès du sein, septicémie à staphylocoques. Incision de plusieurs nouveaux foyers. Une injection de 50 centimètres cubes intraveineux de bactériophages amena la guérison rapide. Il semble que ce soit la première injection de bactériophages par voie intraveineuse.

M. SAUVÉ pense que l'injection intraveineuse de bactériophage n'agira pas constamment. En piqûres locales le bactériophage donne de remarquables résultats.

M. GOSSET a été très frappé de voir la cessation rapide des douleurs après injection de bactériophages, et de remarquables résolutions spontanées.

M. CHEVASSU insiste sur la fréquence des phlegmons périnéphrétiques dans les septicémies à staphylocoques, phlegmons qu'il faut rechercher et drainer. Ce sont des abcès corticaux du rein qui se sont ouverts dans la loge rénale. On peut retrouver le staphylocoque dans les urines. Un excellent signe de phlegmon périnéphrétique développé aux dépens du pôle supérieur du rein est l'immobilité relative ou absolue du diaphragme du côté intéressé.

M. BASSET, dans les abcès du sein a obtenu des succès par le propidon, quelques succès par injections locales dans le mamelon, mais ces méthodes donnent des résultats inconstants.

M. SAUVÉ croit que le bactériophage peut donner de bons résultats dans l'abcès du sein.

M. HEITZ-BOYER a vu des résolutions de phlegmons périnéphrétiques après emploi du propidon.

M. MÉTIVET a vu des collections suppurées guérir par des moyens simples, en somme spontanément.

M. GOUVERNEUR conclut que l'injection de bactériophages constitue un fait nouveau intéressant et à étudier.

M. GOSSET rapporte une observation où la découverte de

pus dans les urines a fait découvrir un phlegmon périnéphrétique.

Fracture partielle du sourcil cotyloïdien. — M. MOUCHET rapporte cette observation de M. Diaz (Espagne) : à la suite d'une luxation de la hanche on constate l'existence d'une fracture du sourcil cotyloïdien. Intervention : désenclavement du fragment fracturé qu'on fixe aux tissus voisins. Deux mois après on constate que ce fragment n'est malheureusement pas resté en place. Il aurait été préférable d'exécuter une butée osseuse.

Nouvelle voie d'accès de l'articulation du genou. — M. GERNEZ propose pour le côté interne de rabattre le vaste interne et de luxer la rotule au début, ce qui donne un large abord de l'article, du côté externe une voie analogue donne un jour aussi excellent.

Anomalie du col fémoral. — M. MOUCHET, a constaté chez deux petites naines des traînées d'os condensé dans le col fémoral. Il s'agit probablement d'une lésion congénitale.

Présentation de malade. — M. VAULANDE présente un malade guéri d'une fistule de la fesse d'origine sigmoïdienne après anus cæcal, puis anus iliaque gauche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1929)

Sur les caractères de la sensibilité tuberculinique conférée au cobaye par des doses faibles de B. C. G. — MM. A. BOQUET, L. NÈGRE et J. VALTIS. Les cobayes qui reçoivent par la voie sous-cutanée des doses décroissantes de B. C. G. ($0^{mmg}1$ à $0^{mmg}0001$, respectivement) deviennent sensibles à la tuberculine après un délai plus ou moins long et répondent par des réactions plus ou moins intenses aux épreuves dermiques. Mais, si durable et si vive que soit l'allergie ainsi provoquée, on ne trouve jamais la moindre lésion tuberculeuse à l'autopsie des animaux inoculés. L'intensité et la persistance de la sensibilité tuberculinique qui apparaissent; dans une certaine mesure, proportionnelle à la quantité de germes inoculés, ne sont donc pas liées, nécessairement, à la virulence des bacilles et à la présence de lésions tuberculeuses actives.

Modifications de la formule hémo-leucocytaire chez le cobaye inoculé avec de fortes doses de B. C. G. — M. T. DE SANCTIS MONALDI, poursuivant ses travaux sur les variations de la formule hémo-leucocytaire conclut que l'inoculation sous-cutanée de fortes doses de B. C. G. (30 milligrammes) détermine chez les cobayes adultes :

1° Une très légère anémie du type secondaire, qui s'enraye rapidement;

2° Une leucocytose qui débute du septième au dixième jour et rejoint vers le deuxième mois le chiffre moyen de 19.000;

3° Une polynucléose neutrophile durant la période de diffusion de l'infection, avec de petites quantités de cellules immobiles : une diminution des éosinophiles (qui ne disparaissent jamais) et des lymphocytes, et une augmentation des monocytes sans apparition de formes à petite rosette et vacuoles disséminées;

4° Une diminution du rapport L/M durant la diffusion de l'infection; puis une élévation très marquée de ce rapport, et enfin un retour à la normale;

5° La formule d'Arneth subit une déviation vers la gauche;

6° La formule hématologique des cobayes inoculés avec le B. C. G. redevient normale au bout de cinq ou six mois.

De l'antivirusthérapie dans le lupus. — MM. KAPLAN et W. KARETNIKOVA. L'antivirus tuberculeux incorporé dans un mélange de lanoline et vaseline, a été essayé, en application locale, chez 77 malades atteints de lésions lupiques des cavités nasales. Chez aucun d'eux, il n'a été observé de complications; chez tous, après quatre à sept jours de traitement on a pu constater que les ulcérations se nettoyaient, les infiltrations diminuaient en régressant graduellement. Dans plusieurs cas on a pu constater, au bout de quatre à six semaines la disparition complète des lésions lupiques. Chez 20 malades il fut obtenu une guérison clinique.

Essais sur l'immunité antitoxique. Contribution à l'étude de l'origine et de la nature des antitoxines. — M. G. RAMON s'appuyant sur toute une série d'observations et d'expériences qui lui ont permis, au cours de ces dernières années, de réfuter les objections faites autrefois à une hypothèse depuis longtemps abandonnée, reprend à son propre compte, cette hypothèse. D'après lui à la faveur d'une action mutuelle de l'antigène et de l'organisme apparaît dans le sang, grâce à un processus physico-chimique, le « complexe antitoxine » à la formation duquel prennent part les matériaux fournis par l'organisme et l'élément issu de l'antigène, celui-ci transmettant au complexe la spécificité chimique.

Les extraits pluri-gandulaires totaux et le pH sanguin. — Dans des recherches antérieures, M. IMPARATO avait montré que les extraits des diverses glandes endocrines peuvent modifier le pH sanguin. Il démontre aujourd'hui que les extraits pluri-glandulaires n'ont aucun effet sur le pH, comme s'il y avait une compensation entre les diverses sécrétions.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 octobre 1929).

Action du chlorure de baryum sur le choc anaphylactique du cobaye. — MM. Fernand ARLOING et A. JOSSERAND se fondant sur certains effets thérapeutiques observés avec le chlorure de baryum, ont recherché quelle serait l'action exercée par cette substance sur le choc anaphylactique expérimental du cobaye. La dose la plus forte supportée sans inconvénient est de 2 centimètres cubes.

Administrant donc à des cobayes sensibilisés avec du sérum de cheval tantôt une dose forte ($0^{g}02$), tantôt une dose faible ($0^{g}0025$), ils ont constaté une action variable du chlorure suivant le moment de son administration avant le choc.

Ainsi, injecté une heure ou trente minutes avant l'injection déchaînante, le chlorure de baryum augmente l'intensité du choc anaphylactique. Mais cet effet est transitoire, car, injecté cinq heures avant, il ne modifie l'intensité du choc ni dans un sens, ni dans l'autre. Enfin, quand l'injection est faite vingt-quatre heures avant le choc, le chlorure de baryum diminue l'intensité de celui-ci.

Action du virus filtrant tuberculeux sur les cultures de tissus. — MM. POLICARD et DUFOURT. Le virus filtrant, d'origine humaine ou aviaire, ne montre qu'une action perturbatrice très minime sur les cultures *in vitro* de poumon d'embryon de poulet. La marche générale des cultures n'est modifiée que pour des doses fortes de virus. Les lésions observées au niveau des éléments mésenchymateux consistent dans une vacuolisation et une augmentation du nombre des caryocinèses. Il n'est pas possible de dire s'il s'agit là de phénomènes spécifiques ou, au contraire, d'altérations banales dues à la dilution du milieu de culture.

Sur le mécanisme du phénomène de zone dans la précipitation spécifique. — Poursuivant leurs recherches sur le mécanisme du phénomène de zone dans la réaction de précipitation spécifique, MM. ROCHAIX, LE BOURDELLES et CHEVALLIER ont été amenés à envisager l'action des électrolytes. Leurs expériences les ont conduits à porter les conclusions suivantes : 1° le phénomène de Bordet peut être mis facilement en évidence dans le cas de la précipitation spécifique d'un sérum normal par le sérum anti; 2° une concentration croissante de l'électrolyte provoque la décroissance progres-

sive de la zone de floculation; 3° l'élément actif de l'électrolyte est le cation dont la valence intervient. L'action du cation est en faveur du caractère négatif du complexe antigène anticorps dans la réaction envisagée; 4° le phénomène de zone paraît ainsi résulter des propriétés variables du complexe en présence d'une concentration donnée de l'électrolyte; 5° nous sommes donc autorisés à compléter les lois posées en 1907 par Fleischmann et Michaelis par la proposition suivante : Pour des proportions constantes des deux réactifs et pour un volume constant de liquide, la quantité de précipités obtenue est fonction de la concentration de l'électrolyte et pour une concentration donnée de la valence du cation.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement. Technique et diagnostic anatomo-pathologiques*, par M. Charles Oberling, agrégé; M. Héraux, préparateur, et M. Foulon, aide préparateur. — Ce cours a commencé le mardi 12 novembre 1929, à 14 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure, jusqu'au mardi 3 décembre.

Il comprendra 18 séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale.

Les élèves seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires au diagnostic histologique.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. — Le droit à verser est de 250 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Sont admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1929-1930, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

"CALCIUM - SANDOZ"
Gluconate de chaux pur — Sel soluble entièrement assimilable — Calcium scientifique
La première préparation calcique injectable à doses efficaces sans inconvénients par la voie intra-musculaire
Granulé sans sucre
Adultes : 3 cuillerées à café bien pleines par jour
Enfants : 2 à 3 cuillerées à café par jour
Ampoules à 10 cc.
pour injections intra-musculaire et intra veineuse
Adultes : Une tous les 2 à 3 jours
Enfants : 2 à 5 cc. tous les 2 à 3 jours
Bien spécifier "CALCIUM-SANDOZ"
PRODUITS "SANDOZ" 3 et 5, rue de Metz, PARIS (X°), M. Carillon, Pharmacien de 1re classe

MUTHANOL
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd DE STRASBOURG PARIS (10)

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 157 143, Seine.

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon
R. C., 27.894, Seine.
ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE
G. DEGLOS, 1, rue d'Alembert, PARIS-14e.
PAS D'ACIDE LIBRE

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS
Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine ", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900
PARIS, 3. Boulevard St-Martin. — R. C Seine 48283

GYNOCRINOL
CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE
LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE
LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Lactolaxine FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
Littérature et Echantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

INSUFFISANCE MITRALE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DÉFINITION

Les valvules mitrales ne s'affrontent plus, et pendant la systole ventriculaire une partie du sang reflue dans l'oreillette gauche.

Il y a deux variétés d'insuffisance mitrale :

1. L'insuffisance mitrale organique, par lésions valvulaires;
2. L'insuffisance mitrale fonctionnelle. Ici, il n'y a pas d'atteinte directe des valvules, mais du myocarde.

SYMPTOMES

A. **Insuffisance mitrale organique.** — 1° **Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.** — C'est elle que l'on observe dans l'immense majorité des cas.

DÉBUT. — Elle est diagnostiquée :

— Soit par l'examen systématique du cœur au décours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu;

— Soit ultérieurement, au cours d'un examen complet, et il faudra par l'interrogatoire la rattacher au rhumatisme;

— Soit enfin, parce que le malade vient consulter pour quelques symptômes d'insuffisance cardiaque : dyspnée, palpitations, quelques légers œdèmes aux malléoles, apparaissant le soir et cédant par le repos de la nuit.

ETAT. — Il s'agit d'un malade présentant parfois déjà un facies spécial, le *facies mitral* avec sa cyanose.

a. Examen local. — 1. C'est l'*auscultation* qui fait le diagnostic.

Elle montre au *foyer mitral* un *souffle systolique*, occupant toute la systole, succédant à un premier bruit qui est parfois couvert par le souffle.

C'est un souffle souvent rude, en jet de vapeur, qui se propage *vers l'aisselle gauche* et qu'on peut suivre dans quelques cas jusque dans le dos.

2. La palpation montre en cas de dilatation cardiaque une pointe abaissée et parfois déviée en dehors. Un léger frémissement cataire systolique est de constatation rare.

3. La percussion peut révéler une augmentation de l'aire cardiaque.

b. Accessoirement :

Pouls. — Tension artérielle généralement normale.

— Parfois variations d'amplitude du pouls.

Radio peu caractéristique : gros ventricule gauche en général.

EVOLUTION. — 1. Plus ou moins rapide vers l'asystolie.

— Hyposystolie,

— Puis asystolie : facies mitral, œdèmes, gros foie douloureux, oligurie.

Cette asystolie est longtemps réductible sous l'influence de la digitale, puis irréductible.

2. Parfois l'insuffisance mitrale sert de point d'appel :

— Soit à une nouvelle atteinte rhumatismale du cœur :

— Cardite récurrente;

— Rhumatisme secondairement évolutif;

— Soit à une endocardite maligne :

— Subaiguë;

— Chronique (maladie de Osler).

2° **Formes cliniques.** — *a.* MALADIE MITRALE. — 1. Etiologie également rhumatismale.

2. Association à l'insuffisance mitrale d'un rétrécissement mitral.

Signes physiques :

— Tantôt la symptomatologie est complète et au souffle systolique de l'insuffisance s'ajoutent un roulement diastolique, un souffle présystolique, un dédoublement du deuxième bruit.

— Tantôt ce sont les signes de rétrécissement qui prédominent, tantôt ceux du rétrécissement.

Nécessité de l'auscultation dans le décubitus latéral gauche, d'accélérer le cœur si les signes sont frustes, de mettre le malade à la digitale en cas de tachyarythmie rendant difficile l'interprétation des signes physiques.

Radioscopie. — Valeur diagnostique d'une *grosse oreillette gauche.*

3. Evolution plus rapide vers l'asystolie que dans le cas d'insuffisance mitrale isolée. Fréquence des troubles du rythme : crises de fibrillation auriculaire, arythmie complète. Fréquence des embolies, soit de la grande circulation (embolies cérébrales), soit de la petite circulation. Influence particulièrement défavorable de la grossesse sur cette double lésion mitrale.

4. Signaler seulement d'autres formes cliniques :

— Endocardites malignes aiguës;

— Insuffisance mitrale traumatique;

— Insuffisance mitrale de l'artério scléreux.

B. **Insuffisance mitrale fonctionnelle.** — Sous l'influence de l'hypertension artérielle, d'altérations de la fibre cardiaque, le ventricule gauche se dilate ainsi que l'orifice mitral que les valvules deviennent impuissantes à obturer.

1° **L'insuffisance mitrale fonctionnelle de l'hypertendu, brightique ou aortique : type de description.** — Le souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle est un signe d'insuffisance ventriculaire gauche.

a. Il apparaît :

— Soit en dehors de tout accident paroxystique, par suite d'une dilatation progressive du ventricule gauche.

— Soit à la fin d'une crise paroxystique nocturne faite souvent de l'intrication de trois facteurs : le pseudo-asthme cardiaque, l'angor de décubitus, l'œdème pulmonaire aigu.

b. Caractères. — C'est un souffle doux, localisé, se propageant peu, disparaissant parfois sous l'influence des tonicardiaques, de l'ouabaïne en particulier.

L'orthodiagramme radiologique montre un gros ventricule gauche caractérisé par l'exagération des trois éléments : l'arc, la corde, la flèche.

La tension artérielle maxima a notablement fléchi, la minima s'est élevée.

c. Pronostic. — Tout dépend de la façon dont le ventricule gauche réagit sous l'influence des tonicardiaques, de l'ouabaïne.

Sous l'influence de cette médication, le souffle systolique peut disparaître. Dans d'autres cas, il persiste. Si l'insuffisance mitrale fonctionnelle amende souvent les phénomènes paroxystiques, elle n'en est pas moins un facteur de mauvais pronostic, bien qu'elle soit compatible parfois avec des survies assez longues, le malade ayant une activité ralentie.

2° **Formes cliniques.** — Au cours de toute myocardite, soit chronique, soit aiguë (fièvre typhoïde, diphtérie), peut apparaître un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

DIAGNOSTIC

Facile en général.

Il faut distinguer le souffle systolique d'un *frottement péricardique* qui est mésosystolique, superficiel et variable.

Souffle anorganique, souvent difficile à distinguer d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Souffle d'insuffisance tricuspidienne, asystolie, siège à l'appendice xyphoïde.

Souffle systolique aortique, mais propagation et siège bien différents. La distinction devient néanmoins difficile lorsqu'il y a coexistence d'un souffle apexien et d'un souffle aortique et se fera par la recherche d'une zone de décroissance du souffle entre les foyers aortique et mitral.

Bruit de galop. — Dans le rythme à trois temps que l'on perçoit chez un brightique, il est souvent difficile de dire bruit de galop ou souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CAMPHYDRYL ROBIN

Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %

TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS

ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS

INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES

PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.928

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN. PARIS 16e

CALCOLÉOL
HUILE de FOIE de MORUE
(CONTRÔLÉE BIOLOGIQUEMENT)
CONCENTRÉE ET
SOLIDIFIÉE
VITAMINES A.B.D.
SELS de FER et de CALCIUM

DRAGÉES INALTÉRABLES SANS ODEUR ET EN GRANULÉS

POSOLOGIE
Adultes : 6 à 10 dragées ou 3 à 5 cuillerées à café de granulés
Enfants : Moitié de ces doses (en trois fois aux repas)

INDICATIONS
RACHITISME
TROUBLES de CROISSANCE
SPASMOPHILIE, DÉMINÉRALISATION
GASTRO-ENTÉRITES
AVITAMINOSES

CALCOLÉOL

Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA. Dr E. Perraudin Phen de 1ère Classe 21 Rue Chaptal. Paris. 9e

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 134.569

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16, Seine.

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0 gr 30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA
CED-ROC

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

TRAITEMENT DU SYNDROME SOLAIRE & DES DYSPEPSIES HYPOCHLORHYDRIQUE NERVEUSES
PAR LA

GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG
Salicylate de Génésérine dosé au 1/2 milligramme
Excitant des sécrétions et de la motilité du tube digestif
Spécifique des troubles sympathiques
FORMES : Dragées — Granules — Gouttes — Ampoules

Doses : *4 à 6 dragées ou granules par jour, si l'on prescrit les gouttes, on en donnera vingt avant chaque repas.*

Laboratoire BEAUGONIN, 4, Place des Vosges, PARIS (4e). — *Téléph.* : ARCHIVES 41-65. — R. C., Seine 221.745

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6°

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 9 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la péricardite tuberculeuse. — Luxations traumatiques de la hanche. »

MM. Rousseau, 27; Billard, 16; Durieux, 24; Moreau, 12; Cachin, 24; Braillon et Loisel, 21 ; Mlles Valentin, 27; Fagnière, 25.

Séance du 12 novembre. — Questions données : « Pneumothorax spontané des tuberculeux. — Signes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Huret, 24; Chigot, 23; Sterne, 25; Bissery, 18; de Dalma, 17; Mlle Delon, 26; MM. Boidot, 27; Filloux, 8; Fichet, 22; Raymond, 21.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — Le jury est composé de MM. Magitot, Coutela, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Poulard, Laubry et Bréchot.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Duhot, agrégé, a été nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille. (*J. O.* 9 nov. 1929.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Féret.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de 1re classe Le Bourgo.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Un concours sera ouvert le 5 décembre 1929, à 9 h., à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens, admis à la suite de ce concours, seront nommés médecins ou pharmaciens lieutenants au 31 décembre 1929, avec pour les médecins une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de 10.000 fr. à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française; cinq par Madagascar; cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies.

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 25 octobre 1929, p. 11832.

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra une séance générale le samedi 29 mars 1930, à 17 h., à la Faculté de médecine de Montpellier.

La question mise à l'ordre du jour de cette Réunion est la suivante : *Les prurits et leur traitement hydro-minéral.*

Deux rapports seront présentés à ce sujet, l'un par M. le professeur J. Margarot sur les *Bases physiopathologiques du traitement hydro-minéral des prurits*, l'autre par M. le docteur Jean Anglada (de La Bourboule) sur le *Traitement hydro-minéral des prurits.*

OUABAÏNE ARNAUD
CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT
Laboratoire NATIVELLE, 49, Boulᵈ de Port-Royal, PARIS

L'exposé et la discussion de ces rapports seront suivis de la présentation de communications libres relatives au sujet qui fait l'objet de l'ordre du jour de la séance.

Cette séance sera publique; elle admettra les communications de médecins étrangers à la Réunion, à la condition que ces communications se rapportent au sujet général choisi et sous la réserve de l'assentiment du bureau.

Les médecins désireux d'intervenir dans les discussions ou de présenter des communications, lors de la séance du 29 mars, sont priés de s'inscrire, en indiquant le titre de leurs communications, auprès de M. le professeur agrégé Puech, 32, rue de l'Aiguillerie, à Montpellier.

Les travaux de la Réunion sont publiés, dans les conditions statutaires, dans les *Archives de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

Un dîner par souscription aura lieu dans la soirée.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Conférence annuelle Broca, sous la présidence de M. le professeur Jeanselme, président de la Société d'anthropologie, le jeudi 21 novembre 1929, à 17 h. très précises.

M. le docteur L. Girard : « L'attitude normale de la tête déterminée par le labyrinthe de l'oreille » (avec projections).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Victor Chappet, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon; Félix Paliard, ancien interne des hôpitaux de Lyon; Jules Courtoy (de Namur), André Caucheteux (de Basècles), Renoux (de Viroflay), Paul Gaimard (de Nîmes), Georges Fleury, bibliothécaire en chef honoraire de l'Université d'Aix-Marseille, décédé à Marseille.

AVIS DE CONCOURS. — La Fédération des mutualités postales recherche, pour son sanatorium de Montfaucon-du-Lot, un médecin adjoint.

Traitement pour un célibataire : 20.000 fr. par an au début, nourri, éclairé, chauffé et blanchi.

Traitement pour un médecin marié : 23.500 fr., logé, éclairé, chauffé et blanchi. Indemnité de 540 fr. pour le premier enfant, 720 fr. pour le deuxième, 1.080 fr. pour le troisième.

Participation de 5 p. 100 pour la constitution d'une retraite pour la vieillesse.

Engagement d'un an.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

— Il sera ouvert au Havre, le 7 décembre, à la mairie, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des services d'hygiène sociale.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à ces emplois devront être français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au maire du Havre, avec le dossier réglementaire, avant le 30 novembre.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. LOEPER.) — *Cours complémentaire sur les médications actuelles des maladies du sang*, grand amphithéâtre de la Faculté, le samedi, à 17 h.

16 novembre. Les médicaments chimiques des anémies : docteur Mouquin, médecin des hôpitaux.

23 novembre. La médication hépatique dans les anémies graves : docteur P.-E. Weil, médecin de l'hôpital Tenon.

30 novembre. La médication leucogène : docteur N. Fiessinger, agrégé, médecin de la Maison municipale de santé.

T. S. F. — Le docteur Foveau de Courmelles parlera le samedi 30 novembre 1929, à 20 h., à Radio-Paris, sur *Le sol et le cancer.*

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

CORRESPONDANCE

FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS DU FRONT

LA MAISON DE RETRAITE DES MÉDECINS DU FRONT

Nous leur avons organisé la Mutuelle-Retraite qui leur assure une pension de 6.000 francs à cinquante ans. Nous avons l'occasion d'offrir à ceux qui sont seuls et n'ont pas d'autre ressource que cette pension un toit honorable où nos invalides de la guerre, mutilés et retraités, pourront passer dans le calme la fin d'une existence prématurément usée au service de la France et du monde civilisé.

Et pour acquérir ce manoir de Boscla, qui sera l'Hôtel des Invalides des médecins du front, nous avons encore besoin de quelques dizaine de mille francs.

Nous jetons en toute confiance cet appel à nos confrères afin qu'ils apportent leur contribution amicale, si modeste

(*Voir la suite, p. 1629.*)

LE VENDREDI 6 DÉCEMBRE 1929

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes* et *produits chimiques hors série (chlorure de méthyle pur et oxygène)* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1er janvier 1930.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 26 novembre 1929.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN SUISSE, anc. chef de clin., interniste expérim. (psychiatrie, métabolisme, poumons), 38 ans, marié, représentant bien, parl. 4 langues, beauc. publié, relat. parf. méd. partout, habitude meil. clientèle, cherche de suite : situation stable, bien rémun., sanat,, mais. de repos, industrie (seulem. de 1er ordre), Paris, banlieue, province. Ecr. bur. du Journal.

DIGIBAINE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le **Phosphopinal-Juin**
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e

Extrait hépatique de Morue irradié. **MORUBIASE** *Rachitisme, Lymphatisme.*
PILULES ET GRANULÉ

NATIBAÏNE

Association { 1/3 de DIGITALINE NATIVELLE
2/3 d'OUABAÏNE ARNAUD }

du

LABORATOIRE NATIVELLE

49, Boul. de Port-Royal, PARIS (13e).

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

soit-elle, aux mutilés de guerre de notre belle profession.

Quelques billets encore, et le château meublé avec vingt-huit chambres, une bibliothèque somptueuse, un billard, une installation enfin digne des médecins qui ont versé leur sang au service de la civilisation en lutte contre les barbares, tout cela, qui représente le bonheur des vieux jours, la sécurité de leur vieillesse, appartiendra aux Invalides des médecins du front.

Nous sommes certains que vous voudrez contribuer à la réalisation de notre belle œuvre de solidarité médicale, et nous envoyer votre obole confraternelle dont nous vous remercions par avance.

Pour le président, le professeur BALTHAZARD,
membre de l'Académie de médecine.

Le secrétaire général :
Dr R. DE MÉDEVIELLE.

C. C. postaux : Paris 266.09.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1929)

Trois cas vraisemblables de cinquième maladie. — MM. Etienne BERNARD et P. ASTRUC rapportent les observations et les photographies de trois enfants qui ont présenté une maladie éruptive dont les signes sont comparables à ceux décrits dans ce qu'on a appelé la cinquième maladie : affection caractérisée uniquement par un exanthème polymorphe fait de taches papuleuses, de placards érythémateux et surtout d'éléments très particuliers constituant un érythème en lacis; celui-ci composé de réseaux irrégulièrement arciformes qui délimitent des espaces de peau saine d'étendue variable. Ces réseaux donnent de véritables zones tigrées d'un aspect tout à fait spécial.

L'hypertonie et les formes encéphalitiques de la fièvre typhoïde. — MM. Etienne MAY et M. KAPLAN attirent l'attention sur les phénomènes d'hypertonie de type parkinsonnien que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde et que l'on met facilement en évidence par la flexion passive de l'avant-bras sur le bras. Cette hypertonie est toujours un signe de fâcheux pronostic. Elle s'associe fréquemment à des symptômes marquant l'atteinte des noyaux d'origine des nerfs craniens (trismus, spasme pharyngé, paralysie récurrentielle) et à des troubles trophiques (cachexie rapide, infections secondaires).

Insuffisance surrénale aiguë mortelle au décours d'une grippe bénigne. — MM. PLAZY et MARÇON rapportent l'observation d'un homme de vingt-deux ans, syphilitique, qui, au décours d'une grippe bénigne, succomba à des accidents suraigus d'insuffisance surrénale vérifiés par l'autopsie. La réaction scléreuse des surrénales fait penser à MM. Plazy et Marçon que la syphilis a vraisemblablement altéré les glandes que le virus grippal a rendues brusquement déficientes.

Le traitement des syndromes parkinsonniens par l'alcaloïde du yagé. — MM. Jacques DECOURT et BOCQUENTIN ont utilisé le chlorhydrate de yagéine. A la dose de 0gr02 en injection sous-cutanée, ils ont noté dans la majorité des cas traités la diminution ou la disparition de l'hypertonie et de la bradycinésie, une augmentation d'amplitude, de fréquence et de durée des mouvements successifs. Le tremblement n'est pas modifié; il peut être exagéré.

L'anaphylaxie clinique aux Etats-Unis. — M. Charles RICHET fils, au retour d'un voyage d'Amérique, rapporte le résultat de ses impressions sur l'étude de l'anaphylaxie aux Etats-Unis, notamment sur l'asthme, l'urticaire, l'œdème de Quincke, les dermatites bulleuses. Il insiste sur l'importance des services qui tient, d'après l'auteur, à une organisation spéciale de nombreuses cuti-réactions en série. Il insiste, enfin, sur la thérapeutique qui peut se résumer en deux médicaments : l'adrénaline et l'éphédrine.

Images radiologiques des bronches après injections de lipiodol et radiographie rapide en série. — M. HUDSON projette des radiographies de bronches après injection de lipiodol, et recueillies en série dans un laps de temps très court. Il a pu, grâce à ces radiographies, montrer le mouvement péristaltique, et, en outre, les images obtenues dans des cas d'asthme et de dilatation bronchique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1929)

Syndrome de Klippel-Feil. — M. BILLET. Présentation de malades et de radiographies.

Fillette de six ans et demi, atteinte de malformations multiples de la colonne vertébrale, dont l'ensemble constitue le syndrome de Klippel-Feil. Les radiographies produites, montrent les lésions suivantes :

1° Raccourcissement du cou, par élévation du thorax et par diminution numérique des vertèbres cervicales (6 au lieu de 7).

2° Synostose des corps vertébraux : 3e, 4e et 5e cervicales.

3° Spina bifida de la dernière cervicale.

L'enfant ne présente aucun trouble important : longtemps, on l'a crue atteinte de torticolis, mais l'examen démontre qu'elle n'a ni contraction ni rétraction du sténo-cléido-mastoïdien.

Lombarthrie et mal de Pott associés. — MM. VINCENT et LAMORIL. Homme de quarante-huit ans, atteint en 1924, d'affection pleuro-pulmonaire à évolution lente et prolongée; en 1926, d'épididymite tuberculeuse; en 1928, de lombarthrie au sujet de laquelle une radiographie montre des vertèbres en diabolo et des becs de perroquet, avec un début de mal de Pott (3e lombaire).

Actuellement, extension du processus pottique, abcès froid du triangle de Scarpa, bacillose pulmonaire en évolution.

Cette observation pose deux problèmes : celui de l'origine tuberculeuse de la lombarthrie (théorie de Poncet); celui des néoformations osseuses dans le mal de Pott. On peut en rencontrer dans les formes infectées secondairement (ostéite inflammatoire), dans certains processus de consolidation, enfin, dans les associations du mal de Pott avec la lombarthrie, comme dans le cas actuel.

Il n'existe que six observations de ce genre : celle-ci est la septième.

A propos des hémocultures. — M. ARCHER. Nombre d'échecs des hémocultures sont dus au pouvoir bactéricide du sérum. L'auteur a essayé la technique de Boez, qui détruit ce pouvoir par acidification du sang vers pH 5,5. Il recueille le sang dans une solution citratée, acidifiée par le bisulfate de potassium; puis il ensemence en milieu fortement alcalin. Les résultats qu'il a obtenus sont des plus satisfaisants, au moins pour la staphylococcie.

D'autre part, l'auteur préconise l'hémoculture, en milieu solide, ce qui permet de numérer les germes, de les séparer automatiquement en cas d'association et de révéler leurs proportions comparatives.

Résultats thérapeutiques obtenus par l'irradiation de la région surrénale. — MM. LANGERON et DESPLATS. Dans les conditions expérimentales données et dans les cas qu'ils ont observés, les auteurs ont fait les constatations suivantes :

Pas d'action sensible sur le fond tensionnel normal ou pathologique. Sédation des crises hypertensives. Action remarquable sur les phénomènes douloureux et trophiques des artérites oblitérantes et de l'érythromélalgie, sans modification des signes circulatoires aux points de vue clinique et oscillométrique.

L'examen histologique d'une surrénale, après irradiation de la région, n'a montré aucune modification de structure de la glande. Il est probable qu'il s'agit d'une radiothérapie d'ordre sympathique, dont le mode d'action consisterait en un rétablissement des réflexes sympathiques normaux.

Etat mélancolique chez un sujet présentant des symptômes de la série hypophysaire. Traitement radiothérapique. Guérison. — MM. Le Grand et Belle. Cas typique de mélancolie, chez un jeune homme de vingt-quatre ans. Etant donné l'existence de signes cliniques et radiologiques d'une lésion hypophysaire, les auteurs ont soumis ce sujet, pendant plusieurs mois, à un traitement radiothérapique.

Le résultat clinique a été parfait. Progressivement l'état mental est revenu à la normale et le sujet a pu reprendre son existence antérieure.

On peut penser qu'une seule et même lésion située dans la région hypophysaire, conditionnait à la fois les troubles physiques et mentaux et a été heureusement influencée par le traitement radiothérapique.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES DU MÉDECIN

PRESCRIPTIONS DE COURTE DURÉE. CHEF D'EXPLOITATION AGRICOLE ACCIDENTÉ

L'article 4, § 4, de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, confère au médecin traitant par subrogation aux droits de l'ouvrier, victime d'un accident du travail, une action directe contre le chef d'entreprise, pour le paiement de ses honoraires. Mais, en ce cas, la créance du médecin est la même que celle de l'ouvrier, et elle est, comme elle, soumise aux conditions d'exercice imposées par la loi de 1898 (Cass., 20 nov. 1918, D., 1920, 1, 129; 19 oct. 1921, S., 1923, 1, 169).

Le Tribunal civil du Mans a fait application de ces principes dans un jugement du 2 juillet 1929 (Gaz. Palais, 24 oct. 1929).

Un sieur Yvon, exploitant agricole, s'était assuré contre les accidents du travail à la Compagnie « La Protectrice », en se conformant aux prescriptions de la loi du 15 décembre 1922. Il a été blessé au cours de son travail le 14 août 1925 et soigné à la clinique du docteur Plaisant. Sur la somme de 524 fr. 20 payée par lui à la sortie, une somme de 500 fr. lui a été remboursée par la Compagnie d'assurances suivant quittance du 6 mai 1926. Postérieurement, et par exploit du mois d'avril 1928, M. Plaisant l'a assigné en paiement de ses honoraires, fixés à 1.000 francs, ainsi que d'une somme de 250 francs pour droits d'enregistrement.

Cette demande, portée d'abord devant le juge de paix de Montfort-le-Rotrou, avait été rejetée par ce dernier, en raison de la prescription annale de la loi du 9 avril 1898, et accessoirement de la prescription de deux années édictée par l'article 2.272 du Code civil.

Le docteur Plaisant avait interjeté appel de la décision devant le Tribunal civil du Mans qui a décidé que ni la prescription annale, ni la prescription de deux années n'avaient été encourues pour les motifs suivants :

« Attendu qu'aux termes de la loi du 9 avril 1898, les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par un accident du travail étant à la charge du patron, le médecin a une action directe et de droit commun contre l'ouvrier s'il a été choisi par celui-ci, une action directe créée contre le patron par l'article 4 de la loi, une action indirecte contre la Compagnie d'assurances par application de l'article 1166 du Code civil, comme se trouvant aux droits du patron débiteur des frais médicaux; que ces deux dernières actions sont évidemment soumises à la procédure de ladite loi; qu'il en est de même lorsque, choisi par l'ouvrier, il réclame dans une instance à ce dernier le complément de ses honoraires supérieurs à ceux du tarif légal réclamé au patron ou à la Compagnie d'assurances appelée en garantie (Cass. civ., 21 avril 1928, Gaz. Palais, 1928, 2, 68); que cet appel en cause donne à l'instance le caractère d'une action en réparation d'un accident du travail et qu'on ne saurait appliquer des règles de procédure et de fond différentes pour le paiement des honoraires suivant qu'il s'agit de la partie prévue par le tarif légal ou de son complément;

« Attendu que la loi du 15 décembre 1922 a permis au chef d'exploitation lui-même de contracter une assurance lui permettant de bénéficier des dispositions de la législation des accidents du travail; qu'étant tout à la fois patron et ouvrier il n'a qu'un débiteur dans la personne de son assureur : qu'au cas d'accident le médecin a une action directe et de droit commun contre le chef d'exploitation, une action oblique contre la Compagnie d'assurances débitrice contractuelle et non légale en vertu de la police souscrite; que si cette seconde action est soumise aux conditions de forme de la législation sur les accidents du travail en vertu des stipulations de la police se référant à ladite législation, la première est soumise aux règles générales du droit commun, notamment à celle de l'article 2.272 en ce qui concerne la prescription.

Attendu, par suite, que l'appel de Plaisant est recevable comme introduit dans le délai de la loi du 25 mai 1838; que le moyen tiré de la prescription annale de la loi du 9 avril 1898 doit être rejeté. »

Ainsi, il résulte de cette décision que le médecin a une action directe et de droit commun contre le chef d'entreprise pour se faire payer le montant de ses honoraires, dès l'instant qu'il est choisi par l'ouvrier; et la prescription annale ne lui est pas opposable.

Mais son action, si elle n'est pas prescrite en vertu de la loi du 9 avril 1898, se trouve soumise à la prescription de deux années du droit commun, indiquée dans l'article 2.272 du Code civil. Le Tribunal a écarté également cette prescription pour les motifs suivants :

« Attendu que les *prescriptions de courte durée des articles 2.271 et suiv. du Code civil sont fondées sur une présomption de paiement*; qu'au cas où l'une d'elles est opposée par le défendeur, le serment doit être déféré; qu'elle ne serait par contre pas recevable au cas d'aveu même implicite de ce dernier (Cass., 31 oct. 1894, S., 95, 1, 29).

Attendu que dans ses conclusions écrites devant le premier juge, Yvon reconnaît n'avoir pas payé les honoraires de son chirurgien, invoquant un paiement fait par la Compagnie d'assurances; mais qu'en réalité celle-ci, ainsi qu'en témoigne la quittance qu'elle produit, n'a fait que rembourser Yvon de la majeure partie des frais de clinique; qu'elle n'a jamais fait de paiement direct;

Attendu que l'article 2.272 ne saurait par suite recevoir son application en raison de l'aveu de non-paiement fait par Yvon. »

Le Tribunal, modérant les honoraires, a condamné le client du chirurgien à payer 500 francs pour honoraires.

La décision est intéressante; mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle s'applique à un cas dont les circonstances de fait sont bien précisées.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas

COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 "
AMPOULES : 0.02 "
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme.

VANADARSINE
GOUTTES
Solution d'arséniate de Vanadium.

DOSE MOYENNE
X gouttes
avant chacun des deux principaux repas.

VANADARSINE GUILLAUMIN

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VANADARSINE
injectable
EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 à 3cc tous les jours ou tous les deux jours.

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, Dr en Phie, Ex-Int. des hôpit., *13, rue du Cherche-Midi, PARIS*

LES SÉRODAUSSE

sérum activé de jeune taureau

sérum de jeune bovidé en croissance

ANDROTHINE
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL

OVARIÈNE
séRum activé dE géNisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)

INFANTILINE
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOIDITES, OSTÉO-MYÉLITES)

LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES ANTIGÈNES MÉTHYLIQUES ET LES SELS D'OR

Par M. Charle TOINON,

Chef de clinique médicale thérapeutique à l'Ecole de médecine de Marseille.

Parmi les traitements nouveaux de la tuberculose pulmonaire les antigènes méthyliques et les sels d'or sont les derniers en date. C'est la raison pour laquelle il m'a paru intéressant d'étudier leurs indications respectives et les résultats qu'on peut en attendre.

Je vais exposer successivement le rôle de l'antigène méthylique et celui des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Et pour chacun de ces deux médicaments j'étudierai le produit employé, la posologie, les accidents possibles, les résultats, les indications et contre-indications, enfin les hypothèses formulées sur le mode d'action.

Pour terminer, dans une vue d'ensemble, j'essaierai de comparer les deux méthodes, biologique et chimiothérapique, et de faire le bilan des espoirs qu'on peut fonder sur elles.

Après la découverte du bacille tuberculeux par Koch en 1882, le monde médical eut l'espoir d'opposer un traitement efficace, parce que spécifique, aux différentes manifestations morbides de ce microbe et notamment à sa localisation pulmonaire. Sérothérapie et vaccinothérapie semblaient tout indiquées. Malheureusement leur faillite fut à peu près complète à cause de la composition spéciale du bacille de Koch et des réactions particulières qu'il engendre dans l'organisme infecté.

L'échec de ces méthodes bactériologiques orienta les recherches vers d'autres domaines. Et c'est vers la chimiothérapie que se concentrèrent les efforts. Les médicaments les plus divers furent expérimentés et, — pour n'en citer que quelques-uns — nous connaissons tous l'emploi des sels de chaux, de l'iode et des iodures, de la créosote et de ses dérivés, des arsenicaux, des sels de terres rares, des chaulmoogrates et morrhuates de soude. Sels de cuivre et sels d'or viennent s'ajouter maintenant à la liste.

Mais tandis que les chercheurs s'ingéniaient à découvrir les propriétés bacillicides possibles des produits chimiothérapiques les plus variés, d'autres cliniciens ne perdaient pas tout espoir dans la valeur des thérapeutiques biologiques. Il leur sembla que certaines substances fabriquées par le bacille *in vivo* ou *in vitro* pouvaient être considérées comme spécifiquement actives; ce sont surtout les antigènes extraits des corps microbiens. Parmi eux, les extraits méthyliques des bacilles de Koch ont été le plus étudiés.

Envisageons tout d'abord le

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR L'ANTIGÈNE METHYLIQUE

Pétroff avait obtenu un antigène par macération de bacilles de Koch dans l'alcool méthylique. Mais l'antigène ainsi obtenu avait un gros inconvénient : il donnait des réactions de fixation positives dans des cas de tuberculose latente ou éteinte. Aussi n'a-t-il point été utilisé.

Boquet et Nègre, dans le laboratoire du professeur Calmette, sont arrivés à préparer un antigène méthylique dépourvu de ces inconvénients. Leur produit a été surtout utilisé dans les tuberculoses externes, dites chirurgicales, et plus récemment dans la tuberculose pulmonaire.

Les résultats de leurs recherches sont consignés dans le livre qu'ils ont publié en 1927, chez Masson : *Antigénothérapie de la tuberculose*, et auquel nous ferons de larges emprunts.

Nous n'insisterons pas sur le mode de préparation de l'antigène méthylique de Boquet et Nègre à partir de bacilles humains et bovins provenant de cultures sur bouillon glycériné.

Qu'il nous suffise d'indiquer que Nègre et Boquet ont démontré les propriétés antigènes des extraits méthyliques in vitro et in vivo et qu'ils ont étudié leur action sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin et du cobaye.

Plusieurs lots de lapins et de cobayes infectés par inoculation intraveineuse ou instillation oculaire de bacilles tuberculeux bovins, ont reçu une ou deux fois par semaine, des injections sous-cutanées de 1 centimètre cube d'extrait méthylique pour les lapins, intrapéritonéales de 1/2 centimètre cube pour les cobayes.

La plupart de ces animaux ont survécu aux témoins de un à cinq mois et même jusqu'à dix mois. Tandis que les témoins sont morts cachectiques en deux ou trois mois avec des lésions confluentes et généralisées, les cobayes et surtout les lapins traités ont conservé un bon état jusqu'à la fin de leur maladie, avec parfois sclérose cicatricielle des lésions pulmonaires et rénales.

Dans une dernière série d'expériences enfin, Nègre et Boquet ont prouvé que les effets favorables de l'antigène dans la tuberculose expérimentale des animaux de laboratoire sont dus uniquement aux lipoïdes bacillaires solubles dans l'alcool méthylique et insolubles dans l'acétone, c'est-à-dire aux phosphatides.

Du laboratoire à la clinique il n'y avait qu'un pas à franchir. C'est au traitement des tuberculoses externes que l'antigène méthylique fut employé, et l'on sait que son efficacité, sans être constante, est indéniable dans bien des cas, notamment dans les adénites bacillaires récentes ou suppurées et fistulisées, les tuberculoses testiculaires, ostéo-articulaires, péritonéales et cutanées.

Ces résultats souvent heureux ont incité les auteurs à utiliser l'antigène méthylique dans la tuberculose pulmonaire elle-même.

Disons tout de suite qu'ici la question devient plus compliquée. En effet, une des conditions de l'emploi de l'antigène méthylique dans le traitement des tuberculoses externes, c'est l'absence de lésions pulmonaires évolutives. On conçoit donc qu'il faille réserver l'usage de l'antigène aux tuberculoses à tendance fibreuse, non évolutives, apyrétiques ou faiblement fébriles.

Le mode d'emploi doit se modeler sur la sensibilité du sujet vis-à-vis des injections, sur les réactions observées, les résultats obtenus.

Statistiques. — Pour nous faire une idée de ce qu'on peut attendre de la méthode, le plus simple est de consulter quelques statistiques. Nous pourrons en tirer ensuite les indications générales de la méthode.

Guinard, médecin directeur des sanatoriums de Bligny, a fait ses premiers essais depuis 1923 sur 229 malades. Les injections ont été pratiquées pendant une durée moyenne de six mois, et jusqu'à neuf, dix, onze et quatorze mois.

Les malades appartiennent à l'un des groupes suivants :

Tuberculeux fibro-caséeux communs, uni ou bilatéraux avec bacilles dans les crachats.

Tuberculeux ulcéro-caséeux cavitaires localisés avec bacilles de Koch dans les crachats.

Tuberculeux ulcéro-caséeux bilatéraux évolutifs avec bacilles de Koch dans les crachats.

Tuberculeux avec infiltration unilatérale discrète peu active, avec bacilles de Koch.

Sclérose avec bronchectasie, sans bacille de Koch.

Voici les conclusions de Guinard :

« De l'examen attentif des observations et de la comparaison des résultats successifs notés, en cours de traitement, à la percussion, à l'auscultation et aux rayons X, un fait principal ressort et domine, dans la plupart des cas; c'est un ralentissement marqué ou même un arrêt de la marche évolutive, une stabilisation des lésions tuberculeuses qui se maintient et se prolonge, avec assèchement des foyers dont les signes humides diminuent, deviennent plus fins et plus superficiels ».

..... Chez plusieurs de nos malades à tendances fébriles ou subfébriles, nous avons obtenu une régulation progressive de la température définitivement ramenée après quatre ou cinq mois à l'état normal. En attendant mieux et tandis qu'il est si difficile d'utiliser couramment la tuberculine et les autres extraits de cultures ou de corps bacillaires, c'est le produit de laboratoire qui, avec le minimum de risques, nous paraît devoir aider à obtenir les meilleurs résultats ».

D'autres essais ont été tentés par plusieurs cliniciens. Armand Delille, Duhamel et Marty ont étudié l'influence des injections d'antigène méthylique pratiquées chez des enfants tuberculeux. Ces injections, disent les auteurs, entièrement inoffensives aux doses employées, semblent produire des modifications favorables sur l'état général, qui paraissent dues à une réaction fibreuse beaucoup plus importante que ne le comporterait l'évolution spontanée des lésions.

Des essais ont été faits dans divers sanatoriums : par Berthelon, à Sainte-Feyre, dans la Creuse, sur 40 malades; par Bayle au sanatorium du Bel-Air, à la Membrolle-sur-Croisille, dans l'Indre-et-Loire, sur 13 malades; par Dumarest et Bonafé, au sanatorium Belligneux, à Hauteville, sur 6 malades; par Guillermain et Hurstel, au sanatorium des Cheminots, à Ris-Orangis, sur 26 malades.

Tous ces auteurs vantent la méthode. A condition d'employer l'antigène méthylique dans les formes apyrétiques ou à peine subfébriles, la médication leur apparaît sans danger, si le malade est suffisamment surveillé. Ils la jugent un sérieux adjuvant de la cure hygiéno-diététique.

Par contre, tous ne sont pas aussi enthousiastes. C'est ainsi que Tobé et Terrasse, de Chamonix, ont soumis pendant plus de six mois 20 malades atteints de diverses formes de tuberculose pulmonaire à des injections quotidiennes suivant la technique publiée par Guinard dans la *Presse médicale* du 4 juillet 1925.

Ils ont observé de l'augmentation de température, des troubles intestinaux, et n'ont obtenu aucun résultat sur la toux, l'expectoration, les signes physiques et radiologiques. Peut-être faut-il incriminer la trop grande fréquence de leurs injections : 7 par semaine au lieu de 2.

Quelles conclusions tirer de ces résultats disparates?

Tout d'abord **les doses et le rythme des injections.** Il semble que la meilleure technique soit la suivante :

Injecter deux fois par semaine sous la peau de la fosse sous-épineuse ou dans les muscles, à des doses progressivement croissantes.

1° Antigène dilué à 1 p. 10 : 1/4, 1/2, 3/4, 1 centimètre cube.

2° Antigène pur : 1/4, 1/2, 3/4, 1 centimètre cube, en répétant au moins quatre fois chaque dose avant de passer à la dose supérieure et sans jamais dépasser 1 centimètre cube.

En cas de réactions thermiques au-dessus de 6 à 8 dixièmes ou de réactions focales, diminuer la dose injectée. Certains auteurs emploient même des doses plus faibles et n'augmentent les doses que de 5 en 5 centièmes de centimètre cube : $0^{cc}10$, $0^{cc}15$, $0^{cc}20$, et ainsi de suite, en répétant huit ou dix fois la même dose jusqu'à 1 centimètre cube par jour.

On peut se servir alors, comme le fait Guinard, de la seringue en verre de 1 centimètre cube partagée en 20 divisions, et de préférence de la seringue à trois pièces de Lieberg, dont les divisions sont très nettes.

Durée du traitement. — Elle doit être longue : ce n'est qu'après huit ou dix mois que le processus scléreux apparaît dans les poumons.

Quelles sont les réactions observées. — En général les injections d'antigène ne provoquent aucune *réaction locale*, ou simplement un peu de rougeur et d'empâtement au point d'injection.

Les *réactions générales* sont nulles si on pratique des doses progressivement croissantes et si l'on s'adresse à des malades non fébricitants ou subfébriles.

Quant aux *réactions focales*, elles sont rares, mais pas exceptionnelles, et se manifestent surtout par des réactions congestives avec hémoptysies franches ou crachats hémoptoïques.

Indications et contre-indications. — Arrivons aux indications et contre-indications. Quelles sont les formes cliniques justiciables du traitement.

L'antigène méthylique est indiqué dans tous les cas de tuberculose pulmonaire torpide avec absence de phénomènes congestifs marqués et de fièvre, dans les formes fibro-caséeuses ou ulcéro-caséeuses communes progressant lentement.

Il peut aussi être employé avec succès dans le traitement des séquelles de pleurésies et être associé au traitement collapsothérapique pour lutter contre la bilatéralisation des lésions.

Il est contre-indiqué dans les formes évolutives à grandes oscillations fébriles ou avec instabilité thermique et dans les cas graves avec lésions étendues et spélonques.

Résultats. — Quant aux résultats, il ressort de tous les essais effectués que l'antigène méthylique exerce *une action nette sur l'état général* des malades avec augmentation du poids, des forces et de l'appétit.

L'antigène exerce aussi une *action régulatrice sur la température*, à condition que celle-ci soit peu élevée.

Au point de vue *local*, un ralentissement de l'évolution de la maladie se manifesterait par l'assèchement des foyers, la stabilisation des lésions qui semblent s'organiser par un processus de sclérose mis en évidence à l'autopsie par Armand Delille et ses collaborateurs et par Djabour.

On observe aussi la diminution des signes fonctionnels : *toux et expectoration.*

Enfin certains auteurs auraient même noté *la disparition des bacilles* dans les crachats, mais c'est là un fait beaucoup plus inconstant.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES SELS D'OR

Etudions maintenant le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. La méthode n'est pas nouvelle, puisque en 1526 Paracelse soignait la phtisie par les sels d'or, que Pierre de la Poterie, dit Poteruis, utilisait or et mercure contre les cachexies.

Koch, au Congrès international de médecine de Berlin, en 1890, avait montré qu'une solution à 1 p. 100.000 de cyanure double d'or et de potassium empêchait le développement d'une culture de bacilles de Koch.

Vers 1910, Gluck et Builet associèrent ce produit à la tuberculine avec quelques résultats.

De 1917 à 1924 Deldt et Spiess utilisèrent un composé d'or et de sodium, le Krysolgan.

Et c'est alors, le 28 octobre 1924, à la Société danoise de médecine interne de Copenhague, que le professeur Holger Mollgaard donnait les résultats de quatre années de recherches à l'Institut royal d'agriculture de Copenhague sur le thiosulfate double d'or et de sodium qu'il appelait sanocrysine et dont il faisait un remède spécifique de la tuberculose par action bactéricide, tout en reconnaissant que ce traitement pouvait entraîner des accidents graves, parfois mortels.

Devant l'enthousiasme des médecins danois, suédois, norvégiens, on décida dans les différents pays latins et germains d'expérimenter le produit.

Et dès l'expérimentation les résultats furent discordants.

Tandis que Madsen et Morch, Arloing et Thévenot affirmaient l'action bactéricide de la sanocrysine *in vitro*, Bang, Calmette, Nègre et Boquet, pensaient que la sanocrysine n'avait aucune action toxique sur le bacille tuberculeux.

Devant ces résultats disparates, le docteur Poix fut chargé par l'Institut d'Hygiène de Paris d'aller à Copenhague pour se renseigner sur la valeur exacte du médicament danois.

En Espagne, Luis Sayé, professeur honoraire à la Faculté de Barcelone, publia des conclusions favorables dans une série de statistiques parues en 1925, 1926, 1927. En 1928, il faisait éditer un ouvrage d'une importance capitale sur la question, intitulé « Quimioterapia de la tuberculosis » où il rend compte de 210 observations de tuberculeux traités par les sels d'or avec résultats favorables dans les 2/3 des cas.

Au Portugal et en Angleterre, l'opinion fut favorable, beaucoup plus partagée au contraire en Allemagne, avec des adeptes fervents et des détracteurs acharnés.

En France, en février 1926, la Commission d'enquête publie quatre rapports cliniques.

Celui de Léon Bernard émettait des réserves, car avec les fortes doses employées selon la technique de Knud Faber (total de 8 à 10 grammes par série), il avait constaté des aggravations. Il qualifiait la méthode d'incertaine. Nous verrons plus loin qu'il est revenu maintenant de son opinion première.

Bezançon, Braun et Azoulay, après avoir traité 14 malades par la chysalbine de Poulenc, étaient tout aussi pessimistes. Ils concluaient à la nécessité d'abandonner la méthode.

Rist, Rolland, Coulaud, Hirscherg et Triboulet étaient peut-être moins pessimistes, mais plus sceptiques encore sur l'action du médicament auxquels ils refusaient une action spécifique.

Enfin, Sergent, dans un véritable réquisitoire, condamnait la méthode d'une manière inexorable à cause de ses dangers.

Et c'est ainsi que la sanocrysine fut presque complètement abandonnée.

Puis, avec le recul du temps, on vit des malades dont l'amélioration, pour n'avoir pas été immédiate, n'en était pas moins indiscutable.

Et Luis Sayé; dans la discussion des rapports français en somme si pessimistes, expliquait les dangers par l'emploi de trop fortes doses.

C'est alors que Dumarest et les médecins d'Hauteville, Brette, Bonafé, Michon et Rougy reprirent le traitement et publièrent, le 11 juin 1927, dans le *Paris médical* une série de 77 observations. « Médication non pas inoffensive, mais médication parfois efficace », telle était leur conclusion. Cordier, Gaillard, Farjon et Lefèvre, Léon Bernard, Charles Mayer et Valtis étudièrent alors à nouveau le produit et se rallièrent aux faibles doses, point capital comme nous le verrons plus loin.

Jaquerod publie des résultats dans la *Revue de la tuberculose* de 1926 et dans un article de la *Presse médicale* du 25 juin 1927.

Dans une communication à l'Académie de méde-

cine (19 mars 1929) et dans un article récent de la *Presse médicale* (29 mai 1929) Léon Bernard et Charles Meyer apportent les résultats de 147 tuberculeux pulmonaires traités en pleine poussée fébrile.

Enfin Henri Mollard, de Lyon, sous la direction de Dumarest, publie, en 1929, une thèse des plus documentées sur la question, avec une bibliographie importante qui mentionne les plus saillants des quelque 600 travaux qui ont paru à l'heure actuelle sur ce sujet. C'est aux ouvrages de Luis Sayé et d'Henri Mollard que j'ai fait des emprunts pour résumer cette question.

Cet historique de l'aurothérapie brièvement esquissé, voyons maintenant les propriétés des sels employés et les résultats expérimentaux.

Ehrlich, dès 1909, avait montré les propriétés spéciales des métaux lourds (cuivre argent, or, platine) dans la lutte contre l'infection, et vanté les bienfaits de la chimiothérapie.

L'or, sous forme de chlorures, de cyanures, fut utilisé. Mais ces produits étaient nocifs. Seul l'hyposulfite double, déjà découvert en 1845 par deux chimistes français, Fordos et Gelis, et dénommé thio sulfate d'or et de sodium ou sanocrysine par Mollgaard, présenta les qualités de solubilité, de diffusibilité et d'atoxicité nécessaires pour être conservé dans l'arsenal thérapeutique.

L'hyposulfite double d'or et de sodium est un sel blanc de neige cristallisé en très fines aiguilles dont la formule brute répond à

$(S^2O^3)^2$ AU Na^3 2 H^2O et renfermant 37,4 p. 100 d'or.

Très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool et l'éther, non hygroscopique, se décomposant brusquement à 120 degrés, diffusible et non toxique, la solution ne se conservant que dans l'obscurité.

D'autres produits se rapprochent de la sanocrysine de Mollgaard. Ce sont la thiochrysine des usines du Rhône, la crysalbine de Poulenc, l'allochrysine de Lumière ou aurothioglycérine sulfonate de sodium, corps blanc très soluble dans l'eau, insoluble dans les dissolvants organiques, de formule brute

$$CH^2\ S\ Au — CH\ OH — CH^2\ So\ Na$$

représentant 50 p. 100 de son poids d'or métallique et dont la solution ne s'altère pas comme celle de la sanocrysine.

Il y a aussi l'aurophos de la maison Meister-Lusius, le Crysiodal composé d'or, cadmium et iode, le produit Ducq, le produit de Magnin fabriqué par l'Institut national d'Hygiène de Buenos-Aires, le produit de Robellos.

L'expérimentation sur les gros animaux, veaux et chèvres, montra que la sanochrysine améliorait ou guérissait des tuberculoses qui, par ailleurs, eussent été fatales. Chez les rongeurs, Madsen et Morch montrèrent des résultats analogues à condition d'injecter des doses convenables de 2 centigrammes vers le cinquième jour après l'infection.

On pouvait donc essayer les sels d'or chez l'homme puisque leur innocuité et leur efficacité semblaient prouvées chez l'animal.

Voyons la technique. — Il faut pratiquer tout d'abord à un examen complet du malade, le voir à la radio et explorer la valeur de son foie et de son rein : étude des différents rapports urologiques, constante d'Ambard, recherche soigneuse de l'albumine.

Ces examens étant satisfaisants, comment procéder? Nous ne parlerons pas des fortes doses préconisées au début par les auteurs danois et complètement abandonnées à l'heure actuelle.

Les sels sont livrés dans des ampoules de 0g05 à 0g25, sous forme d'une poudre blanche (sanocrysine), blanc jaunâtre (allochrysine). Comme cette dernière ne s'altère pas à la lumière, elle est livrée maintenant en ampoules scellées qui contiennent la solution. Il suffit de diluer cette dernière dans du sérum artificiel. Tous ces sels doivent être conservés dans l'obscurité et examinés avant l'emploi : s'ils ont perdu leur couleur éclatante, ils sont probablement décomposés, aussi faut-il les rejeter.

Les Danois conseillaient comme solvant l'eau de source filtrée et stérilisée. En pratique, on utilise des ampoules d'eau distillée ou de sérum artificiel.

La solution ne doit être préparée qu'au moment de l'injection pour éviter que la lumière transforme le sel en sulfure d'or très toxique. Elle doit, de plus, être isotonique avec le milieu sanguin, ce qui est réalisé à une concentration de 5 p. 100. Aussi utilisera-t-on 1 centimètre cube d'eau distillée pour 5 centigrammes de sel.

La dissolution du sel demande 1 à 2 minutes. On peut l'accélérer en agitant l'ampoule ou en plaçant celle-ci dans de l'eau chaude (60 à 80 degrés).

Le mélange est un liquide clair, eau de roche.

Par quelle voie l'introduit-on dans l'organisme? La voie intraveineuse (veine du pli du coude) sera la voie élective, du moins pour la sanocrysine ou la thiocrysine. Il faut vérifier que l'aiguille est bien dans la veine en aspirant un peu de sang, et pratiquer l'injection très lentement.

Il n'est pas indispensable que le malade soit à jeun comme pour les injections de novarsénobenzol. Il est préférable toutefois d'attendre deux heures après les repas. L'injection accidentelle de la solution dans les plans superficiels produit un œdème dur avec douleurs vives le long du bras. Mais le tout s'amende en quarante-huit heures sans phlegmon ni sphacèle.

La voie intramusculaire peut être aussi utilisée, mais il y a alors des douleurs vives, de l'œdème. Aussi faut-il réserver cette voie uniquement aux injections d'allochrysine qui s'administre électivement dans les muscles.

Quant à la voie sous-cutanée, il ne faudra l'utiliser sous aucun prétexte, car les sels d'or y produiraient une inflammation considérable avec même nécrose des tissus.

Après l'injection, il sera bon que le malade reste au repos étendu toute la journée, ou tout au moins plusieurs heures. Il surveillera sa température, fera analyser ses urines, et observera des soins de bouche minutieux.

POSOLOGIE ET CONDUITE DE LA CURE

Voilà certes un des points les plus importants à bien préciser car la plupart des accidents observés

au début des essais cliniques proviennent des doses trop fortes. Actuellement l'accord est fait. Les faibles doses donnent des résultats satisfaisants et n'exposent pas aux réactions inquiétantes. Il faut donc n'employer que de petites quantités et cela surtout à cause de la toxicité propre du sel d'or dont l'élimination lente explique l'accumulation au niveau des reins.

Les travaux des médecins d'Hauteville ont abouti aux règles suivantes de posologie. Il faut observer :

1° La faiblesse des doses. Ne jamais dépasser 0g25 par injection, 3 grammes par série. Commencer par une première injection de 0g05 et même de 2 centigrammes et demi ou 1 centigramme si l'état général reste précaire;

2° La progression lente des doses. Echelonner la série sur une durée de trois mois environ. Ne jamais faire plusieurs injections par semaine; laisser toujours un intervalle de huit jours entre les doses, sauf pour l'allochrysine dont les injections intramusculaires se feront deux fois par semaine;

3° Enfin la surveillance méthodique des malades est indispensable. Il ne faut pas vouloir à tout prix injecter 3 grammes dans une série. Comme le dit très bien Mollard : « Le traitement n'est pas un problème de mathématiques : il est une question de sens clinique ».

Deux méthodes peuvent être utilisées :
La méthode des doses progressives,
La méthode des petites doses longtemps continuées.

1° *La méthode des doses progressives* est celle habituellement employée chez les malades suffisamment résistants.

Par exemple : 0g05, 2 fois; 0g10, 2 fois; 0g15, 2 fois; 0g20, 2 fois; 0g25, 8 fois. Soit au total 16 injections, à huit jours d'intervalle, apportant 2 grammes de sels d'or à l'organisme. Et ne passer à une dose plus forte que si la dose précédente a été tolérée.

Pour l'allochrysine on injectera 0g12 à 0g25, 2 fois par semaine, jusqu'au total plus élevé de 12 grammes.

2° *La méthode des petites doses longtemps continuées* s'adresse aux malades âgés et dont l'état est très précaire.

Elle consiste à injecter 0g05 chaque semaine pendant quarante ou cinquante semaines jusqu'au total de 2 à 3 grammes.

Dans l'une ou dans l'autre méthode, il faudra interrompre le traitement pendant un mois et demi à trois mois avant de recommencer une nouvelle série.

Quant au nombre total des séries, il est difficile à l'heure actuelle de le fixer.

L. Bernard et Mayer emploient une posologie un peu différente.

Chez les malades fébriles ils continuent à injecter des doses relativement fortes du médicament. Ils font une injection par semaine : 0g25 puis 0g50 répétés; quelquefois 0g75, la dose totale variant entre 5 grammes et 7 grammes.

Chez les malades apyrétiques, ils dépassent rarement 0g25 par semaine.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

Les fortes doses utilisées par les médecins danois exposaient à des accidents de shock dramatiques, parfois mortels. Les doses plus faibles employées actuellement ne mettent pas à l'abri de tout accident. Il peut y avoir en effet des accidents immédiats dont les principaux sont :

Le shock, très rare avec les doses faibles, 2 fois sur 400 malades de Mollard;

Un état syncopal;

Des vertiges;

Des troubles vaso-moteurs de la face ou des membres avec parfois palpitations de cœur, agitation;

Des troubles digestifs : nausées simples ou vomissements.

La *fièvre* est la complication la plus fréquente : 67 fois sur 400 malades de Mollard. Elle survient surtout chez des malades à température déjà irrégulière, subfébriles, et survient soit aux premières injections soit beaucoup plus tard. Elle a une intensité variable et une physionomie changeante suivant qu'elle réalise un clocher isolé, des clochers répétés, un véritable plateau de plus ou moins longue durée. Seule cette dernière éventualité a un pronostic fâcheux.

Des *troubles digestifs* peuvent apparaître (chez 48 malades de Mollard), inappétence, vomissements, douleurs gastriques ou hépatiques, accidents intestinaux enfin sous forme de diarrhée avec ou sans coliques, isolée ou récidivante après chaque injection. On a signalé aussi des ictères d'intensité et gravité variables.

Les *complications cutanées* sont rares (6,5 p. 100 des cas chez Mollard). Elles consistent en érythème précédé de prurit, de durée variable, quelquefois à répétition. Il s'agit le plus souvent de placards rougeâtres, quelquefois d'éruption urticarienne, parfois enfin d'exanthème généralisé scarlatiniforme ou morbilliforme.

Les *accidents rénaux* constituent, à n'en pas douter, le plus grand danger. Ils ont contribué à eux seuls à discréditer la méthode dont la posologie était mal fixée au début, à cause de leur gravité. Mais si les précautions indispensables sont prises, ils restent exceptionnels. Ils peuvent réaliser le tableau complet d'une néphrite avec forte albuminurie, urémie, œdème aigu du poumon et mort.

Cette complication tragique reste très rare.

Le plus souvent il s'agit d'albuminurie : soit albuminurie persistante, commandant l'interruption du traitement, chez 5 malades de Mollard sur 21; soit albuminurie transitoire, chez 9 malades, survenant au bout de quelques injections et permettant la continuation du traitement après interruption d'une quinzaine de jours; soit enfin albuminurie indosable, chez 5 malades.

Il est intéressant de signaler que cette albuminurie se reproduit parfois après des écarts de régime (d'où prophylaxie facile en évitant les condiments, les épices, le gibier, l'alcool) qu'elle ne récidive pas, quelle reste en général isolée sans hyperazotémie et qu'elle ne retentit pas sur l'état général.

Parmi les complications digestives, une place à part doit être faite aux accidents buccaux sous forme de *gingivite* ou de *stomatite* (5 cas) assez tardive, avec goût métallique, dysphagie, érosions épithéliales, rebelle pendant longtemps, un mois et même plus.

La sanocrysine, non contente de donner des complications viscérales diverses, n'est-elle pas susceptible d'aggraver les lésions pulmonaires existantes? C'est ce que certains auteurs ont affirmé. De fait, les réactions focales paraissent exceptionnelles. D'ailleurs, comme le font remarquer Wurtzen et Mollard, il est bien difficile d'apprécier l'augmentation transitoire de la quantité et de l'intensité des râles. Mais il n'est pas niable que le médicament peut réveiller les lésions pulmonaires. Il semble surtout dangereux dans les formes congestives et hémoptoïques et lors des périodes menstruelles chez les tuberculeuses.

Les complications générales, digestives, cutanées, rénales et pulmonaires que nous venons de passer en revue relèvent indéniablement du traitement puisqu'elles apparaissent après lui et cessent avec son interruption. Il en est d'autres qu'il est plus difficile de rattacher d'une façon certaine à la sanocrysine. Nous voulons parler des hémoptysies, des pleurésies, de certains accidents métastatiques et nerveux.

1° Hémoptysies. — Dans la statistique de Mollard, 10 malades ont été atteint de crachement de sang pendant le traitement. 7 étaient coutumiers du fait : impossible donc de formuler des conclusions. Mais chez 3 l'hémoptysie se répéta régulièrement le soir de chaque injection et empêcha de poursuivre le traitement.

2° Pleurésies. — Il faut écarter les pleurésies survenues chez des tuberculeux traités par la sanocrysine, mais atteints de pneumothorax spontané ou artificiel. On sait la fréquence des complications liquidiennes dans le pneumothorax. Aussi est-il impossible d'accuser la sanocrysine d'être seule responsable de leur apparition.

Il ne faut retenir que deux variétés d'accidents : 1° les poussées éphémères de cortico-pleurite, survenant le lendemain d'une injection, disparaissant rapidement et peut-être liées à une réaction focale de la plèvre.

2° Les pleurésies séro-fibrineuses de la fin du traitement. Mollard en a observé dans 3 cas. Elles eurent des caractères particuliers : éclosion brusque épanchement peu abondant, disparition rapide en trois semaines environ.

Mollard pense que, loin de causer ces pleurésies, les sels d'or en hâtèrent la résolution et furent, par conséquent, favorables.

3° Certains accidents : adénites sus-claviculaires, sous-maxillaires, carotidiennes, laryngite, tumeurs blanches, paraissent constituer de pures coïncidences dans la plupart des cas. Pas dans tous cependant.

Un malade du docteur Brette, atteint d'adénopathie cervicale chronique, fit une poussée inflammatoire à chaque série de thiocrysine, avec ramollissement de quelques ganglions.

Une malade de Mollard, atteinte de tuberculose pulmonaire et péritonéale ancienne, présenta pendant le traitement une réactivation nette des symptômes péritonéaux avec subocclusion intestinale. Dans ces deux cas, il semble n'y avoir pas qu'une coïncidence.

4° Quant aux accidents nerveux, ils relèvent peut-être du traitement, comme les douleurs, céphalées, lombalgies, névralgies diverses (sciatique notamment) survenant le soir ou le lendemain des injections, réapparaissant lors des nouvelles injections et parfois rebelles.

Il faut être beaucoup plus circonspect dans un cas de troubles visuels (cécité complète mais transitoire) et dans deux cas de troubles psychiques, avec délire et tentative de suicide ou troubles pseudo-bulbaires, qui ont été signalés.

Si ces accidents surviennent comment les traiter?

1° Les accidents immédiats, vertiges, vomissements, n'ont aucune gravité s'ils ne se répètent pas. Il n'y a qu'à rester à la même dose ou même diminuer de 0g05.

3° La poussée fébrile de quelques dixièmes ou même à 38°5 ou 39 degrés ne sera pas inquiétante. Si la température dépasse 39 degrés, attendre douze au lieu de huit jours et diminuer la dose suivante. Si la fièvre se prolonge plus de huit jours, suspendre définitivement le traitement aurique.

3° Comme troubles digestifs, si le malade a de la diarrhée, attendre quinze jours au lieu de huit et diminuer la dose. En cas de persistance de la diarrhée, interrompre le traitement.

4° Les accidents cutanés sont importants. En cas d'érythème, arrêter le traitement jusqu'à disparition. Gougerot et Burnier, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 14 mars 1929, ont rapporté l'observation d'un malade chez lequel ils ont traité avec succès une érythrodermie aurique par l'auto-hémothérapie, 4 injections de sang amenèrent paraît-il la guérison.

5° Au point de vue rénal, surveiller très attentivement les urines. En cas de traces indosables d'albumine, arrêter le traitement pendant une semaine et injecter une dose plus faible. S'il y a encore de l'albumine, s'arrêter définitivement.

6° Enfin, les accidents congestifs focaux prolongés devront faire redouter une réactivation des lésions, et par conséquent, suspendre le traitement.

Voici terminée cette longue liste des accidents dus à la sanocrysine. Que faut-il en penser? Autant ils étaient fréquents, parfois très graves quand les doses injectées étaient massives, au début de la méthode, autant l'on peut dire qu'ils sont devenus rares avec une posologie convenable.

« ..... En résumé, dit Mollard, parmi 230 accidents ou incidents dus ou non aux sels d'or, nous signalerons deux shoks, une syncope, deux néphrites, deux exanthèmes et six réveils intestinaux, qui furent graves. Notre bilan est léger et, si nous avons parlé d'une ombre impressionnante, nous devons dire

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures par jour ; Enfants : 1/2 dose

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

BRONCHITOL

Sirop de Thiocol pur

(Procédé nouveau de fabrication)

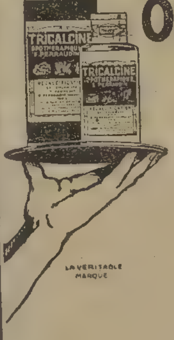
GRAND FLACON. -- PRIX : 15 francs

1 cuillerée à café = 0 gr. 35 de Thiocol pur

ÉCHANTILLONS : Laboratoires H. SALLE 4, Rue Elzévir - Paris (III)

TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE

TRICALCINE OPOTHÉRAPIQUE



Dragées inaltérables. Sans odeur d'une conservation parfaite

LA RECALCIFICATION associée à L'OPOTHÉRAPIE par la TRICALCINE OPOTHÉRAPIQUE
A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES ET D'EXTRAITS TOTAUX PLURIGLANDULAIRES
Parathyroïdes, Moelle osseuse, Surrénales, Thymus, Foie, Rate
FIXANTS du CALCIUM

TUBERCULOSE PULMONAIRE OSSEUSE PERITONITE TUBERCULEUSE
RACHITISME, SCROFULOSE, CROISSANCE ANÉMIE
CARIES DENTAIRES, FRACTURES, ASTHÉNIE CONVALESCENCES
et en particulier
Tous les États de Déminéralisation
avec Déficience des Glandes Endocrines

Littérature et Échantillons à MM. les Docteurs
Laboratoire des Produits SCIENTIA _ Dr E. PERRAUDIN Pharmacien de 1re classe
21, Rue Chaptal. PARIS (IXe Arr.)

CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE
TROUBLES DE DENTITION · CARIE DENTAIRE
DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE

dans les Hypertensions et tous les États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 134.569

maintenant que dans la majorité des cas, l'ombre fut simplement légère : une mince grisaille sur un cas stationnaire ou sur une amélioration qui n'en fut pas moins nette. »

Quant à la *pathogénie* de ces accidents, elle est diversement interprétée.

Mollgaard et les auteurs danois pensèrent à un empoisonnement par les *toxines* qui proviendraient de la décomposition des bacilles sous l'influence de la sanocrysine.

Mais les Allemands, avec Fernbach et Rullier, les Français, avec Calmette, Boquet et Nègre, conclurent après expérience que la sanocrysine n'exerçait aucune action bactéricide et ne libérait des corps bacillaires aucun poison diffusible.

De plus, un des gros arguments contre la théorie danoise, c'est l'apparition des mêmes accidents buccaux et cutanés après injection de sanocrysine à des sujets sains.

Ainsi, la théorie toxinhémique fut-elle remplacée par la *théorie de l'intoxication métallique*.

Knud Faber, Wurtzen, Sayé, Rist, Léon Bernard, pensèrent à une intoxication par l'atome or par analogie avec les symptômes des intoxications mercurielle et saturnine et à cause de l'élimination de l'or par l'intestin et par le rein.

Cette théorie, si elle peut expliquer les accidents secondaires après une série d'injections de sanocrysine, ne rend pas compte des accidents immédiats de shock.

L'or peut provoquer quatre variétés d'accidents : stomatite, albuminurie, troubles digestifs, et complications cutanées. Le radical soufré peut être responsable, de son côté, des poussées fébriles et des accidents pulmonaires.

Quand au shock, il s'explique peut-être par le déséquilibre physique causé par irruption brusque d'une substance hétérogène dans le système circulatoire.

(A suivre.)

XX° CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Montpellier, 15-17 octobre 1929 (1)

TROISIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT DES SYNDROMES ANÉMIQUES

I. Indications et résultats du traitement diététique, de l'opothérapie et de l'hémothérapie.

Rapporteur : M. P. Lambin (de Louvain).

I. Influence du facteur alimentaire sur le métabolisme sanguin. — Utilisant une méthode d'investigation originale, permettant des estimations quantitatives précises, Whipple et ses collaborateurs ont pu, dans ces dernières années, constater que le *foie* et le *rognon* exercent une influence remarquable sur l'élaboration de l'hémoglobine dans l'anémie posthémorragique chronique du chien. Le tissu musculaire a une activité beaucoup moindre; le poisson, le lait et ses dérivés sont presque inactifs. Certains fruits (*pêches, abricots*), et à un moindre degré les légumes verts, se montrent d'utiles adjuvants. Les recherches de Whipple ont montré la multiplicité insoupçonnée des corps qui peuvent exercer une influence sur la production de l'hémoglobine (extrait aqueux de foie, extrait alcoolique et résidu insoluble du foie). L'activité des organes n'est pas proportionnelle à leur teneur en fer. Des recherches récentes ont montré que le cuivre pouvait jouer un rôle important dans la fixation du fer. L'insuffisance de la teneur en fer du régime alimentaire intervient indiscutablement dans la genèse de certaines anémies infantiles.

Parmi les **vitamines**, c'est la *vitamine C* dont les rapports avec l'hématopoièse sont les mieux établis.

L'action nocive des **graisses** a été très exagérée. Une action hémotoxique des acides gras du lait de chèvre semble toutefois jouer un rôle dans l'étiologie de certaines anémies du nourrisson.

II. Traitements opothérapiques. — On a eu recours à l'administration des divers **organes hématopoiétiques** (opothérapie médullaire, splénique), ainsi qu'à la plupart des **glandes à sécrétion interne** ou à leurs produits actifs (opothérapie thyroïdienne, cortico-surrénale, insuline). Le rapporteur passe en revue les principales indications de ces traitements, tout en faisant remarquer que l'interprétation clinique n'est pas toujours facile, faute de série témoin comparable à la série traitée, et que beaucoup de recherches expérimentales n'ont pas tenu compte des variations de concentration du plasma ou des modifications de la répartition globulaire susceptibles de fausser les résultats. D'après Pal, l'histamine interviendrait pour une bonne part dans l'activité de nombreux extraits. Varzar et ses collaborateurs attribuent un rôle de premier plan à certains produits de désintégration du globule rouge.

III. L'hépatothérapie. — *A.* Anémies pernicieuses. — Le rapporteur élimine du cadre des anémies pernicieuses (1) l'anémie aplastique. Ainsi comprise, d'innombrables travaux ont confirmé la découverte de Minot et Murphy que **l'hépatothérapie constitue le traitement de choix de ces anémies**; les autres prescriptions diététiques n'ont qu'une valeur accessoire; 200 grammes de foie en ingestion quotidienne suffisent généralement à produire la rémission. Certains malades peuvent se contenter d'une quantité un peu moindre, d'autres (complications infectieuses ou nerveuses) ont besoin d'une dose plus forte. L'interruption de l'hépatothérapie expose inévitablement aux rechutes. Les *extraits hépatiques* peuvent remplacer le foie total à condition que leur activité soit suffisante; celle-ci sera appréciée par les critères hématologiques, tout titrage physiologique des extraits ayant échoué jusqu'ici. Cohn et Minot viennent d'essayer avec succès un extrait injectable. Les extraits sont surtout indiqués dans les formes graves accompagnées d'intolérance gastrique, chez les urémiques et chez les goutteux.

La **crise réticulocytaire** constitue la modification hématologique la plus précocement décelable. Elle s'accompagne au passage dans le sang d'hématies renfermant des restes nucléaires et même d'érythroblastes; le maximum de la réaction érythroblastique précède celui de la réaction réticulocytaire. Le nombre des globules rouges s'élève rapidement. Le taux d'hémoglobine augmentant moins vite que celui des hématies, l'indice de coloration devient égal ou même inférieur à l'unité. Anisocytose et poïkylocytose tendent à disparaître. L'hyperbilirubinémie disparaît; l'hypocholestérinémie fait place à de l'hypercholestérinémie.

L'état général s'améliore de façon remarquable; mais l'achylie gastrique persiste et les troubles nerveux n'obéissent à l'hépatothérapie que de façon irrégulière. L'aggrava-

(1) *Association de la Presse médicale française.*
(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 87, p. 1541.

(2) Par abréviation A. P.

TRAITEMENT DU

DIABÈTE

PAR

LES

CAPSULES GLUTINISÉES

DE

PANCRÉPATINE

LALEUF

LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49, Avenue de la Motte-Piquet Paris

Nouvelle adresse : 20, rue du Laos, PARIS-XVe

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. — Pancrépatine Laleuf
Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf
Mycolactine Sauvin. — Iodatoxine Laleuf
Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

tion des lésions existantes après instauration d'un traitement adéquat est toutefois exceptionnelle.

L'hépatothérapie a entièrement modifié le **pronostic** *quo ad vitam* de l'A. P. Une statistique de 799 cas traités au foie ne présente que 9 décès durant les premiers jours du traitement, 10 décès dus aux progrès de la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle, et 2 décès attribuables à l'échec du traitement.

Les traitements anciens ne permettaient guère d'obtenir plus de 50 p. 100 de rémissions temporaires. La nouvelle méthode donne des rémissions plus complètes et définitives dans pratiquement 100 p. 100 des cas. En dehors de la forme aplastique vraie de l'A. P., l'hépato-résistance absolue ne semble pas exister. Rares sont en outre les cas où le succès ne reste que partiel. Le rôle défavorable des complications infectieuses est nettement établi. Le plus souvent, en présence de résultats médiocres, on aura à incriminer l'insuffisance de la dose de substance active ingérée, soit que le malade néglige son régime, soit que l'on ait eu recours à un extrait médiocrement actif.

La **transfusion** sera réservée aux cas où une échéance fatale semble possible avant que le foie n'ait eu le temps de produire son effet.

Dans les **anémies pernicieuses botriocéphaliques et gravidiques**, l'hépatothérapie permet de guérir le syndrome anémique avant même que sa cause ne soit écartée. Dans la **sprue**, le foie et ses extraits donnent également de bons résultats.

En ce qui concerne la **nature du principe actif**, les recherches de Cohn ont établi qu'il s'agit vraisemblablement d'une *base azotée*; les fractions les plus pures obtenues sont exemptes de fer, de cuivre, de protéines, de peptones, de polypeptides, d'hydrates de carbone et de bases puriques. Le principe actif agit essentiellement en *modifiant l'hématopoïèse médullaire* qui, de mégaloblastique devient normoblastique. La diminution des signes d'hyperhémolyse est consécutive à la mise en circulation d'hématies de meilleure qualité et à une meilleure utilisation des produits de clivage de l'hémoglobine par la synthèse de pigment nouveau. Il est difficile de dire si la substance fournie par le foie doit être rapprochée des vitamines et des hormones. En faveur de l'existence d'une *hormone hépatique* régulatrice de l'hémopoïèse, qui cesserait d'être sécrétée dans l'A. P., on peut invoquer un argument d'ordre embryologique : le type normoblastique d'hémopoïèse remplace le type mégoloblastique à partir du moment où se différencient les cellules hépatiques.

B. SYNDROMES ANÉMIQUES NON PERNICIEUX. — L'administration de foie a une action certaine sur la régénération sanguine dans les anémies posthémorragiques. Elle ne donne *aucun résultat dans l'anémie aplastique*. Dans les autres syndromes anémiques ses effets semblent *peu caractéristiques* et devront être précisés par de nouvelles recherches. Il ne faut pas perdre de vue que les effets hémopoïétiques du foie ne sont pas toutes liées à la fraction active pour l'A. P.; l'extrait préparé selon la méthode de Cohn pourra rester sans effet dans des syndromes non pernicieux qui auraient réagi favorablement au foie total.

IV. **L'hémothérapie.** — La **sérothérapie hémopoïétique** (Carnot) donne en général des résultats favorables dans les anémies secondaires d'intensité moyenne. Les résultats sont peu brillants dans l'A. P. Les **préparations à base d'hémoglobine** ne sont pas totalement inactives dans l'anémie posthémorragique chronique; l'effet produit est toutefois minime. Les **injections sous-cutanées ou intramusculaires**



FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

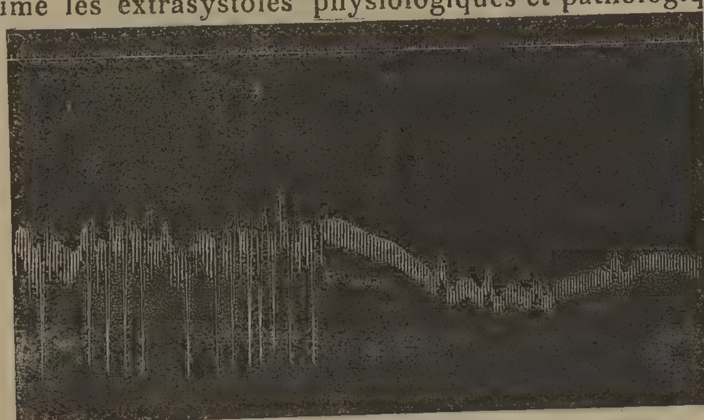
La Spartéine « Houdé »

Sulfate de Spartéine : $C_{15}H_{26}N_2, SO_4H_2 + 5H_2O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Pneumogéïne

Renard

Solution d'Iodure double
de Caféine
et de Théobromine

Dyspnées

Accidents Cardio-rénaux

Echantillon sur demande

142, Avenue de Clichy, PARIS XVIIe

de sang stimulent l'hématopoièse. La **transfusion sanguine**, souveraine dans les anémies aiguës posthémorragiques, représentait, avant la découverte de l'hépatothérapie, notre meilleure arme thérapeutique contre l'A. P. ; on ne l'utilise plus guère que dans des cas très graves. Dans les anémies graves de la grossesse et de l'enfance, dans la sprue, la transfusion donne de brillants résultats. Dans les anémies aplastiques ou les leucémies, les résultats sont médiocres ou nuls.

II. Introduction biologique à l'étude de la transfusion du sang dans la thérapeutique des anémies.

Rapporteurs : MM. E. Hédon et E. Jeanbrau (de Montpellier).

Les rapporteurs rappellent les premières transfusions sanguines dues à Crile (1908) qui employait la transfusion directe artério-veineuse, l'emploi par Hustin, Agote (1914) du citrate de soude dans le but de rendre le sang incoagulable et permettre de le transfuser, l'emploi de la transfusion citratée par Lewisohn (1915). En 1917, Hédon montra l'innocuité et la sécurité de la stabilisation du sang par le citrate de soude pour la transfusion. Jeanbrau a vulgarisé aux armées sa technique de transfusion citratée, et la transfusion d'abord employée uniquement dans les cas chirurgicaux graves est passée actuellement dans le domaine médical.

I. Parmi les **techniques modernes de la transfusion du sang** les rapporteurs passent en revue : 1° la *transfusion directe artérioveineuse* de Crile; 2° la *transfusion indirecte de sang rendu incoagulable*; 3° la *transfusion du sang non additionné de substance anticoagulante*. Ils se bornent à énumérer les techniques de G. Rosenthal, Ameuille, P.-E. Weill, Dupuy de Frenelle, Bécart, Gutmann pour la transfusion citratée. En ce qui concerne la transfusion du sang pur ils rappellent les ingénieuses instrumentations de Bécart (ampoules paraffinées), de L. Jubé (seringue à double effet), de Bécart (seringue à piston auto-vaselineur), de Tzanck (transfuseur), de Bretey. L'inconvénient de ces appareils est de nécessiter un entraînement et c'est pourquoi, en l'absence d'un « spécialiste transfuseur », la transfusion de sang citraté retrouve ses indications.

II. A propos de la **question du sang citraté**, si les protagonistes de ce mode de transfusion considèrent que le sang citraté ne présente *aucune modification importante de la constitution physico-chimique et possède les propriétés biologiques de sang pur*, ses adversaires prétendent que les globules rouges et blancs ne restent pas indemnes, mais acquièrent une fragilité anormale, que le plasma est modifié dans sa composition et contient des substances toxiques dérivées de la désintégration leucocytaire. D'où plus courte durée de la survie des hématies et plus grande fréquence, plus forte intensité des réactions consécutives. Il semble que ces dangers de la transfusion citratée aient été fortement exagérés. Ainsi des statistiques portant sur plusieurs milliers de cas (P.-E. Weill, clinique Mayo aux Etats-Unis) ne signalent aucun accident. C'est en outre la transfusion à pratiquer en cas d'urgence et en l'absence d'un transfuseur compétent pour pratiquer avec dextérité la transfusion de sang pur, de telle sorte que la *transfusion de sang citraté « demeure la méthode de choix par sa simplicité, sa sécurité et son efficacité »*.

III. La troisième partie du rapport est consacrée aux **incompatibilités sanguines et au choix des donneurs**. Ce chapitre, illustré de 14 figures, résume nos connaissances actuelles sur les *groupes sanguins* et interréac-

LAIT ALLÉGÉ
« DIETICUS »
Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées
UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE
LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM
« GALAZÈNE »
Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif
Grande Cure
3 flacons dans la matinée
Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ
« BRÉVANYL »
Purgation douce hépato-duodénale.
GRANDE PURGATION
5 cachets.
LAXATIF
1 cachet.
15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

tions d'iso-agglutination et d'iso-hémolyse. Il constitue un guide très précis pour le choix des donneurs dans la thérapeutique des anémies, afin de se mettre à l'abri des accidents provenant des incompatibilités et des « antipathies » sanguines. Il faut faire les *épreuves d'agglutination* avec une grande rigueur et les renouveler avant chaque transfusion (apparition chez le transfusé d'iso-hémolysines et d'iso-agglutinines spécifiques contre les globules du donneur). Les rapporteurs rappellent une technique d'épreuve déjà proposée par eux en 1919 et qui est à la portée de tout praticien.

IV. Mode d'action de la transfusion dans les anémies. — 1. En ce qui concerne l'**anémie aiguë posthémorragique**, il est actuellement bien connu. Le sang transfusé supplée le sang perdu comme s'il appartenait au récepteur. Les hématies vont ravitailler en oxygène les centres nerveux, par l'intermédiaire du plasma dans lequel se dissout, au fur et à mesure, l'oxygène fixé sur l'hémoglobine. S'il n'est pas trop tard, si des lésions irrémédiables ne se sont pas produites sous l'influence de la spoliation sanguine, les centres bulbaires, l'écorce cérébrale, les ganglions du cœur entrent immédiatement en fonction et le patient revient à la vie. Et non seulement le sang transfusé restaure le blessé, alors que les sérums à minéralisation complexe et les toni-cardiaques demeuraient impuissants, mais les hématies vivent dans l'organisme du blessé aussi longtemps que les siennes, du moins si elles sont de groupe compatible. Cette survie paraît identique pour le sang citraté et le sang pur (Derom). De sorte que la transfusion, en plus de son effet immédiat sur la résurrection du blessé, améliore l'état d'anémie secondaire, et, plus tard, lorsque les globules transfusés arrivent au terme de leur existence, fournit à l'organisme des matériaux d'hématopoïèse.

2. Le mode d'action de la transfusion dans les **anémies chroniques** est très complexe en raison de leurs diversités étiologiques. Les hypothèses formulées et vérifiées par des constatations expérimentales et cliniques sont les suivantes : 1° action *respiratoire* (atténuant les troubles résultant de l'anémie cérébrale et médullaire) ; 2° action *hémostatique* ; 3° *apport*, aux dépens du sang transfusé détruit, des *éléments nécessaires à la reconstitution globulaire*, en particulier l'hémoglobine ; 3° coup de fouet à l'*hématopoïèse* par toutes les substances du plasma transfusé (lipoïdes en particulier, d'après Képinoff) ; action *antitoxique* qui neutraliserait certaines toxines hémolytiques.

En somme, dans certaines anémies chroniques, améliorées ou guéries par une série de transfusions, il semble que celles-ci agissent surtout en activant l'hématopoïèse, par stimulation de la moelle osseuse, en fournissant à l'organisme un matériel utilisable pour la reconstitution de nouveaux G. R.

Tous les sangs ne donnent d'ailleurs pas les mêmes améliorations. Ainsi le sang des *pléthoriques polyglobuliques* contient des substances hématopoïétiques très actives, susceptibles d'améliorer rapidement l'état de certains anémiques incapables de réagir à des transfusions faites avec le sang d'un sujet normal (P.-E. Weill et R. Stieffel).

— En terminant, les rapporteurs insistent sur la nécessité de créer des **laboratoires d'hématologie** dans les grands hôpitaux, auxquels serait attaché un personnel spécialisé.

(*A suivre.*) A. PUECH.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



NESTLÉ

FARINE LACTÉE

Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inalterable, complètement assimilable, soigneusement malté a l'avance.

Sté NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

ESTOMAC | **INTESTIN**

DYSPEPSIE
GASTRALGIE

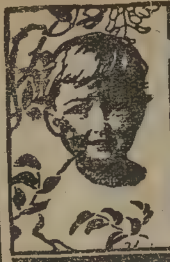
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d^ Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76

R. C., 133, Aubenas.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boul^d^ Ornano, PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
• LIENTÉRIE

ELIXIR GREZ
ET PILULES

CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

CURE DE

DIURESE

EVIAN
SOURCE
CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

IRRASTÉRINE BYLA

ERGOSTÉRINE PURE IRRADIÉE AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS
DRAGÉES — SOLUTION HUILEUSE

Vitamine D antirachitique catalyseur du calcium et du phosphore

REMPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS TOUTES SES INDICATIONS
1 goutte = 1 cuillerée à soupe d'huile de foie de morue

TRAITEMENT DU RACHITISME
TROUBLES DE L'OSSIFICATION

ÉTATS PRÉTUBERCULEUX
CONVALESCENCES

Littérature et Échantillons aux
Établissements BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS (14e) R. C. Seine 71.895

BRONCHITES, toux
nerveuse, spasmodique
catarrhale, émétisante

Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.
DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS

SIROP GIRARD
Même Composition
S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile



VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32.028, Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 14 novembre. — Questions données : « Symptômes, évolution et diagnostic des insuffisances aortiques. — Tarsalgie des adolescents sans le traitement. »
MM. Gorecki, 25; Salles, 21; Limoges, 18; Guyon, 12; Fiehrer, 27; Carteret, 20; Bourdial, 19; Bocquet, 17; Bachmann, 18.

Séance du 16 novembre. — Questions données : « Complications nerveuses de l'urémie. — Fracture de la clavicule. »
M. Labesse, 24; Mlle Jacob, 22; MM. Lemoine, 24; Soyer, 23; Fort (Roger), 25; Bousser, 26; Hauert, 24; Laflotte, 27; Pérachon, 28; Paul, 20.

— Concours d'ophtalmologiste. — *Composition écrite.* — Séance du 14 novembre. — Question donnée : « Les leucoplasies bucco-linguales. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Ont été nommés :
Internes en médecine : MM. Charbonel, Lécuyer, de Ferron, Artarit, Hubert, Clénet, Babin-Chevaye, de Paulo.
Internes provisoires : MM. Odiette, Poisbeau, Mlle Lacroix, M. Colas.
Externes en médecine à compter du 1er novembre 1929 : MM. Nicolas, Richard, Ménager, Thébaud, Mlle Brevet, MM. Hubert, Labour, Le Maître, Mlle Obligi, MM. Friant, Simon, Noël, Tirel, Roguet, Piétu, Hervo, Eoche-Duval, Gamelon.
Internes en pharmacie : Mlles Emery, Martineau, M. Auclair.
Internes provisoires : Mlle Oillic, M. Le Gal.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE (2e degré). — Sont modifiées ainsi qu'il suit, en ce qui concerne les emplois d'agrégé de chirurgie mis au concours, les dispositions de l'article 3 de l'arrêté susvisé du 11 octobre 1929, modifié par les arrêtés des 31 octobre et 2 novembre 1929.

SECTION	NANCY	TOTAUX
....		
Chirurgie..........	1	3
....		
Totaux......	3	33

— Contrairement à ce qui avait été annoncé, il n'y aura aucune place d'agrégé d'histologie mise au concours pour la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Une place d'agrégé de chirurgie générale et une place d'agrégé d'urologie, l'une et l'autre pour la Faculté de médecine de Lyon, sont mises au concours pour le prochain concours d'agrégation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A l'occasion de la rentrée de l'Université de Paris, M. le docteur Roux, professeur honoraire de Clinique chirurgicale à Lausanne, a reçu le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Paris.

— *Concours du clinicat.* — Sont nommés chefs de clinique (clinicat d'oto-rhino-laryngologie) : MM. Rossert et Moatti.

— Toulouse. — Un emploi d'agrégé de chirurgie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est déclaré vacant. (*J. O.*, 15 nov. 1929.)

GUERRE. — (Active.) Mutations :
Médecins commandants. — MM. Baur, chirurgien des hôpitaux militaires des troupes du Levant, en congé de rapatriement, est affecté aux troupes du Levant, volontaire; Grand, du 43e d'inf. à Lille, est affecté au 19e corps d'armée.

VIN GIRARD
Iodo-tannique phosphaté
LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

Médecins capitaines. — MM. Bergé, de l'armée française du Rhin, est affecté au 8e d'inf. à Saint-Lô; Bodet, du 7e spahis à Orange, est affecté à l'hôpital militaire de Briançon; Leconte, de l'armée française du Rhin, est affecté au 168e d'inf. à Thionville; Habert, de l'armée française du Rhin, est affecté au 97e d'inf. à Nevers; Le Berré, de l'armée française du Rhin, est affecté au 71e d'inf. à Guingamp; Monot, de l'armée française du Rhin, est affecté au 510e chars de combat à Nancy; Bierer, de l'armée française du Rhin, est affecté au 171e d'inf. à Besançon; Mourot, de l'armée française du Rhin, est affecté au 21e d'inf. à Chaumont; Franchimont, des troupes du Maroc, est affecté au 23e d'inf. à Wissembourg; Griolet, de l'armée française du Rhin, est affecté au 150e d'inf. à Verdun; Authier, de l'armée française du Rhin, est affecté au 156e d'inf. à Brive; Gensoul, du 520e chars de combat à Maubeuge, est affecté au 19e corps d'armée; Rocquet, du 1er d'inf. à Avesnes, est affecté aux territoires du Sud-Algérien; Brissy, du 1er d'inf. à Cambrai, est affecté aux territoires du Sud-Algérien; Candillc, de l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains, est affecté aux troupes du Maroc.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PREMIÈRE LISTE DES PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1929. — *Prix Lalande* (1.000 fr.) à M. Alexandre Véronnet; *Prix Damoiseau* (2.000 fr.) à M. Gaston Fayet; *Prix Valz* (1.000 fr.) à M. Louis Dunoyer; *Prix Gay* (1.500 fr.) à M. Ludovic Gaurier; *Fondation Tchihatchef* (3.000 fr.) à M. Paul Pollacchi; *Prix Montyon des arts insalubres* (2.500 fr.) à M. Daniel Florentin; *Prix Jecker*, un prix de 5.000 fr. à M. Richard Fosse et un prix de 5.000 fr. à M. Marcel Sommelet; *Fondation Cahours* (3.000 fr.), les arrérages de la fondation sont partagés entre MM. Henri Moureu et Raymond Quelet; *Prix Houzeau* (1.000 fr.) à M. André Travers; *Prix Desmazières* (1.600 fr.) à M. l'abbé Hubert Bourdot; *Prix Montagne*, à M. Pierre Dangeard et à M. Robert Potier de la Varde; *Prix Thore* (1.000 fr.) à M. Charles Douin; *Prix de Coincy* (1.000 fr.) à M. Paul Dop; *Prix Cuvier* (1.500 fr.) à M. Emile Topsent; *Fondation Savigny* (1.500 fr.) à M. Henri Gauthier; *Prix Lallemand* (1.800 fr.) à Mlle Marie-Louise Verrier; *Prix Serres* (7.500 fr.) à MM. P. Bouin et P. Ancel; *Prix Petit d'Ormoy*, sciences naturelles (10.000 fr.) à M. Paul Gaubert; *Fondation Bouchard* (5.000 fr.) à M. Serges Oberlin.

CINQ JOURS SUR LA CÔTE D'AZUR (1er-5 janvier 1930). — A l'occasion de la manifestation franco-italienne du 3 janvier, commémorant le séjour de Pasteur sur la Riviera, la Société médicale du Littoral méditerranéen organise, avec le concours des autorités françaises, italiennes et monégasques, cinq journées sur la Côte d'Azur dont voici le programme résumé :

Mercredi 1er janvier. — Arrivée à Nice selon l'horaire des trains. — Concentration à l'hôtel Regina Palace, boulevard de Cimiez. — Visite de Nice. — Réception et dîner.

Jeudi 2 janvier. — Visite de l'Observatoire. — De Nice à Menton par la Grande Corniche. — Le monument d'Auguste à la Turbie. — Le château de Roquebrune. — Réception et déjeuner à l'hôtel du Cap Martin. — Le château de Grimaldi. — Visite de Menton. — Réception et dîner à l'hôtel Majestic.

Vendredi 3 janvier. — Commémoration solennelle du séjour de Pasteur à Bordighera. — Réception et déjeuner à San Remo. — Thé à Ospedaletti. — Retour à Menton.

Samedi 4 janvier. — Visite du Palais des princes de Monaco, du musée d'anthropologie et du musée d'océanographie. — Réception par le gouvernement de la Principauté à l'hôtel de Paris à Monte-Carlo.

Dimanche 5 janvier. — Visite de Monaco. — Départs dans la soirée, selon l'horaire des trains.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

Il sera remis aux adhérents un permis de parcours à demi-tarif sur les Chemins de fer français, en 1re ou 2e classe à leur choix. Des démarches sont faites pour obtenir une réduction sur les Chemins de fer italiens.

Pour les renseignements et les adhésions, écrire le plus tôt possible au secrétariat de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice, le nombre des places étant étroitement limité.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — L'assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 26 courant, à 17 h., salle du Conseil, Faculté de médecine, sous la présidence de M. Philippe Roy, ministre du Canada en France.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. le professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique le vendredi 15 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 h. (policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la Clinique Charcot).

— CLINIQUE MÉDICALE SAINT-ANTOINE. — M. le professeur F. Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 15 novembre, à 11 h., à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Le mardi, à 11 h., à l'amphithéâtre : Présentation de malades.

— COURS LIBRE SUR LES MALADIES DU CŒUR. — M. le docteur R. Lutembacher commencera le jeudi 21 novembre, le soir, à 21 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les jeudis suivants, à la même heure, une série de conférences sur « Les arythmies. Schématisation lumineuse. Cinématographie. Electrocardiographie ».

— NEUROLOGIE. (Hôpital de la Pitié.) — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique annexe, commencera ses leçons cliniques avec présentation de malades le mercredi 20 novembre, à 11 h., et les continuera tous les mercredis, à la même heure.

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile clinique, 1, rue Cabanis. Professeur : M. Henri CLAUDE.) — M. le professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le mercredi 20 novembre, à 10 h., et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 h. : Leçon policlinique avec présentation de malades.

— COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. (Professeur : M. Pierre MÉNÉTRIER.) — M. le professeur P. Ménétrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 20 novembre, à 18 h., à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 18 h., pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours : « La médecine grecque après Hippocrate. L'école d'Alexandrie. La médecine à Rome. Le moyen âge. »

(Voir la suite des « Informations », p. 1653.)

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71. Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie, le

SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE PUR)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique **l'éliminateur naturel**
(acide thyminique) élaboré normalement par l'organisme sain;

assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,**
sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. *DOSE MOYENNE :* 3 à 6 comprimés par jour.

L'acide thyminique est un médicament qui, employé pur, suffit à la cure complète de l'arthritisme. Son association avec d'autres médicaments ne repose sur aucune nécessité scientifique et ne peut qu'entraver l'institution d'une posologie convenable.

1371

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, PARIS

R. C., 78.026, Seine

LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES

PYOFORMINE

PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE

MÉDICATION
HÉROÏQUE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES

Une ou deux
ampoules par jour
Voie intramusculaire

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES GOBEY
89, rue du Cherche-Midi, PARIS.

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

— COURS DE RADIOLOGIE CLINIQUE. — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera son cours le vendredi 22 novembre, à 11 h., à l'hospice de la Salpêtrière (Clinique chirurgicale du professeur Gosset, pavillon Osiris), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Radiodiagnostic clinique des affections de l'appareil locomoteur. »

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Jacques Leveuf, agrégé, commencera son cours le lundi 25 novembre, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Affections chirurgicales de l'abdomen. »

Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de 3e et 4e années.

— COURS DE PERFECTIONNEMENT DU JEUDI SOIR. (Clinique Tarnier.) — Ce cours gratuit aura lieu chaque jeudi, à 20 h. 45, du jeudi 28 novembre 1929 au 20 mars 1930.

— PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. ROGER.) — *Lectures commentées de monographies et revues étrangères de biologie.* — Un certain nombre de collaborateurs qualifiés pour traduire quelques revues ou monographies étrangères récentes, en exposeront l'essentiel, à dater du lundi 2 décembre, en une lecture qui aura lieu le lundi, à 18 h., à la salle des thèses n° 2, à la Faculté de médecine.

Cet enseignement complémentaire s'adresse à tous ceux qu'intéresse le mouvement biologique et particulièrement aux travailleurs des différents laboratoires qui, après avoir entendu la mise au point d'une question d'actualité pourront échanger fructueusement des idées.

Pour tous renseignements, s'adresser : Laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, J. Gautrelet, directeur.

— ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — M. le docteur H. Dufour, médecin de l'hôpital Broussais, fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires dans les salles de malades, dans les laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie, d'électricité et de radiologie.

Première conférence le vendredi 6 décembre.

— CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. LOEPER.) — *Cours complémentaire sur les médications actuelles des maladies du sang*, grand amphithéâtre de la Faculté, le samedi, à 17 h.

7 décembre. La médication leucolytique (traitement des leucémies) : docteur Ch. Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié.

14 décembre. Les médicaments hémostatiques : docteur G. Marchal, médecin des hôpitaux.

21 décembre. La transfusion sanguine : doctenr A. Tzanck, médecin des hôpitaux.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — CONSULTATION CIVIALE (voies urinaires). Service de M. le professeur agrégé MARION. — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundis, mardis et vendredis, à 11 h., à partir du 25 novembre.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M., salle Béclard.

Une deuxième série aura lieu à Pâques.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande.

Droit d'inscription : 300 fr.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — Conférence de M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine sur la méthode concentrique dans le traitement des psychonévroses, à la séance du mercredi 11 décembre, Faculté de médecine, salle Pasteur, à 5 h.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL » (17-18 NOVEMBRE 1929)

Le samedi 8 juillet 1879 paraissait le premier numéro du *Concours médical*, journal de médecine et de chirurgie fondé par le docteur Auguste Cézilly.

Ce fut d'abord un journal rédigé dans un esprit à la fois pratique et scientifique, ouvert à la masse des praticiens. Mais bientôt Cézilly, dont l'esprit clair comprenait merveilleusement les besoins du Corps médical, donna une grande importance à la partie professionnelle. Il s'efforça, l'un des premiers, en s'appuyant sur l'Association générale, de développer chez les médecins l'esprit de prévoyance et de mutualité. Ce fut l'origine des œuvres professionnelles du *Concours médical*, parmi lesquelles il faut citer « la Mutualité familiale du Corps médical français » et « le Sou médical », sociétés de secours, d'aide et de défense qui ont rendu et qui rendent toujours tant d'inestimables services.

Dans son œuvre de presse comme dans ses œuvres professionnelles, Cézilly fut toujours au premier rang des remueurs d'idées et des initiateurs.

Est-il nécessaire de rappeler que c'est lui qui, avec de Rause, fut le fondateur de l'Association de la Presse médicale française en 1889.

Dans son propre journal il sut réunir un groupe incomparable de collaborateurs immédiats : Gassot, actuellement directeur du *Concours*, qui apporta l'appui de son travail et de sa grande expérience à la révision de la législation médicale en 1892. Jeanne (de Meulan), le réalisateur dont la vision de l'avenir fut si nette et qui fit tant pour notre profession. Puis ce furent Paul Legendre, l'éminent maître en déontologie, Julien Noir et Duchesne, deux journalistes à la haute culture dont le talent toujours renouvelé fait si grand honneur à la presse médicale. Ce sont encore Maurat, Paul Boudin, puits de science juridique, Vimont, Boulanger enfin l'administrateur modèle.

Autour de la rédaction, les adhérents et les amis du *Concours* se sont réunis en grand nombre pour célébrer pendant deux jours le cinquantenaire de leur journal.

Après la pieuse cérémonie du souvenir, devant le monument aux morts de la Faculté de médecine, une séance solennelle a eu lieu dimanche à l'Hôtel Majestic, sous la présidence de M. Mirman, conseiller à la Cour des comptes, ancien directeur de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, remplaçant le docteur Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat, retenu à Strasbourg. A ses côtés avaient pris place MM. Gassot, Noir, Balthazard et Duchesne.

Dans l'assistance on remarquait MM. Bellencontre, Paul Cézilly, les professeurs Couvelaire, Nobécourt et Lereboullet (de Paris), Euzière et Paul Delmas (de Montpellier), Rohmer (de Strasbourg), Bardier (de Toulouse), Patel (de Lyon), Jeanneney (de Bordeaux). Le médecin général Levy, MM. Mayer et René Beckers (de Bruxelles), MM. G. Robin, G. Faroy, Laignel-Lavastine, Weissenbach, Dequidt, Dartigues, G. Baillière, Gardette, Foveau de Courmelles, Mill, Molinéry, Farez, Levassort, Fernand Bouty, Couband, etc.

M. Gassot prononça l'éloge d'Auguste Cézilly, M. Noir celui d'Hippolyte Jeanne, M. Paul Cézilly remercia les collaborateurs de son père, puis M. G. Duchesne fit un magnifique exposé de « Cinquante ans de la vie médicale ». Enfin le professeur Couvelaire dans une remarquable conférence étudia le « Rôle des médecins dans la prophylaxie de la syphilis congénitale. »

Une partie artistique, avec le concours de l'orchestre médical et de la Comédie française succéda aux discours. La journée se termina par une soirée de gala à l'Opéra comiqne, soirée organisée avec la même magnificence qui marqua toutes les réceptions du *Concours*.

**

Le lundi 18, les adhérents se réunirent dans l'hôtel historique du *Concours* pour des séances de travail, des conférences médicales et les assemblées générales du *Concours médical* et de ses œuvres. Enfin, au moment où nous mettons sous presse a lieu à l'hôtel Continental le banquet de clôture de ce cinquantenaire.

L'effort soutenu pendant cinquante ans par Cézilly, ses collaborateurs et ses successeurs, est de ceux qui méritent le respect et forcent l'admiration.

En félicitant nos confrères nous faisons le vœu de voir le *Concours médical* continuer pendant de longues années son œuvre professionnalle si bienfaisante.

F. L. S.

LE VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE

Le Congrès de stomatologie qui s'est tenu en la Faculté de médecine de Paris, du 21 au 26 octobre, sous la présidence du docteur Rousseau-Decelle, est remarquable à plus d'un titre. Tout d'abord il a réuni un nombre de congressistes, tant français qu'étrangers, très supérieur à celui des congrès précédents : il a ainsi marqué que la curiosité scientifique de ceux qui exercent cette spécialité va en croissant de plus en plus, et cette tendance permet de présager que les questions qui s'y rapportent seront bientôt dégagées de la gangue empirique qui les a obscurcies jusqu'ici.

Cet avenir apparaît encore plus nettement si l'on considère la qualité des congressistes : c'est, en effet, le premier congrès où un nombre notable de professeurs à la Faculté de médecine, d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux ont pris une part active à nos débats, en y apportant une contribution personnelle, soit par leurs travaux, soit par leur intervention dans les discussions. Cette innovation mérite d'être soulignée, car elle montre bien l'intérêt que présentent les questions se rapportant à la stomatologie pour les autres branches de la médecine et celui que leur portent de plus en plus ceux qui les exercent.

Dans un discours plein de fond, et de forme parfaite, qu'il faudrait pouvoir citer en entier, le docteur Rousseau-Decelle sut présenter la stomatologie sous son véritable aspect : ce qu'elle est actuellement est un héritage d'un trop long passé où, sous le nom d'art dentaire qui, à lui seul, est une définition et un programme, les praticiens qui l'exerçaient, faute de connaissances générales suffisantes, ne pouvaient envisager que la réparation de fortune des lésions qu'ils constataient; dans une telle période, il ne pouvait être question que de technique, et toujours pour les mêmes raisons ces praticiens ont été amenés à considérer cette technique comme une fin ; et nombreux sont encore ceux qui, malgré l'évidence, s'obstinent dans cette conception qui peut se rapprocher de celle que les anciens barbiers avaient de la chirurgie. Les stomatologistes s'efforcent par contre de se débarrasser de cette emprise du passé et de suivre la voie que leur ont montré les chirurgiens : il ne leur suffit plus de constater des faits, ils en veulent l'explication, et par elle la stomatologie de l'avenir, outre qu'elle pourra être plus opportunément curative, deviendra en même temps, comme les autres branches de la médecine, de plus en plus prophylactive.

De remarquables rapports furent présentés, l'un par les docteurs Raison et Thibault sur les septicémies d'origine bucco-dentaire, un autre par le docteur Lacronique sur le traitement chirurgical des infections apexiennes; enfin, un troisième par le docteur Frey sur la prophylaxie de la carie dentaire. Ce dernier, à le bien considérer, est une démonstration magistrale de la nécessité absolue d'études médicales approfondies pour la recherche des causes de cette affection si généralement répandue. Le rapporteur a bien mis en évidence la multiplicité de ces causes qui ne laissent en dehors d'elles à peu près aucun organe ni aucun système. On ne saurait lui reprocher que de ne pas avoir assez souligné que les données étiologiques qu'il a développées ne se rapportent pas, en réalité, à une affection unique dans tous ses aspects, mais à toute une série d'affections variables dans leurs causes et leur évolution.

Le mot carie dentaire est encore un héritage de ce passé dont nous parlions plus haut, et c'est la raison pour laquelle nous insistons plus particulièrement sur ce rapport. Ce mot fut appliqué, à peu près, à toutes les pertes de substance de la dent. Mais il est bien évident, pour quiconque réfléchit à la question, que ces pertes de substance ne sauraient être toutes de la même origine. Au reste, la multiplité des causes que le rapporteur a lui-même consignées en serait, s'il était besoin, la démonstration la plus nette. Le docteur Rousseau-Decelle a lui-même, au cours de la discussion, souligné ce point particulier, et on aurait aimé que le docteur Frey eût tiré d'une étude aussi complète des conclusions plus nettes dans ce sens particulier.

Il n'est pas possible, dans un aussi bref aperçu, de citer tous les travaux, si importants cependant pour beaucoup, qui ont été présentés. Mais, pour demeurer toujours dans le même esprit, nous ferons une mention spéciale du travail présenté par le docteur Béliard sur le traitement prothétique de la pyorrhée. A vrai dire, ce mot de pyorrhée est encore un héritage, et le docteur Béliard en a bien précisé ce qu'il fallait en penser, se défendant de lui donner une signification qu'il n'avait pas. Cependant, pour en revenir à notre sujet, il convient de souligner que cette méthode de traitement comporte une technique particulièrement délicate et qu'elle a été instaurée par des stomatologistes. Nous signalerons à ce propos, pour mémoire, que ce sont également des stomatologistes qui ont mis en pratique le traitement des fractures des mâchoires par des appareils à pont pour lesquels la technique est également loin d'être aisée. Celà pour répondre à une objection des odontologistes à la thèse stomatologique, à savoir qu'un docteur en médecine ne saurait être un bon technicien.

Les congrès nationaux de stomatologie qui se sont succédé depuis quelques années ont été caractérisés par une affluence croissante d'étrangers. Déjà, le Congrès de Rome, du 14 au 18 octobre, en avait réuni un grand nombre; celui de Paris fut une démonstration encore plus nette de cette tendance, 161 étrangers s'étant rendus à l'appel du Comité français, si bien qu'en réalité ce Congrès n'avait plus de national que le nom. Cette affluence montre bien le désir général, l'utilité, la nécessité même de la reprise des relations médicales internationales. Aussi l'Association stomatologique internationale, qui tint à cette occasion une réunion, considéra que le moment était venu de rétablir les congrès stomatologiques internationaux. La Fédération stomatologique italienne ayant décidé de tenir un Congrès à Venise, le 15 septembre prochain, accepta volontiers que cette réunion fût placée également sous les auspices de l'Association stomatologique internationale, ce qui en fera un congrès de transition par le caractère international qu'il acquerra ainsi. Et, en 1931, à l'occasion du 300e anniversaire de la fondation de l'Université de Budapest, un véritable Congrès international de stomatologie se tiendra dans cette ville au mois de septembre.

Ces décisions ont pu être prises grâce à l'extension que prend de plus en plus par le monde le mouvement stomatologique. Ces manifestations contribueront certainement à précipiter son succès. Ce ne sont pas de vaines protestations, de misérables intérêts personnels, des défaillances passagères ni des compromissions regrettables qui sauraient l'arrêter. La stomatologie va irrésistiblement de l'avant car la logique et le bon sens finissent toujours par avoir raison.

A. HERPIN.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.009
Roger Dacosta. Edit.

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE BISMUTH OLÉO-SOLUBLE

Cardyl

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

INJECTIONS
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple PARIS, 3e

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL
VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES

NOPIRINE
VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

A PROPOS
DU
SYNDROME PALEUR ET HYPERTHERMIE D'OMBRÉDANNE
CHEZ LES NOURRISSONS OPÉRÉS

Par M. le professeur HUTINEL.

Il y a quelques semaines, au Congrès de l'Association française de pédiatrie, M. le professeur Ombrédanne fit un très beau rapport sur un syndrome qu'il avait eu l'occasion d'observer et qu'il avait décrit pour la première fois au Congrès de Montréal, en 1922.

Ce syndrome, qui apparaît quelquefois chez les nourrissons, à la suite d'interventions chirurgicales, graves ou bénignes, sans être fatalement mortel, cause toujours de douloureuses surprises. Il est caractérisé d'abord par une pâleur qu'explique sans doute une vaso-constriction énergique et prolongée, puis surtout par une élévation considérable de la température. Il se montre quelques heures ou très peu de jours après l'opération, résiste parfois à l'action des antithermiques, enveloppements humides ou lavements frais, provoque toujours de vives inquiétudes et cause souvent une mort rapide chez les sujets qui n'ont pas encore un an.

Voici les caractères cliniques de ce syndrome, tels qu'ils ont été exposés par le professeur Ombrédanne et par son élève Armingeat, qui en a fait une étude très sérieuse.

C'est généralement chez un nourrisson de moins de six mois, mais quelquefois aussi chez un enfant plus grand, d'un an à quatre ans et même six ans, que surviennent les accidents.

S'il arrive, par exception, que l'enfant commence à pâlir au cours de l'opération sans que cette pâleur puisse être attribuée à une hémorragie, c'est un signe inquiétant, mais tout peut rentrer dans l'ordre.

Le réveil se fait normalement; parfois, dans l'après-midi, on note l'apparition de quelques mouvements convulsifs qui coïncident généralement avec l'élévation de la température. L'hyperthermie et la pâleur, en effet, constituent à peu près toute la symptomatologie.

La pâleur est extrême; elle s'accompagne, chez quelques sujets, d'un léger cerne bleuâtre autour des yeux et de la bouche. Une fois, à la suite d'une opération abdominale, on a constaté un vomissement noir.

La température atteint d'ordinaire 39°, 40° et même plus, cinq à six heures après l'intervention. A ce moment l'enfant peut encore guérir sous l'influence des enveloppements humides et des lavements froids, mais, dans la plupart des cas, l'hyperthermie augmente: le thermomètre marque 41°-41°,5, parfois 42° et, dans un cas, 42°,6 (Armingeat). La respiration s'accélère, le pouls est faible et fréquent, l'enfant est prostré. Il reste pâle, mais n'est jamais cyanosé; il est dans un état de torpeur que coupent quelques convulsions. La mort survient dans une syncope, quatre ou cinq heures après l'opération, si le cas est foudroyant, en moyenne douze à seize heures. Si les accidents durent plus de vingt-quatre heures, elle devient plus rare.

Ces manifestations débutent généralement de six à dix heures après l'intervention; par exception, on les voit éclater plus tôt (deux heures trente dans un cas) ou plus tard (vingt ou trente heures ou même davantage).

L'ascension thermique est progressive et plus ou moins rapide, sans que cette rapidité implique forcément une gravité particulière de la complication; elle se fait en un temps ou en deux et même trois étapes.

Elle est en rapport avec l'intensité des réactions, mais sa valeur pronostique n'est vraiment absolue que dans les hyperthermies extrêmes. C'est l'élévation de la température qui est le premier symptôme, celui qui donne l'alarme.

La pâleur ne vient qu'ensuite; si l'enfant est déjà pâle après l'opération quand on le remet dans son lit, cette pâleur peut persister jusqu'à l'explosion des accidents; alors elle s'exagère en même temps que monte la température et atteint rapidement son maximum pour ne plus changer jusqu'à la mort.

L'enfant meurt sans agonie, en syncope; il passe brusquement de la vie à la mort.

La guérison est exceptionnelle mais possible. La chute de la température est alors le premier signe favorable. La défervescence est rapide; elle se fait brusquement ou bien en deux ou trois temps; alors l'enfant se recolore et la physionomie redevient normale. On assiste, dans ce cas, à une véritable résurrection, parfois aussi rapide que l'avaient été les accidents, et l'enfant retrouve bientôt toute sa vitalité.

Ces accidents sont heureusement exceptionnels. Comment les expliquer? Ni une hémorragie opératoire, ni une infection massive, ni une bronchopneumonie ne peuvent être incriminées; mais l'étude des suites d'une opération régulière et aseptique se terminant par la guérison peut donner quelques indications. Ces suites comportent toujours quelques modifications dans les réactions humorales. On note, en effet, une accélération notable du pouls, au moment du réveil, une élévation en clocher de la courbe thermique, de six à dix heures, après l'intervention, une diminution de la quantité des urines qui tombent à 50, 60 ou 80 grammes, qui deviennent chargées, lactescentes et forment un dépôt blanc-jaunâtre d'urates, de phosphates avec de rares cylindres et qui contiennent souvent des traces d'albumine et surtout de l'acétone. Ces manifestations légères ne tardent d'ailleurs pas à disparaître. Dans le syndrome « *pâleur avec hyperthermie* », elles ne font au contraire que s'accentuer. La chute de la réserve alcaline se caractérise en même temps sans qu'il soit possible cependant d'attribuer à l'acidose dont elle est le témoin, une place prépondérante dans la genèse de la mort rapide des nourrissons opérés. Il n'est pas impossible que l'insuffisance hépatique soit en jeu. La tension artérielle s'abaisse surtout dans les cas graves; le pouls et la respiration restent d'accord avec la température. La recher-

che de la raie blanche de Sergent ne donne pas habituellement de résultats.

Tel est simplement esquissé le syndrome que le professeur Ombrédanne a largement dessiné.

* * *

Je n'aurais pas essayé de rappeler cette description saisissante, s'il ne m'était pas arrivé, à maintes reprises, chez des sujets de même âge et présentant des prédispositions analogues, d'observer des accidents semblables, groupés d'une manière à peu près identique, comportant un pronostic également redoutable, et entraînant, eux aussi, une mort rapide en hyperthermie, mais survenant dans des conditions absolument différentes en apparence. La comparaison de ces deux groupes de faits contribuera peut-être à éclairer leur pathogénie. Voici d'abord le résumé de mes observations.

Depuis mon internat dans le service de Parrot, en 1876, et surtout depuis le moment où je retournai aux Enfants-Assistés, comme chef de service, en 1889, j'ai souvent vu apparaître, chez de très jeunes sujets, que l'on amenait à l'hospice avec des eczémas suintants, des accidents presque immédiats et généralement mortels, surtout quand il s'agissait de nourrissons n'ayant pas dépassé un an et dont les manifestations étaient vraiment superposables à celles dont nous venons de faire une revue rapide.

Des observations de ce genre ont d'abord été publiées dans les thèses de mes élèves Brelet, Hulot, Saurain, Barthélemy, dans celles de Maille, de Mme Bienaimé-Dewojno, dans de nombreux mémoires étrangers et surtout dans un travail publié, en 1909, dans les *Archives de méd. des enfants*, en collaboration avec mon collègue et ami L. Rivet. Je suis revenu sur ce sujet dans un ouvrage relativement récent : *Le syndrome malin dans les maladies de l'enfance* (Masson, 1927).

Il s'agit ordinairement d'enfants de moins d'un an, quelquefois un peu plus âgés, généralement gros et gras, d'aspect lymphatique, porteurs depuis longtemps de ces placards eczémateux qu'on rencontre fréquemment chez les nourrissons suralimentés. Cet eczéma suintant a envahi la face, le pourtour des oreilles, et se retrouve sur d'autres parties du corps. Sur la face, il est partiellement recouvert de croûtes et le cuir chevelu est le siège d'un impétigo confluent auquel les parents n'ont jamais eu l'idée de toucher.

Changés de milieu et d'alimentation, ces enfants, plongés dans l'atmosphère infectée d'une salle d'hôpital généralement encombrée, ne tardent guère à présenter les accidents les plus graves.

L'interne ou la surveillante, instruits par l'expérience, s'efforcent de réaliser un isolement plus ou moins complet; ils ne touchent à l'eczéma qu'avec les plus grandes précautions, se contentant tout au plus de recouvrir les surfaces suintantes de compresses stérilisées et d'un masque de taffetas. Et cependant, la nuit suivante ou le lendemain, la température s'élève brusquement à 40, 41 et même 42 degrés; en même temps, l'enfant *pâlit* et son eczéma semble disparaître. La respiration se précipite, devient irrégulière et saccadée, le pouls s'affole, s'accélère et devient bientôt incomptable, des convulsions surviennent, la tension artérielle baisse notablement et, dans plus de moitié des cas, l'enfant meurt en quelques heures. Les premières manifestations apparaissent généralement très peu d'heures après l'entrée à l'hôpital; parfois après vingt-quatre ou quarante-huit heures, exceptionnellement après cinq ou six jours. La pâleur peut masquer l'éruption eczémateuse et faire croire à sa disparition, mais le doigt perçoit facilement une infiltration de la peau.

Le symptôme prédominant est certainement l'hyperthermie, que l'emploi de bains frais et d'enveloppements humides ne suffit pas toujours à faire disparaître. Dans les cas favorables, la température baisse assez rapidement sous l'influence de cette médication, particulièrement chez les sujets âgés de plus d'un an; mais il se produit parfois une diarrhée plus ou moins abondante, une broncho-pneumonie ou même une néphrite. L'enfant, dont la tension artérielle est très faible, s'éteint tout à coup par défaillance cardiaque, ce qui a souvent fait croire à l'existence d'une myocardite que les examens histologiques n'ont presque jamais démontrée.

* * *

Ne suffit-il pas de rapprocher ces deux descriptions pour être frappé de leurs ressemblances?

Dans les deux cas, des accidents d'une gravité impressionnante surviennent quelques heures après une intervention chirurgicale ou simplement après l'entrée de l'enfant dans un milieu infecté où il a été exposé à une surinfection.

Tout d'abord, dans les deux cas, la température s'élève progressivement, rapidement, et l'enfant semble de suite gravement touché. Bientôt il pâlit, et cette pâleur durera jusqu'à la mort.

La tension artérielle s'abaisse et cette chute est d'importance. Au-dessous de huit, de tension maxima, l'espoir n'est plus guère permis. Le pouls et la respiration s'accélèrent, en même temps que monte la température; la prostration ou les convulsions augmentent et la mort survient plus ou moins vite suivant la résistance des sujets. Les plus petits, dans les deux cas, paient le plus lourd tribut; ceux qui ont plus d'un an meurent moins souvent, mais on sent quand même qu'ils ont été durement touchés. Comment expliquer ces accidents et ces morts rapides?

Nombreuses sont les théories pathogéniques qui ont été émises. Examinons-les rapidement; peut-être celle qui expliquera le mieux les accidents de l'eczéma mortel pourra-t-elle contribuer à éclairer aussi le syndrome d'Ombrédanne?

Parmi les hypothèses qui ont eu la prétention d'expliquer les syndromes dont nous venons d'esquisser les caractères cliniques, il en est que nous pourrons écarter sans scrupules.

Voici, par exemple, la *théorie de la métastase* qui, depuis des siècles, a été universellement admise pour expliquer les accidents mortels de l'eczéma? Est-ce autre chose qu'une vue de l'esprit, ingé-

nieuse sans doute, mais ne reposant sur aucune preuve? L'eczéma pâlit comme tout le tégument, mais ne disparaît pas; s'il semble reparaître quand le malade guérit, c'est que le sang afflue de nouveau à la peau qui, eczémateuse ou non, se recolore rapidement. Jamais une révulsion énergique appliquée dans l'intention de le faire renaître ne nous a donné un résultat appréciable.

On a voulu rapprocher la mort rapide des eczémateux de celle que l'on observe parfois au cours des brûlures étendues et on a imaginé une *théorie toxique*. On a supposé l'existence de *lésions hépato-rénales* que compenserait l'eczéma agissant comme un émonctoire; mais il faudrait, d'abord démontrer la constance de ces lésions qui, en tout cas, produiraient difficilement un effet aussi rapide et qui lorsqu'elles existent apparaissent plutôt comme le résultat que comme la cause des accidents.

L'hypothèse de Cohn est plus compliquée. Cet auteur suppose que les *ganglions*, tuméfiés au voisinage des lésions eczémateuses, recèlent des produits toxiques de résorption et des microbes. Si l'eczéma guérit, les ganglions rétrocèdent et il se fait une résorption massive des toxines ou des germes arrêtés dans les ganglions.

N'insistons pas : il n'y a là qu'une pure hypothèse.

Heubner et Feer ont trouvé à l'autopsie d'enfants eczémateux morts rapidement les éléments caractéristiques de l'*état lymphatique*. Leur hypothèse contient sans doute une part de vérité. Sans envisager particulièrement le lymphatisme comme la cause des accidents mortels, il n'est pas défendu d'admettre que certains sujets peuvent être particulièrement sensibles, si la constitution de leurs colloïdes est plus ou moins modifiée. Les sujets eczémateux à tempérament lymphatique peuvent souvent être considérés comme des instables humoraux, prédisposés aux « chocs »; mais ici nous entrevoyons l'*anaphylaxie* sur laquelle nous reviendrons.

Le cœur subit généralement une sorte d'inhibition, et les sujets meurent souvent en syncope; mais existe-t-il constamment une *myocardite*? Les examens histologiques du myocarde ont presque toujours été négatifs; d'ailleurs une altération des éléments musculaires expliquerait assez mal la brusquerie et l'évolution rapide des accidents, soit qu'ils aient une issue fatale, soit qu'au contraire ils guérissent rapidement sans laisser de traces.

L'*insuffisance hépatique* a souvent été incriminée, elle existe certainement, mais d'une façon inconstante. On peut lui attribuer certaines des manifestations qui se produisent parfois au cours des syndromes que nous avons en vue, mais elle est généralement peu marquée et les lésions sur lesquelles on se fonde pour l'affirmer sont bien banales et souvent légères. Elles semblent être la conséquence plutôt que la cause des accidents caractéristiques du syndrome.

Nous pouvons dire la même chose des *lésions rénales*, des *réactions méningées* et des *broncho-pneumonies* que l'on a accusées tour à tour, elles aussi. D'abord elles sont exceptionnelles et leur existence, même si elles étaient très graves, expliquerait mal les manifestations cliniques. Leurs effets constituent des épisodes généralement peu importants dans un état morbide qui atteint brutalement tout l'organisme; elles ne sauraient jouer un rôle de premier plan.

La *déshydratation*, l'*acidose* et l'*abaissement de la réserve alcaline* n'apparaissent pas non plus comme des phénomènes primordiaux : ce sont des effets, non des causes; ils n'en existent pas moins et donnent souvent leur note dans le concert des symptômes.

La *baisse de la tension artérielle* semble être un phénomène constant; elle explique certains symptômes et a une véritable valeur pronostique. Il faut tout craindre quand elle est trop accentuée.

Les *modifications du sang* semblent peu importantes; mais elles ne sont pas toujours faciles à étudier chez des enfants qu'emportent en quelques heures des manifestations impressionnantes.

La *vaso-constriction périphérique* est certainement la cause de la pâleur; mais pourquoi s'accompagne-t-elle d'une baisse de la tension artérielle? N'est-on pas forcé d'admettre un trouble subit et profond accompagné d'une véritable inhibition du myocarde.

J'ai eu autrefois le tort d'attribuer une trop grande importance à l'*infection*. Certes, elle est difficile à nier chez les eczémateux, et n'est peut-être pas absolument négligeable chez des nourrissons qui ont séjourné dans le milieu infecté d'une salle d'hôpital, mais elle n'exerce son action que chez des sujets sensibilisés ou prédisposés. Les *septicémies* que j'ai rencontrées si souvent et que d'autres auteurs ont vues comme moi, sont inconstantes et ne sont pas toujours dues au même germe; elles ne sont donc pas la cause efficiente des accidents, elles n'en peuvent être que la conséquence et perdent ainsi la plus grande partie de leur importance.

N'empêche qu'une infection aussi durable que celle que l'on peut constater à la surface des eczémas suintants peut être accusée, comme une opération, de *sensibiliser* des sujets prédisposés et de préparer l'apparition de *chocs* redoutables.

Nous sommes ainsi ramenés à l'hypothèse de l'*anaphylaxie* que j'avais déjà proposée en 1909, qui a été admise depuis par Feer et que j'ai encore soutenue récemment. Elle rendrait bien compte de la marche des accidents, chez les opérés comme chez les eczémateux; mais, avouons-le, ce n'est encore qu'une hypothèse et, de là à la réalité, il y a souvent très loin.

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Agenda P.-L.-M. pour 1930. — L'Agenda P.-L.-M., qui paraît en novembre, est un ouvrage d'une présentation artistique, littéraire et typographique irréprochable. L'édition de 1930, en majeure partie consacrée au centenaire de la conquête de l'Algérie, contient seize illustrations hors texte en couleurs qui, à elles seules, valent plus que son prix ; douze cartes postales en héliogravure y ajoutent encore. Ces compositions et les chroniques, contes, nouvelles, légendes qu'elles accompagnent et qui s'ornent, en outre, d'une suite nombreuse de photographies et de dessins, sont l'œuvre d'excellents artistes et écrivains.

On se procure l'Agenda P.-L.-M. (au prix de 10 francs), à Paris, 88, rue Saint-Lazare, et dans les agences de voyages.

XXXVIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1929 (1).

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Chirurgie générale et anesthésie.

L'auto-transfusion du sang traitée par les rayons X avant la réinjection. — M. Dziembowski (de Bydgoszez, Pologne) présente une série d'observations qu'il reconnaît trop peu nombreuses et trop récentes pour permettre de porter sur la méthode un jugement définitif.

Il croit cependant à la grande efficacité du procédé chez les infectés, les tuberculeux, les cancéreux avancés dont l'état général est rapidement amélioré.

Des cas presque désespérés ont été modifiés suffisamment pour rendre possible et efficace le traitement adéquat à la lésion.

Les narcoses par injections intraveineuses. — M. Mayer (de Bruxelles). Très partisan de l'anesthésie générale à l'éther précédée d'une piqûre de pantopon ou de morphine-strychnine, M. Mayer a voulu cependant expérimenter les injections intraveineuses de somnifène, d'allyl, d'hédonal et de pernocton.

Tout récemment, il a même suivi la technique des chirurgiens mexicains Garcia et Ortiz qui poussent lentement dans les veines 100 à 120 centimètres cubes d'alcool à 90 degrés dilués dans une solution hypertonique de sérum glucosé. Le sommeil est obtenu en dix ou quinze minutes.

Ce procédé n'est pas sans danger. Deux malades endormis par les auteurs de la méthode dans la clinique de M. Mayer ont succombé au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures à des accidents de congestion pulmonaire alcoolique.

En réduisant les doses, en adjoignant l'usage d'un hypnotique pré-opératoire, ce procédé qui a à son actif plusieurs centaines de succès, pourra sans doute se généraliser.

Résultats obtenus par le chlorure de calcium intraveineux dans les rétentions d'urine postopératoires. — M. Chosson (de Marseille). On injecte dans une veine 2 centimètres cubes d'une solution à 50 p. 100 de chlorure de calcium. On obtient d'ordinaire une miction spontanée dans l'heure qui suit.

Une légère réaction de quelques minutes se produit après l'injection. Le malade éprouve une sensation de chaleur aux extrémités, de la sécheresse de la gorge, un goût métallique dans la bouche.

Il importe de pousser la solution exactement dans la veine sous peine d'escarre.

Sur 11 cas, l'auteur a observé 9 succès.

La circulation du sang et la circulation du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec la rachi-anesthésie chirurgicale. — M. Cathelin (de Paris). N'ayant pu assister l'an passé au Congrès de chirurgie, l'auteur répond aujourd'hui à M. Forgue et rappelle que sa doctrine de la circulation du liquide céphalo-rachidien explique tous les faits qui intriguent tant les chirurgiens au cours de leurs rachis, en particulier l'anesthésie segmentaire, l'anesthésie totale après insensibilisation cervicale, la protection de la région bulbaire.

Cette théorie, l'auteur l'a énoncée, décrite et démontrée il y a plus de trente ans. Il conclut : « S'il a fallu soixante ans à la circulation Harweyienne pour s'établir en reine, j'estime qu'il faudra bien cent ans à la doctrine de la circulation du liquide céphalo-rachidien pour s'imposer en maîtresse. J'ai de la patience... j'attendrai. »

Quel est en rachianesthésie le procédé donnant l'analgésie la plus parfaite comme étendue, durée, intensité et sécurité? — M. Le Filliatre (de Paris). La cocaïne à dose égale est 4 fois plus toxique que la novocaïne, mais présente une toxicité égale à celle de la novocaïne à dose 4 fois moindre.

La dose maxima non toxique de cocaïne par kilogramme de poids vif étant de 1 milligramme et celle de novocaïne de 4 milligrammes, l'auteur ne dépasse jamais pour un sujet adulte de 50 kilogrammes et au-dessus la dose de 4 centigrammes et demi.

En opérant ainsi il n'a jamais eu d'accidents inquiétants.

Il fait usage de la novocaïne pour les membres inférieurs et le périnée et se sert de la cocaïne pour l'anesthésie de l'abdomen, du tronc, du cou et de la tête. Durée de l'anesthésie : une heure et demie à deux heures. Par ce procédé, les grosses interventions abdominales et thoraciques sont rendues plus faciles et moins choquantes.

Appareil urinaire et génital.

Diathermo-coagulation dans le traitement du cancer du col utérin. — MM. de Fourmestraux et Fredet (de Chartres). L'utilisation des courants de haute fréquence ne saurait se substituer au traitement chirurgical. L'exérèse au bistouri donne un nombre, et surtout une qualité de guérisons supérieurs à ceux que donnent les méthodes physiothérapiques. Mais, dans les cancers inopérables la coagulation diathermique amène rapidement la suppression des sécrétions ichoreuses et une diminution des douleurs.

Après quelques semaines les bourgeons disparaissent et font place à une induration en plaque. Il ne saurait être question de guérison, mais c'est certainement là un des traitements palliatifs qui donne les moins mauvais résultats.

Dans les cancers opérables on ne saurait trop répéter que le gros danger dans l'admirable intervention qu'est l'hystérectomie élargie, est le danger d'infection. La diathermo-coagulation préopératoire présente le double avantage de détruire les bourgeons néoplasiques et de stériliser le col utérin. Elle permet une hystérectomie large dans de meilleures conditions et paraît devoir remplacer les applications préopératoires de radium.

Résultats d'interventions sur le sympathique pelvien en gynécologie. — M. Guyot (de Bordeaux). Sur 17 interventions de sympathectomies pelviennes l'auteur a eu recours cinq fois à l'opération de Leriche et douze fois à celle de Cotte. Celle-ci, plus simple et plus facile donne des résultats analogues. Souvent associée à des opérations complémentaires, pexies, appendicectomies, résection d'un petit kyste de l'ovaire, la résection du nerf présacré est une intervention anodine ne présentant pas d'inconvénient.

Seule ou associée, elle donne environ 50 p. 100 de bons résultats. Elle est contre-indiquée chez les grandes nerveuses ayant subi de multiples opérations.

Elle donne des résultats sérieux sinon constants dans le vaginisme, les douglassites, les dysménorrhées, et à titre préventif ou curatif contre les douleurs de la période terminale du cancer du col utérin inopérable, ou opéré ou irradié ou récidivé. Dans ces cas elle ne doit pas être faite tardivement en raison de l'infiltration inflammatoire de la région du promontoire rendant la recherche des nerfs présacrés impossible.

(1) *Association de la Presse médicale française*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 82, p. 1449, n° 84, p. 1493, n° 86, p. 1523, et n° 89, p. 1581.

De la conservation des ovaires dans les hystérectomies. — M. Ferey (de Saint-Malo) est partisan de la conservation des ovaires sains à condition qu'on conserve du même coup les trompes. La suppression de celles-ci trouble la situation, la vascularisation, l'innervation et par suite la fonction endocrinienne des ovaires laissés en place.

On a dit que la conservation de la glande génitale n'empêchait nullement les troubles de ménopause opératoire, que les ovaires devenaient douloureux, qu'ils pouvaient s'infecter, devenir kystiques ou cancéreux.

L'auteur n'a jamais observé pareilles complications sur une longue série de malades revues et interrogées à distance.

La technique est simple : on passe un catgut liant ensemble l'extrémité interne de la trompe près de la corne utérine et le ligament utéro-ovarien. On coupe entre la ligature et l'utérus. Le ligament rond est lié à son tour au voisinage de l'utérus. L'hystérectomie est alors pratiquée suivant le procédé préféré du chirurgien.

Toutes les fois où la conservation des trompes est impossible, il faut renoncer à garder les ovaires.

Le procédé est applicable dans tous les cas de fibromes, de grossesses extra-utérines développées dans la portion libre de la trompe, dans les salpingites unilatérales avec métrite nécessitant une hystérectomie, dans les métrites hémorragiques et les césariennes suivies de l'ablation de la matrice.

Les règles sont conservées dans une proportion qui varie de 3, 4 p. 100 à 10 p. 100 suivant que l'hystérectomie a été pratiquée basse ou haute.

Mais l'influence sur le métabolisme des graisses surtout est remarquable : 80 p. 100 des femmes gardent un poids normal.

Les vertiges et les bouffées de chaleur ne se voient que dans 23 à 26 p. 100 des cas au lieu de 50 à 70 p. 100 quand trompes et ovaires sont sacrifiés.

Détails personnels de technique dans l'opération césarienne. — M. Descarpentries (de Roubaix). La lourde mortalité qui accompagne l'opération césarienne est due à ce qu'il est impossible d'avoir une suture utérine qui reste étanche pendant le temps nécessaire à la formation des adhérences péritonéales protectrices.

Ce manque d'étanchéité de la suture utérine s'explique par la régression rapide de la matrice. Du fait de cette évolution, des points exactement serrés deviennent trop lâches ; des points trop serrés provoquent de la nécrose et forment autant de foyers propices à l'infection. De toutes façons la malade demeure exposée à la contamination de la grande cavité péritonéale par la pénétration des lochies.

Pour éviter cette contamination l'auteur extériorise de la grande séreuse, le champ de cicatrisation en maintenant la face antérieure de l'utérus dès qu'elle est incisée en contact intime avec la paroi abdominale. Il y arrive en suturant les ligaments ronds de cette paroi.

Dans les cas dits impurs, un drain est placé dans le vagin à travers le col utérin. Ce drain permet la vidange du corps utérin et son lavage à l'aide d'une solution antiseptique et d'un goutte à goutte à la Murphy.

Cette technique a de plus l'avantage de maintenir l'utérus debout, position optima pour le drainage.

Grâce à cet artifice la césarienne conservatrice classique se montre aussi bénigne que l'opération de Porro.

Cancer du col développé trois mois après une amputation du col pour métrite chronique vérifiée histologiquement. — M. Violet (de Lyon). Il s'agit d'une jeune femme opérée pour métrite cervicale chronique à forme fongueuse et chez laquelle on avait songé à la possibilité d'une lésion néoplasique.

L'examen histologique des deux fragments permit d'éliminer le diagnostic de cancer. Mais trois mois plus tard un épithélioma débuta au niveau de la lèvre postérieure. On fit un Wertheim et l'examen microscopique montra l'image d'un cancer véritable.

L'auteur élimine l'hypothèse d'un cancer méconnu lors de la première intervention. Il croit au rôle favorisant du traumatisme chirurgical sur l'éclosion d'un néoplasme dans un tissu inflammatoire.

Nouvelle méthode d'hémostase par tamponnement dans les opérations pelviennes. — M. Logothelopoulo (d'Athènes). On utilise un gros tampon de gaze dont les deux extrémités sont amenées dans le vagin et attirées à l'extérieur.

Le tampon ainsi entraîné vient se coincer dans le petit bassin.

Les extrémités sont fixés à un pessaire placé dans le vagin.

Même dans les cas à hémostase difficile on peut grâce à ce procédé, négliger toutes ligatures, celle des pédicules utéro-ovariens exceptées.

Tête, cou, rachis, thorax, système sympathique.

Contribution à la chirurgie du plexus nerveux lombo-aortique et hypogastrique. — M. Janio (de Bucarest). L'auteur fait l'historique de la chirurgie du sympathique depuis la première intervention de Jaboulay et de Jonesco, jusqu'à celles de Cotte, Dechaume et Leriche.

Après avoir essayé la sympathectomie péri-artérielle hypogastrique et l'extirpation du plexus présacro-lombaire dans les douleurs du cancer utérin, il a élargi cette dernière opération en supprimant d'un coup le plexus lombo-aortique, hypogastrique supérieur et une grande partie des plexus hypogastriques inférieurs.

Il a réalisé cette opération vingt-six fois avec des succès variables. Les récidives douloureuses s'expliquent par l'infiltration inflammatoire, et la compression ganglionnaire.

L'évolution des lésions cancéreuses ne semble pas influencée par l'opération, pourtant dans deux cas, les sécrétions diminuèrent d'intensité.

L'opération est bénigne : deux morts post-opératoires qu'on peut attribuer aux progrès de la cachexie.

En dehors des algies cancéreuses, l'intervention a été tentée dans la gangrène sèche des extrémités par endartérite oblitérante et dans le trophœdème douloureux des membres inférieurs.

La gangrène a continué son évolution, les douleurs ont disparu passagèrement. Le trophœdème a été radicalement supprimé ainsi que les phénomènes d'algies qui l'accompagnaient.

De la nécessité d'inciser la dure-mère intacte et tendue ou de débrider la dure-mère ouverte dans les fractures du crâne. — M. Yves Delagenière (du Mans). L'auteur étudie 35 observations de fractures du crâne avec dure-mère tendue et ne battant pas, ou avec blessure de la dure-mère.

Chez 11 malades la dure-mère était intacte mais sans battement. 5 furent trépanés sans incision de la dure-mère, tous succombèrent. 6 autres subirent l'incision ; il y eut 2 décès seulement et de causes surajoutées.

Dans 24 cas de fractures avec blessure de la dure-mère, dix-huit fois cette dernière ne fut pas débridée ; ces 18 cas ont donné 11 morts. Les 6 autres malades furent débridés largement, tous ont guéri.

En résumé : la trépanation qui respecte la dure-mère tendue ou blessée donne 70 p. 100 de mortalité. L'incision ou le débridement de la dure-mère abaissent cette mortalité immédiate à 16,6 p. 100.

Les indications de l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose. — M. Lance (de Paris) a été amené à pratiquer depuis dix ans treize fois l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose (5 scolioses paralytiques très graves, 7 scolioses de

l'adolescence, 1 scoliose douloureuse de l'adulte). Des travaux antérieurs sur le sujet et de son expérience personnelle, il tire les conclusions suivantes :

Le traitement classique au moyen de la physiothérapie, la gymnastique, l'appareillage, constitue toujours la base du traitement de toutes les scolioses.

L'ostéosynthèse ne peut intervenir que dans les cas où ce traitement s'est démontré insuffisant ou impraticable.

I. L'indication la plus nette constituée par la *scoliose polyomyélique grave* avec affaissement rapide du tronc, surtout quand l'appareillage devient insuffisant ou mal toléré. Elle sera parfois réclamée par le malade qui désire se libérer d'un appareillage qu'il sait être définitif. Le jeune âge ou la gravité de l'état général ne constituent pas une contre-indication opératoire formelle dans la scoliose paralytique grave.

II. *Dans les scolioses de l'adolescent*, on peut être amené à la proposer dans trois circonstances :

1° Chez certains gibbeux ayant conservé un excellent état général et condamnés au port d'un corset rigide toute leur vie, surtout si le corset est mal toléré;

2° Sur des scolioses graves que l'on est arrivé à équilibrer et redresser de manière satisfaisante par le traitement orthopédique, mais qui retombent dès qu'on cesse l'appareillage;

3° La présence d'un ancien foyer du mal de Pott ou de tuberculose pulmonaire chez un scoliotique grave peut constituer une raison de proposer l'ostéosynthèse.

III. *Dans la scoliose douloureuse de l'adulte*, lorsque la douleur est nettement due au tassement rachidien, l'ostéosynthèse peut être pratiquée pour remplacer l'appareillage souvent mal toléré. Mais on devra s'abstenir chez les sujets trop âgés ou à état général insuffisant.

Indications et résultats de la radiumthérapie et de la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. — M. J. GUISEZ. Les résultats curatifs de la radiumthérapique dans le traitement du cancer de l'œsophage sont rares; ils existent cependant, et l'auteur peut suivre actuellement une vingtaine de malades traités depuis quatre et cinq ans.

La gastrostomie permet l'alimentation, mais ne modifie nullement la salivation abondante, la fétidité de l'haleine l'anorexie et l'amaigrissement.

La radiumthérapie, au contraire, permettrait rapidement dans les cas favorables une alimentation suffisante, un retour de l'appétit, la disparition de la salivation et une augmentation appréciable du poids. Cette amélioration est quelquefois assez marquée pour donner au malade l'illusion d'une guérison.

Mais avant d'entreprendre ce traitement, il importe d'en poser les indications exactes. Il faut y renoncer s'il y a des phénomènes généraux d'intoxication, de la fièvre ou des signes de propagation. Les séances doivent être courtes et quotidiennes. La mise en place du radium demande un doigté spécial; il en est de même de la filtration qui doit éviter les rayonnements secondaires.

Appareil digestif. Membres. Os. Articulations.

Élimination du segment rectal de l'intestin après une opération de Hartmann-Mummery pour cancer recto-sigmoïdien. — M. LOUBAT (de Bordeaux). Cette opération consiste en la résection aussi large que possible de l'intestin malade suivie de la fermeture en cul-de-sac du bout rectal abandonné *in situ* et de l'abouchement à la peau du bout proximal, en un anus gauche définitif.

La mortalité est peu élevée et l'on obtient 50 p. 100 de guérisons de plus de trois ans.

Du fait qu'il est nécessaire de lier l'artère hémorroïdale supérieure dont les branches sont terminales on peut assister à la mortification de la partie du rectum laissée en place.

Cet accident exceptionnel a quelquefois entraîné la mort; mais l'élimination est susceptible de se faire par les voies naturelles sans provoquer de suites graves.

L'auteur a observé cette curieuse complication chez deux de ses opérés qui restent guéris, l'un depuis six ans, l'autre depuis plus de deux ans.

Pour éviter un tel accident, il convient de sectionner le rectum très près du plan des releveurs et d'isoler soigneusement le moignon restant soit par une bonne péritonisation soit par une épiploo ou une hystéro-plastie, soit encore par un Mickulicz.

Diverticules du colon. — M. PAUCHET (de Paris). La diverticulose est constituée par la présence d'une série d'appendices en grains de raisin étagés le long du colon descendant et du sigmoïde. Leur inflammation produit des accidents comparables à ceux de l'appendicite.

La diverticulose est l'apanage des sujets gras du sexe masculin qui ont atteint la cinquantaine.

Des complications sont possibles : perforation aiguë ou lente avec abcès péritonitique. Des fistules peuvent s'ouvrir dans l'intestin grêle, à la peau, dans la vessie.

Des réactions inflammatoires répétées du tissu péricolitique simulent parfois des tumeurs du gros intestin.

Si l'affection est découverte par hasard au cours d'un examen radiologique, il faut recommander au malade de consommer de la paraffine, de faire de l'antisepsie intestinale et d'observer une hygiène alimentaire parfaite.

En cas de complications on peut être amené exceptionnellement à réséquer une anse intestinale.

Mais pratiquement le traitement chirurgical se borne à l'excision de chaque diverticule qu'on lie au fil de lin et dont on cautérise le moignon.

Il faut toujours drainer avec une lame de caoutchouc. Les fistules post-opératoires sont fréquentes et guérissent spontanément.

En cas de résection, accolement de l'intestin en canon de fusil, abouchement temporaire à la peau. Plus tard on pratiquera la fermeture de l'anus dans des conditions variables avec chaque malade.

Extirpation des cancers recto-sigmoïdiens. — M. PAUCHET (de Paris) a pratiqué longtemps l'ablation des cancers rectaux hauts et moyens par la voie sacrée en conservant la fonction sphinctérienne aussi souvent que possible.

La fréquence des récidives l'a amené à user d'autres méthodes : extirpation abdomino-périnéale, extirpation périnéo-sacrée élargie avec sacrifice définitif de l'anus normal.

L'excision de Mummery-Hartmann ne convient guère qu'aux cas de la troisième portion du sigmoïde.

Dans la plupart des cancers recto-sigmoïdiens, c'est-à-dire nettement sus-ampullaires, l'opération sacrée de Kraske est indiquée; elle donne de bons résultats et une survie appréciable.

Quand le chirurgien ne peut abaisser le segment sigmoïdien à l'anus normal, il doit le fixer provisoirement à la plaie sacrée. Pendant quelques mois le patient fait des efforts de défécation qui provoquent un prolapsus. Ce prolapsus permet secondairement l'implantation à l'anus normal et entraîne souvent la réapparition de la fonction sphinctérienne.

L'extirpation abdomino-périnéale du rectum en deux temps. — M. TIERNY (d'Arras). Cette méthode consiste à faire dans une première opération une large résection cunéiforme de l'anse sigmoïde et de son méso. Le moignon supérieur forme un anus iliaque définitif; le moignon inférieur, nourri par les artères hémorroïdales est refoulé dans le petit bassin; le péritoine vésical est suturé au-dessus de lui à tout le pourtour de la ligne innominée.

Deux à trois semaines plus tard, le deuxième temps est pratiqué par voie périnéale. Il est grandement facilité par

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

l'exclusion péritonéale et la section de l'hémorroïdale supérieure réalisées antérieurement.

L'auteur a opéré par cette méthode 4 cancers du rectum, il a obtenu 2 guérisons. Il attribue ses 2 échecs, l'un à un accident tardif de rachi-anesthésie, l'autre à une erreur dans le choix du traitement opératoire.

Cholécystite calculeuse et cancer de la vésicule. — M. Papin (de Bordeaux). Résumant son étude des rapports de la lithiase et du cancer de la vésicule, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Les neuf dixièmes des cancers se développent sur des vésicules anciennement lithiasiques.

Aucun signe clinique ne peut faire reconnaître le début d'un cancer se surajoutant à une lithiase.

Les cancers de ce genre opérés comme tels récidivent dans l'année. Ceux qui guérissent ont été enlevés à leur début sans que le diagnostic ait été posé.

Nos seules possibilités thérapeutiques efficaces reposent donc sur l'étiologie indiquée plus haut; mais elles sont alors considérables et pourraient permettre la quasi suppression du cancer de la vésicule.

Cure radicale des fistules à l'anus par excision totale suivie de suture. — M. Sénéchal (de Paris). En raison des échecs fréquemment observés après la simple mise à ciel ouvert des fistules anorectales, l'auteur est revenu à l'excision totale suivie de suture complète.

Sur 25 cas, il a obtenu 25 succès.

Les soins pré et postopératoires ont une importance considérable. Il faut soigneusement examiner l'état général du malade, traiter une syphilis, un diabète, une albuminurie. L'uricémie est excessivement fréquente chez les porteurs de fistules.

Tous les deux jours, pendant la semaine précédant l'opération, on prescrira un purgatif huileux et un grand lavage intestinal. L'alimentation sera réduite à un litre de lait par vingt-quatre heures et à des tisanes abondantes.

L'intervention sera poursuivie avec patience et minutie, notamment en ce qui concerne la recherche des moindres diverticules, la réfection du sphincter et la suture de la peau. Cette dernière sera exécutée de préférence au fil de lin.

Un drain entouré partiellement d'une mèche de gaze enduite de pommade au collargol est placé dans l'anus. Pantopon sous-cutané pendant trois jours.

La constipation est maintenue huit jours; après quoi on administre un lavement huileux. Les fils cutanés sont supprimés le neuvième jour. Régime lacté jusqu'à ce moment. L'alimentation normale est très progressivement reprise à partir de la première selle.

L'ostéosynthèse de la diaphyse fémorale genou fléchi. — MM. Parcelin et Chenut (de Bordeaux) attirent l'attention sur une technique opératoire permettant d'éviter l'enraidissement du genou et reposant sur un principe de Lambotte : « L'ostéosynthèse du fémur ne donne tous ses avantages qu'à condition de la faire genou fléchi. »

La synthèse doit donc être très solide. On emploie une plaque de 14 centimètres de longueur, d'un millimètre d'épaisseur et percée de huit trous destinés à recevoir des vis de Lambotte.

Les points particuliers de la technique sont, ponction de l'hydarthrose, vérification de la solidité de la synthèse, suture des parties molles genou fléchi.

Le membre est immobilisé, genou fléchi, mais mobilisé sans douleur deux fois chaque jour.

Au bout de quinze jours, le sujet reste douze heures le genou fléchi et douze heures le membre inférieur étendu. Il fait des mouvements actifs à la cinquième semaine et se lève au début du quatrième mois.

On obtient ainsi un membre sans raccourcissement, un genou avec une mobilité physiologique et des troubles trophiques réduits au minimum. Le gros inconvénient, comme dans toutes les méthodes d'ostéosynthèse à matériel perdu, est l'impossibilité d'apprécier la solidité du cal; d'où la nécessité de n'autoriser la marche que tardivement.

Mode d'action de l'hirudination dans le traitement abortif des phlébites aiguës. — M. Termier (de Grenoble). Pour répondre à quelques rares objections que la méthode a suscitées depuis sept ans qu'elle a été préconisée, M. Termier rappelle que l'hirudination doit être tentée au début de la phlébite et qu'elle ne peut rien sur une phlébite avancée ayant amené déjà une oblitération veineuse.

Certains chirurgiens, tout en reconnaissant les heureux effets de la méthode, contestent la réalité de l'hémophilie et attribuent les succès au fait que les phlébites sont diagnostiquées plus tôt, qu'elles sont immobilisées, enfin qu'on les soumet à d'autres traitements accessoires.

L'auteur répond qu'il n'emploie jamais ces traitements accessoires, qu'il n'immobilise que rarement et pas souvent dans une gouttière et que toutes ses précautions ne donnent de bons résultats que si on leur ajoute l'hirudination.

L'hémophylie est réelle et prouvée par le laboratoire. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'un peu de sang prélevé après hirudination ne donne pas d'hémophilie à un animal témoin; il ne s'agit pas là d'un ferment, mais d'une substance qui ne peut agir que quantitativement; elle est trop diluée pour pouvoir, dans ces conditions, présenter une efficacité quelconque.

L'hémophylie du reste est toujours incomplète, mais la méthode produit d'autres effets : une fibrinolyse légère n'ayant d'influence que sur un caillot de formation récente; une leucocytose avec mononucléose exaltant le pouvoir bactéricide du sang; enfin une vaso-dilatation marquée qui s'oppose au spasme vasculaire créé par l'irritation veineuse.

L'auteur pense que la dilatation du diamètre du vaisseau jointe à la non formation du caillot explique les bienfaits de la méthode, notamment la suppression de la douleur et des œdèmes.

L'artériographie des membres avec l'iodure de sodium. — MM. Charbonnel et Masse (de Bordeaux). Les auteurs ont étudié 18 observations, dont 6 personnelles, de lésions gangréneuses ou ulcéreuses des membres par artérite, et soumises aux méthodes d'artériographies par injection d'iodure de sodium.

Avec la solution à 100 p. 100, la circulation était momentanément suspendue pour l'épreuve radiographique, il y eut sur 6 cas, 3 cas d'extension rapide de la gangrène ayant abouti à l'amputation ou à la mort.

Avec la solution à 25 p. 100 qu'il y ait eu ou non interruption de la circulation, 12 cas consécutifs n'ont été accompagnés d'aucun phénomène d'extension de la gangrène. Par contre, des douleurs se sont produites au cours de l'injection faite sans anesthésie avec des accidents transitoires d'algidité et d'intolérance iodurée.

De cette étude, il faut conclure : 1° que la solution à 100 p. 100 est inutile; 2° qu'il y a danger à interrompre la circulation; 3° que l'anesthésie locale est suffisante.

Cette technique est quelquefois plus sensible que l'oscillométrie, mais la clinique garde tous ses droits et commande en définitive les décisions opératoires.

L'opération de Robertson-Lavalle dans l'ostéochondrite de la hanche. — M. Aimes (de Montpellier) a obtenu un succès complet par l'opération de Robertson-Lavalle dans un cas d'ostéochondrite de la hanche extrêmement douloureuse avec subluxation de la tête (ostéochondrite dans une hanche désaxée), chez une jeune fille de vingt-sept ans; la suppression des douleurs a été immédiate, la marche est facile, les mouvements sont conservés.

L'auteur discute le mécanisme probable de l'intervention :

Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam

Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.



FORMULE

Iode	0.01
Cholestérine	0.10
Cinnamate de Benzyle	0.05
Eucalyptol	0.05
Goménol	0.05
Gaiacol	0.05
Huile stérilisée, 1c.c.	5

Synergyl Vadam

Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Échantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie. Ancien interne des Hôpitaux de Paris. Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone : Archives 08-27

CAMPHYDRYL ROBIN

Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %

TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS

ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS

INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES **ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ** INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES

PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

R. C. 88.031, Seine

remaniement des épiphyses, arrêt de la subluxation et des déplacements articulaires par les greffons.

DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1929)

Le coefficient hémopnéique et ses applications. — M. Jules AMAR.

Sur le pouvoir mercuro-réducteur de l'urine normale. — MM. H. PÉNAU et G. TANRET.

Sur la production d'une toxine diphtérique très active. — M. G. RAMON.

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1929)

Sur l'oxydation directe des hydrocarbures par l'air. — MM. DUMANOIR et MONDAIN-MONVAL.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 18 novembre. — Jury : MM. Hartmann, président; Lemierre, Vallery-Radot et Fey. — M. PEUTEUIL. Etude radiologique des opacités intrathoraciques. — M. DELBREIL. Etude des lésions rénales dans l'endocardite lente.

Mardi 19 novembre. — Jury : MM. Desgrez, président; Gougerot, Terrien et Tanon. — M. GAHAN. Sur les divers traitements des verrues vulgaires. — M. KOANGTING. La peste au sud du Kouang-Toung. — M. LEFEBVRE. Le phénomène de Marcus Gunn.

Jeudi 21 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Panisset et Petit. — M. HERTAULT. Les viandes foraines.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COMA DIABÉTIQUE

ET SON TRAITEMENT D'URGENCE

C'est un coma acidosique, relevant d'une intoxication complexe où interviennent l'acide β oxybutyrique, les polypeptides, les acides aminés. De la précocité de son diagnostic dépend la vie du malade, car le traitement insulinique doit être employé le plus tôt possible.

ÉTIOLOGIE

1. **Dans la règle.** — C'est au cours du *diabète consomptif* qu'il apparaît de plus en plus rarement actuellement où les diabétiques acidosiques sont traités par l'insuline : l'interruption de la cure insulinique, une infection intercurrente peuvent déclencher le coma qui peut d'ailleurs être le signe révélateur d'un diabète méconnu.

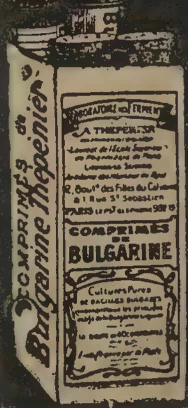


Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale).*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

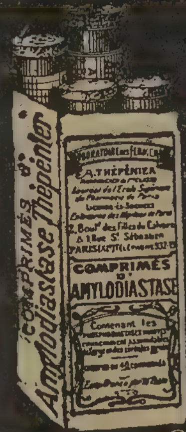
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

***Préparation des bouillies** : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150 854, Seine.

REMINÉRALISATION RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR
AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS,
DU PHOSPHATE TRICALCIQUE
NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE
(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmaciens

12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement des Amaigrissements, de la Tuberculose et des Asthénies

par les cachets de

TRIGANOL VIGIER

Mélange de Poudre de Fenugrec désodorisée
et d'extrait hydro-alcoolique de Fenugrec

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Les alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	par cuillerée à café.

PRODUITS "SANDOZ", 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e

M. CARILLON, pharmacien de 1re classe

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT

LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme

SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.

LE PERDRIEL PARIS 11 Rue Milton (9e)

C. R., 44.342, Seine.

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) pres Paris.

FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS et l'ALIMENTATION DES ENFANTS



FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE A base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE – MALTS TORRÉFIÉS – MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépot général M^on JAMMET, Rue de Miromesnil 47, Paris

DRAGÉE ADRIAN

AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT L'ÉVOLUTION DES TUMEURS DE TOUTES NATURES



ADRIAN & CIE 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES



MODE D'EMPLOI :

En cas d'hyperchlorhydrie :
4 Comprimés, 1 heure avant le repas.

En cas d'acidité par fermentation secondaire :
4 Comprimés, 2 heures après les repas.

N° 94. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1929. — N° 94.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 19 novembre. — Questions données : « Diagnostic de l'hémiplégie cérébrale organique. — Signes et diagnostic des hydarthroses du genou. »

MM. Mialaret, 28; Cacuira, 24; Pyt et Mlle Hallard, 23; MM. Bézin, 16; Rousset, 23; Calvet, 26; Catalette, 20; Joly, 25.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Magitot, Coutela, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Laubry, Bréchot, qui acceptent; Poulard, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Classement des candidats :

MM. Beaujard, Dessernes, Belot, Villaret et Bazy.

ASILES DE LA SEINE. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire en pharmacie des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris, le lundi 6 janvier 1930.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 2 au 17 décembre 1929 inclus.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours de clinicats.* — M. Dousset est nommé chef de clinique ophtalmologique et M. Sarabezolles chef de clinique adjoint.

M. Mailhe est nommé chef de clinique gynécologique et M. Cueille, chef de clinique adjoint.

M. Cloup est nommé chef de clinique adjoint des maladies des voies urinaires.

— MONTPELLIER. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Lapeyre, agrégé près la Faculté de Montpellier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Alary, professeur de médecine opératoire est nommé professeur de pathologie externe.

M. le docteur Bureau, professeur suppléant de la chaire d'anatomie, est nommé professeur de médecine opératoire.

LA TRANSFORMATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — La Chambre des députés, dans sa séance du 15 novembre 1929, a examiné le chapitre 17 *bis* de l'Instruction publique comportant un crédit de 369.958 fr. relatif à la transformation de l'Ecole de Marseille en Faculté mixte de médecine et de pharmacie, décidée par un décret de 1922 signé par M. Léon Bérard. Rappelons que la ville de Marseille a pris à ce moment l'engagement de supporter les dépenses résultant de la création de la Faculté. Le ministre de l'Instruction publique a d'ailleurs nommé une Commission chargée d'établir un rapport à ce sujet. Après un débat très vif le crédit a été voté.

GUERRE. — INFIRMIERS DES HÔPITAUX MILITAIRES. — Un concours pour l'admission à l'emploi d'infirmier des hôpitaux militaires sera ouvert le 15 janvier 1930.

Inscription au ministère de la Guerre, directeur du Service de santé, 1er bureau, personnel, 10, rue Saint-Dominique, à Paris, avant le 15 décembre 1929.

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

MINISTÈRE DES COLONIES. — Un médecin contractuel, marié ou célibataire, est demandé pour Miquelon. Situation d'environ 42.000 fr., plus indemnités de logement et de charges de famille.

S'adresser, pour renseignements, au ministère des Colonies, service central de santé, 2e section.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES DE 1930 (centenaire de l'indépendance belge). — La Xe session des Journées médicales de Bruxelles, qui devait avoir lieu du 21 au 25 juin, sera reportée aux 28, 29, 30 juin, 1er et 2 juillet 1930, afin de ne pas coïncider avec les fêtes d'inauguration des nouveaux bâtiments universitaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean Watelet, décédé à l'âge de 81 ans à Vire. Notre confrère, qui exerça de longues années à Paris où il fut l'ami de Barbey d'Aurevilly et de François Coppée, était le père de notre ami le docteur Abel Watelet, à qui nous adressons l'expression de notre très profonde sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Benoit Jeannin (de Saint-Claude, Jura), Maurice Dubois (de Liége) et Adrien Lénaers (de Schaerbeck).

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium départemental de Ponteils (Gard).

Le traitement est fixé à 32.000 fr. et peut atteindre 42.000 fr. par avancements successifs. En outre, le médecin directeur bénéficiera gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, avec faculté d'utiliser à titre onéreux le ravitaillement de l'établissement. Il ne pourra faire de clientèle qu'à titre exceptionnel dans les conditions prévues par les articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus, seront adressées au ministère du Travail et de l'Hygiène (direction de l'Assistance, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris), où elles seront reçues jusqu'au 9 décembre 1929.

— Il sera ouvert à Paris, le 9 décembre 1929, à l'Office national d'hygiène sociale, 26, boulevard de Vaugirard, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène, chargés de la direction des dispensaires d'hygiène sociale de Tulle et de Brive.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français ayant moins de cinquante ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Frey, souffrant, ne fera les conférences de stomatologie qu'au cours du semestre d'été.

De nouvelles affiches seront apposées en temps utile.

INSTITUT NEURO-CHIRURGICAL. — L'hôpital privé du docteur de Martel, 219, rue Vercingétorix, est transformé en Institut neuro-chirurgical.

Il comprend deux services neuro-chirurgicaux. Le service A dirigé par le docteur Clovis Vincent. Le service B dirigé par le docteur de Martel.

Le docteur de Martel opérera les mercredis et samedis, et le docteur Clovis Vincent les mardis et vendredis.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

CHRONIQUE

LE BANQUET DE CLOTURE DU CINQUANTENAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL » (1)

Ce banquet a eu lieu lundi dernier alors que notre dernier numéro était déjà sous presse. Nous devons signaler son très grand succès et la splendeur de la réception offerte par nos confrères.

Autour du docteur Gassot et de la rédaction du *Concours* avaient pris place M. le doyen et Mme Roger, M. Mirman, le professeur et Mme Mayer, le docteur et Mme René Beckers (de Bruxelles), le docteur Bellencontre, M. Fumouze, les professeurs J.-L. Faure, Loeper, Nobécourt, Claude, Couvelaire, Lereboullet, Euzière et Paul Delmas, Bardier, Rohmer, Patel, Jeanneney, MM. Trémolières, G. Robin, Cadenat, Fribourg-Blanc, Delchef, Truffert, de Parrel, Bleichmann, Laignel-Lavastine, Lian, Aubertin, Weissenbach, Couband, Bonjean, F. Bouty, Baillière, Crinon, Vitoux, Bertillon, Toraude, André Choay, Dequidt, Martial, Gardette, Levassort, Chapon, Garrigues, Foveau de Courmelles et tant d'autres confrères que je n'ai pu apercevoir au milieu des 500 convives.

D'excellents toasts furent portés par M. Gassot, au nom du *Concours*, Duchesne au nom de la rédaction. Ils furent acclamés. M. Mirman parla en termes émus du *Concours* et de ses fondateurs et plaça la question des Assurances sociales sur son vrai terrain. M. le doyen Roger parla de l'union qui doit régner entre tous les médecins et il bouscula les barrières que l'on dressa jadis entre les officiels et les praticiens. M. le doyen Euzière, au nom des facultés de province apporta, dans le plus charmant des toasts, ses vœux au *Concours*. Léopold Mayer rappela d'une façon vibrante les liens d'affection qui unissent la presse médicale belge à la nôtre. Le professeur Loeper, aurait voulu parler au nom de l'Association de la presse médicale française fondée jadis par Cézilly. Il fit spirituellement remarquer que M. Mirman, M. Roger, M. Euzière lui avaient successivement enlevé tous les sujets qu'il se proposait de traiter. Il ne lui restait qu'à se taire, c'est ce qu'il fit après avoir salué la mémoire de Cézilly et apporté au *Concours* et à sa rédaction des vœux chaleureux et l'expression de l'estime et de l'affection unanime de tous les journaux de l'Association.

M. Laignel-Lavastine au nom de la Maison du médecin, M. Fumouze au nom de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, le docteur Bellencontre, président de l'A. G., le docteur Cibrie au nom de l'union des Syndicats, le docteur Hartenberg au nom du S. M. S. apportèrent à leur tour à nos confrères du *Concours* l'expression de leur sympathie.

Et comme jamais une réunion du *Concours médical* ne se termine sans qu'on ait enregistré une bonne action, M. Gassot annonça au moment de la séparation qu'il venait de recevoir un don très important pour la création de prêts d'honneur aux déshérités de la profession.

F. L. S.

DIGIBAINE DEGLAUDE
6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 93, p. 1653.

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Dans les Etats de choc, dans la Grippe, la Pneumonie, les Affections aiguës, les Infections ; dans les Cardiopathies,

LA CORAMINE S'IMPOSE

Arme puissante et fidèle, elle combat la Défaillance cardiaque, les Stases pulmonaires, l'Adynamie nerveuse.

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses — Injection indolore vite résorbée

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

AGOMENSINE

Αγογος, qui amène : Εμμηνα, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Aménorrhée, règles rares ou peu abondantes. Troubles consécutifs à la castration ou à la ménopause. Stérilité. Hypoplasie glandulaire.

3 à 9 Comprimés par jour.

SISTOMENSINE

Sistere, arrêter : *Mensis*, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES

INDICATIONS

Règles profuses, trop fréquentes, de trop longue durée. Douleurs dysménorrhéiques. Ménorrhagies essentielles des jeunes filles.

3 à 6 Comprimés par jour.

L'élaboration normale des principes endocriniens se fait suivant une loi harmonique. Les troubles fonctionnels traduisent les écarts de cette harmonie sécrétoire ; la thérapeutique doit tendre alors à la rétablir par l'administration de principes à action DÉFINIE et DIFFÉRENCIÉE.

TRAVAUX, BIBLIOGRAPHIE, ECHANTILLONS

LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

R. C., 10.694, Lyon

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

8, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET

Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin e 10 Juillet 1928)

DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DÉPÔT: LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE. 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS

— TRAITEMENT —

DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE, DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX

PROPHYLAXIE DU CANCER

A. PICARD

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie des AFFECTIONS PULMONAIRES

par la Voie intestinale

(Syndrome entéro-pulmonaire)

Perles glutinisées 6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées

Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications

tous ÉTATS INFECTIEUX

Échantillons et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
PAR LES ANTIGÈNES MÉTHYLIQUES ET LES SELS D'OR (1)

Par M. Charle TOINON,

Chef de clinique médicale thérapeutique à l'Ecole de médecine de Marseille.

LES RÉSULTATS

Cette question primordiale puisqu'elle indique la valeur du médicament est des plus difficiles à apprécier. Il faut d'abord juger avec un recul suffisant pour ne pas mettre sur le compte du médicament des améliorations absolument éphémères. Il faut aussi penser à la possibilité d'améliorations spontanées possibles qui n'ont rien à voir avec l'emploi de la sanocrysine. Il faut enfin trier soigneusement les malades pour savoir quelles variétés anatomo-cliniques sont plus particulièrement influençables par les sels d'or.

L'étude des résultats obtenus doit se décomposer en deux chapitres : une étude analytique où l'action du médicament sur les divers symptômes de la maladie est passée en revue, une étude synthétique où les résultats sont groupés d'une façon globale.

Étude analytique. — I. Action sur la fièvre. — C'est sur elle que la sanocrysine semble agir avec le plus de constance. Les sels d'or agissent surtout sur les fièvres moyennes entre 38°5 et 39 degrés et particulièrement sur celles des poussées évolutives. Les formes hectiques des tuberculoses aiguës et les grands clochers des cachectiques sont beaucoup moins influencés. Les réactions thermiques des insufflations en cas de pneumothorax artificiel, ne le sont pas du tout.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la défervescence n'est jamais brutale, mais que l'amélioration thermique est progressive et se maintient souvent bien au delà de la cessation du traitement.

Aucune comparaison, par conséquent, on le voit, avec l'action aveugle brusque, toujours éphémère, des antithermiques banaux.

Un autre caractère assez constant des sels d'or, c'est de régulariser la courbe, de niveler les écarts entre les températures matinale et vespérale. Nous parlons, bien entendu, de la physionomie générale du tracé, car il peut se produire quelques réactions thermiques en clochers après les injections qui interrompent passagèrement la défervescence.

La diminution de la fièvre s'accompagne de la suppression des sueurs nocturnes, et c'est là encore un résultat des plus appréciables.

En résumé, si nous voulons schématiser le rôle antithermique des sels d'or, nous dirons qu'il est progressif, prolongé et régulateur.

II. Action sur la toux et sur l'expectoration. — Voilà la seconde action importante des sels d'or. L'expectoration est modifiée en quantité et en qualité.

Des malades qui expectoraient 80 à 100 centimètres cubes par jour, n'expectorent plus que 5 à 10 centimètres cubes. Le nombre des crachats peut passer de 80 à 100 par vingt-quatre heures à 3 ou 5. En somme la sanocrysine a tendance à produire le tarissement de l'expectoration.

Cette action quantitative s'accompagne aussi d'une action qualitative. L'expectoration, de purulente, devient muco-purulente puis muqueuse, elle se fluidifie.

Le rôle antisécrétoire des sels d'or est un peu moins fréquent que leur rôle antithermique. Il se manifeste plus lentement, mais, par contre, il est plus général, agissant dans n'importe quelle forme. Toutefois son action s'épuise plus vite, tandis que la température reste normale après une série, il arrive souvent que les sécrétions, qui avaient diminué, augmentent sans arriver toutefois à leur taux initial.

Comme pour la fièvre, l'action est progressive et n'a rien de celle d'un anticatarrhal banal.

Signalons de plus que les sels d'or agissent beaucoup moins sur l'expectoration sanglante que sur l'expectoration purulente; ils n'empêchent pas le retour d'hémoptysies franches.

Il faut noter enfin que la répétition des séries a une action des plus heureuses en complétant l'assèchement de l'expectoration amorcé lors des premières injections.

Quant à la toux, elle diminue en même temps que les crachats d'une façon progressive et durable.

III. Action sur les bacilles. — L'action des sels d'or sur les bacilles est loin d'être aussi marquée que leur action antipyrétique et anticatarrhale. De plus, il faut se rappeler que l'élimination intermittente de bacilles est un fait courant chez les tuberculeux ouverts. Mais on ne peut nier l'action du médicament dans les cas où malgré le repos de longue durée, le nombre de bacilles ne cesse de s'accroître ou bien reste fixe, et ne commence à diminuer qu'après une série d'injections de sels d'or.

Mais ce rôle antimicrobien du médicament reste assez rare, inconstant et souvent passager.

IV. Action sur le poids. — Il y a augmentation de poids dans la moitié des cas, environ 1 à 3 kilogr. par série. Mais les divergences de vue se font sentir quant à la catégorie de malades sur lesquels l'action pondérale des sels d'or s'exerce.

De toute façon, cette action se fait en deux phases. Le plus souvent, il y a au début un amaigrissement notable, souvent important (3 à 18 kilogrammes) suivi en fin de série d'une reprise de poids.

On a signalé cependant dans quelques cas un amaigrissement persistant malgré l'action favorable du traitement.

V. Action sur l'état général. — A part quelques aggravations, l'action favorable se fait souvent sentir dans la moitié des cas. Une euphorie nette, constante, suit l'injection. L'appétit renaît. Insomnie et céphalée, troubles digestifs diminuent ou s'atté-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 92, p. 1633.

nuent, ainsi que l'asthénie. La tension artérielle remonte, la diurèse augmente. Le psychisme enfin se ressent de ces heureuses modifications.

Et pour terminer étudions l'action des sels d'or sur les lésions pulmonaires.

VI. Action sur la dyspnée. — Tout d'abord les signes fonctionnels. Beaucoup de malades voient leur essouflement diminuer. Il n'y a par contre aucun résultat chez les sujets qu'un pneumothorax avait rendu dyspnéiques.

VII. Action sur les signes physiques. — Dans sa statistique Mollard note que sur 400 malades, les signes sthétacoustiques ont été améliorés 175 fois, restèrent stationnaires 203 fois et s'aggravèrent 22 fois. Il y eut donc une amélioration globale de 43,75 p. 100. Les changements s'effectuent surtout sur les bruits adventices. Les râles deviennent moins nombreux, moins humides; les foyers tendent vers une organisation fibreuse.

VIII. Action sur les images radiologiques. — Ici encore les auteurs s'affrontent. Les danois affirment que les sels d'or transforment les aspects radiologiques.

Sergent et son école sont beaucoup plus sceptiques, étant donné la fréquence des nettoyages radiologiques spontanés.

Certaines modifications ne sont cependant pas niables. On constate un épaississement des ombres, signe d'évolution vers une forme fibreuse, ou au contraire un véritable nettoyage du cliché.

Et nous en arrivons maintenant à une *étude synthétique des résultats*.

Quelques chiffres s'imposent :

Statistique de Mollard. — Elle porte sur 400 cas de malades soignés à Hauteville.

L'âge des malades est très variable, allant de quinze à soixante-deux ans. L'ancienneté des lésions aussi puisqu'on trouve tous les intermédiaires entre les formes ayant débuté moins d'un an auparavant jusqu'à celles remontant à plus de dix ans.

Le médicament, qu'il s'agisse de sanocrysine danoise, de thiocrysine des Usines du Rhône, d'allochrysine Lumière ou de chrysalbine Poulenc, a été utilisé dans les formes anatomo-cliniques les plus variées que l'on peut ranger dans les quatre groupes suivants :

1° Tuberculoses pneumoniques ou caséifiantes franchement évolutives	156 cas
2° Tuberculoses fibro-caséeuses faiblement évolutives	161 cas
3° Tuberculoses fibro-caséeuses stabilisées	43 cas
4° Tuberculoses fibreuses inactives	40 cas

La statistique globale de ces 400 cas est la suivante :

1° Cas très améliorés (véritables améliorations lésionnelles)	50 soit	12,5 %
2° Cas améliorés (avec améliorations symptomatiques)	195 soit	48,75 %
3° Cas négatifs	133 soit	33,25 %
4° Cas aggravés	22 soit	5,5 %

Ce qui donne 61,25 p. 100 d'améliorations, 38,75 p. 100 des cas stationnaires ou aggravés, soit schémathiquement *amélioration dans les deux tiers des cas*.

Parmi les cas stationnaires, malades indifférents (133 soit 33,25 p. 100) Mollard note :

48 grands fébriles par septicémie bacillaires ou lésions pulmonaires très étendues. Les fièvres élevées persistantes à type hectique semblent donc le plus souvent rebelles aux sels d'or.

23 tuberculeux fibreux chez lesquels l'action des sels d'or semble aussi très limitée.

15 malades atteints de lésions digestives : cholélithiase, ulcus duodénal, appendicite chronique, troubles dyspeptiques banaux, diarrhée.

Enfin 22 malades, soit 5,5 p. 100 furent aggravés : ou bien les doses furent trop fortes, ou bien les malades étaient trop faibles, atteints de troubles intestinaux graves, de formes malignes évolutives ou de cachexie, ou enfin de formes congestives hémoptoïques.

Léon Bernard et Charles Mayer dans la *Presse médicale* du 29 mai 1929 apportent une statistique de 142 tuberculeux pulmonaires en pleine poussée fébrile et de quelques malades apyrétiques.

Parmi les 142 malades fébriles ils constatent un arrêt de la poussée évolutive dans 43 p. 100 des cas avec toutes les conséquences cliniques de cet arrêt. Quant aux modifications radiologiques, nulles ou minimes pendant le traitement, elles s'accentuent dans un sens favorable, d'une façon parfois considérable, après lui.

Le plus souvent l'évolution se fait vers la sclérose, les ombres deviennent plus marquées et l'étendue des lésions diminue par uue sorte de rétraction progressive de la zone altérée. D'autres fois au contraire les ombres s'estompent comme par un véritable nettoyage.

Parmi les 29 malades apyrétiques, Léon Bernard a noté trois ordres de faits :

1° Des malades classés à leur sortie de l'hôpital comme peu ou pas améliorés par le traitement, reviennent deux à trois ans après, pratiquement guéris, avec disparition des ombres radiologiques;

2° Des malades, malgré les conditions hygiéno-diététiques défectueuses, ont pu continuer leur travail pendant le traitement.

Dans sa monographie intitulée : « Quimioterapia de la tuberculosis », ouvrage de 250 pages en langue espagnole, illustré de très belles radiographies Luis Sayé apporte 210 observations de tuberculeux traités par l'aurothérapie.

Il obtient des résultats heureux dans les deux tiers et même trois quarts des cas.

Voici d'ailleurs sa statistique globale :

Cas négatifs	14	6,66 %	20,94 %
Cas nuls	30	14,28 %	
Cas améliorés légèrt.	30	14,28 %	79,03 %
Cas améliorés notablt.	43	20,47 %	
Cas très améliorés	93	44,28 %	

Soit schématiquement 3/4 *des cas améliorés*.

A la Société médicale des hôpitaux de Lyon, séance du 19 février 1929, Cordier, Gaillard et Carle

apportent une statistique de 110 cas échelonnés de 1925 à 1929 traités par la thiochrynine des Usines du Rhône.

Leurs résultats sont les suivants :

Pour les malades soignés plus d'un an, 43 p. 100 de cas vraiment favorables.

Pour ceux soignés plus de deux ans, 30 p. 100.

Pour ceux soignés plus de trois ans, 32 p. 100, chiffre intéressant à côté de ceux fournis après traitement au sanatorium pour la même durée de temps (18 à 20 p. 100 d'amélioration seulement).

Maurice Villaret et Roger Even ont traités 41 malades parmi lesquels :

- 1 pneumonique caséeux,
- 2 broncho-pneumoniques,
- 27 ulcéro-caséeux,
- 11 fibreux ou fibro-caséeux.

Sur ces 41 malades : 9 sont morts avant la fin du traitement sans que la sanocrysine puisse être incriminée.

21 malades n'ont été influencés ni dans un sens ni dans l'autre.

10 malades ont profité nettement du traitement.

En résumé sur 41 malades traités :

- 9 améliorations sensibles.
- 1 amélioration considérable.

Soit *résultat favorable dans 1/4 des cas*, ce qui est identique aux premiers résultats publiés par Villaret et Even, dans le *Paris médical* de 1927, numéro consacré à la tuberculose, où sur 15 malades, ils comptaient 4 améliorations.

Statistique, nous le voyons, moins favorable que celles de Mollard et de Sayé.

Enfin, dans une statistique de 19 cas qui a paru dans le *Sud médical et chirurgical* de septembre 1929 numéro consacré à la tuberculose, M. Olmer apporte les résultats suivants :

Dans 9 cas de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, uni ou bilatérale : résultat nul, aucune amélioration de l'état général ni local.

Dans 9 cas de tuberculose pulmonaire avec ramollissement uni ou bilatéral et 1 cas de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, soit 10 cas, amélioration caractérisée par un abaissement de la température, une diminution de l'expectoration avec parfois disparition des crachats, une amélioration de l'état général.

En somme, *résultats favorables dans la moitié des cas*.

Le professeur Olmer ajoute 5 cas d'épanchements séro-fibrineux ou purulents traités par l'aurothérapie intrapleurale avec 3 cas nuls et 2 cas favorables.

Nous en arrivons maintenant aux

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Ces différentes statistiques sont du plus haut intérêt car si elles nous donnent une idée d'ensemble de ce que l'on peut attendre des sels d'or, elles nous permettent d'utiliser ces derniers à bon escient par la connaissance des cas dans lesquels il faut employer le médicament ou l'éviter.

Ici encore, disons-le tout de suite, l'accord complet n'est pas fait. Il semble cependant que les données fournies par l'âge des malades, des lésions, la forme anatomo-clinique et l'état évolutif permettent d'adopter les conclusions suivantes.

INDICATIONS. — Les sels d'or agissent en modérateurs sur la marche de la tuberculose.

1° Tous les malades *subfébriles* chez lesquels la cure hygiéno-diététique n'aura pas donné des résultats satisfaisants, bénéficieront au premier chef de la cure aurique.

2° Cette dernière sera indiquée aussi dans les tuberculoses *fibro-caséeuses stabilisées* avec température à peu près normale mais dont l'état général reste médiocre et qui présentent des signes physiques et fonctionnels persistants, rebelles.

3° Les sels d'or peuvent agir contre les troubles généraux toxiques dans les *tuberculoses fibreuses inactives*. Mais leur succès est moins constant.

4° Ils sont indiqués dans les formes *ganglionnaires*, les *granulies froides chroniques et les pleurésies traînantes*, surtout chez ces dernières lorsque la persistance de la fièvre est liée à des lésions parenchymateuses sous-jacentes.

5° Ils diminuent parfois la durée des *poussées évolutives* des tuberculeux chroniques bien que ce ne soit pas là leur indication de choix, dit Mollard. Ils triomphent, au contraire, dans les poussées évolutives, affirment Léon Bernard et Mayer.

6° Enfin, beaucoup plus rarement, on peut les utiliser en cas de tuberculose fébrile prolongée, mais à condition que le malade ait un état général assez résistant et une fièvre modérée. De plus, sans attendre grand succès dans ces cas-là, et à condition d'interrompre le traitement à la moindre alerte.

Les sels d'or peuvent aussi être associés à d'autres thérapeutiques, notamment les thérapeutiques chirurgicales.

1° Ils semblent augmenter très nettement l'action favorable du pneumothorax artificiel. On peut les employer dans diverses circonstances. En cas de signes pulmonaires bilatéraux, mais très légers d'un côté, les sels d'or peuvent servir à effacer ces lésions discrètes et permettre ainsi une collapsothérapie ultérieure.

Au cours d'un traitement par le pneumothorax, on peut les employer à renforcer l'action de ce dernier, insuffisant pour supprimer fièvre et expectoration, ou encore en cas de poussée évolutive dans le poumon opposé, ou enfin pour atténuer les phénomènes infectieux en cas de pleurésie consécutive au pneumothorax artificiel. Nous savons d'ailleurs que Kindberg, Villaret et Even ont employé avec succès les injections intrapleurales de sanocrysine dans le traitement des pyothorax.

Après un pneumothorax artificiel enfin, la sanocrysine peut encore être utile en cas d'adhérences ou de symphyse.

2° Les sels d'or ont été encore associés aux traitements chirurgicaux proprement dits, thoracoplastie et phrénicectomie, quand ces différentes interventions n'ont pas jugulé suffisamment le processus évolutif. Ce traitement mixte a donné dans quelques cas de bons résultats.

CONTRE-INDICATIONS. — Avec Dumarest, nous considérons comme des contre-indications relatives :

Une laryngite ulcéreuse avec atteinte grave de l'état général,

La trop grande diffusion des lésions locales,

L'existence de troubles digestifs légers mais tenaces,

Une sensibilité thermique exagérée aux faibles doses de début.

Il existe aussi des contre-indications absolues :

Pour pouvoir supporter les sels d'or, nous le savons, le malade doit réaliser trois conditions, présenter des voies d'éliminations intactes, une résistance pulmonaire suffisante et un organisme susceptible de réagir, non intoxiqué.

C'est dire que parmi ces contre-indications il faudra ranger :

Les lésions intestinales, hépatiques, rénales d'une part,

Les tuberculoses aiguës ou congestives d'autre part,

La cachexie enfin.

Toute lésion intestinale ou hépatique avérée, appendicite chronique entéro-colite, dysenterie, entérite bacillaire, constituent un danger de mort.

L'albuminurie avant le traitement, même à des doses infinitésimales, est une contre-indication formelle. Sayé et Mollard ont bien traité sans danger des malades albuminuriques. mais c'est l'exception et la prudence commande de s'abstenir.

Les formes congestives hémoptoïques, les tuberculoses granuliques aiguës, les septicémies bacillaires, la cachexie enfin, constituent des contre-indications formelles.

MODE D'ACTION

Nous serons brefs sur ce chapitre car la question n'est pas résolue. Des hypothèses seulement ont été émises. D'ailleurs n'en est-il pas souvent ainsi quand il s'agit de pathogénie?

Comme l'a dit Anatole France « il ne faut pas oublier que l'observation du savant s'arrête à l'apparence et au phénomène sans jamais pouvoir pénétrer la substance ni rien savoir de la véritable nature des choses ».

I. Le rôle bactéricide des sels d'or a été soutenu par Mollgaard. La sanocrysine, disait-il, a le pouvoir d'empêcher le développement des bactéries et même de les tuer.

Mais, ce n'était là que conclusion provisoire. En effet, des recherches ultérieures furent beaucoup moins convaincantes. Les expérimentateurs virent que le développement des colonies n'était pas toujours entravé *in vitro* par la sanocrysine, que des doses beaucoup plus fortes étaient nécessaires suivant la race de bacilles,

Madsen, Arloing et Thévenot, Calmette, Boquet et Nègre, démontrèrent la variabilité des résultats obtenus. A. Lumière, de son côté, prouve que la combinaison hyposulfite et or affaiblit considérablement le pouvoir microbicide de l'or.

Et la conclusion qui se dégage de ces travaux, c'est que le pouvoir inhibiteur des sels d'or sur le développement des cultures existe, mais qu'il est d'intensité très variable, parfois nul. Quant à la destruction directe du bacille adulte, les résultats sont contradictoires, la plupart même négatifs.

II. Une autre théorie fut proposée par Heubner, en 1907. D'après lui, les métaux lourds en pénétrant dans l'organisme provoqueraient une rupture des capillaires viscéraux, et les lésions seraient ainsi isolées, privées de vitalité.

Cette hypothèse d'Heubner, vraie pour plusieurs métaux lourds, ne l'est pas pour l'or qui ne réalise jamais la destruction toxique, isolante, décrite par cet auteur.

III. Une troisième théorie enfin fut formulée par Ostwald et Schade et appliquée aux sels d'or par Feldt. Elle est basée sur le rôle des catalyseurs, des diastases, en biologie. L'or, véritable diastase métallique, accélérerait la désintégration des albumines pathologiques et faciliterait la bactériolyse.

Jessen, de Davos, l'Ecole argentine avec Alfaro et Vaccarezza, Robellos ont fourni des arguments qui plaident en faveur de cette théorie.

IV. On sait enfin que l'or ne possède lui seul aucun pouvoir thérapeutique et qu'il n'agit qu'incorporé dans un radical soufré. Or, le soufre a plusieurs actions sur l'appareil respiratoire :

1° Une action antiseptique, en luttant contre la multiplication des microbes.

2° Une action sécrétoire en augmentant d'abord les sécrétions, en les clarifiant puis en les tarissant, en contribuant à l'élaboration de la mucine qui déterge les muqueuses et entraîne les bactéries.

3° Un rôle excito-moteur sur les fibres musculaires lisses.

4° Un rôle vaso-moteur avec congestion de la muqueuse.

5° Un rôle sur le rythme respiratoire qu'il ralentit et dont il augmente l'amplitude, après une courte période de dyspnée.

Toutes ces propriétés du soufre montrent que non seulement le radical soufré est nécessaire mais qu'il n'est pas étranger à l'effet des sels d'or.

Or, le soufre seul n'est pas actif dans la tuberculose et peut être dangereux. Il semble donc que l'association soufre et or soit indispensable, la molécule thérapeutique ne pouvant être dissociée.

« Le soufre agirait par son pouvoir antiseptique qui cautériserait les muqueuses et lutterait contre la flore associée. Son rôle essentiel serait de provoquer une hyperémie transitoire, une congestion propice à l'action de l'or. Celui-ci, non bactéricide, jouerait le rôle de diastase métallique ».

Il s'agirait en un mot d'une véritable association chimique et physiologique.

VUE D'ENSEMBLE

Nous venons d'étudier successivement le rôle des antigènes méthyliques et celui des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Les uns et les autres ont des indications bien différentes. Tandis que l'antigène s'adresse aux cas de

tuberculose froide sans fièvre, ou avec fièvre très peu élevée, à évolution lente, les sels d'or sont indiqués dans les tuberculoses progressives, évolutives, fébriles, à condition que l'organisme ne soit pas trop intoxiqué et ne présente pas de tare viscérale importante.

Est-ce à dire qu'avec ces deux médicaments on va guérir la tuberculose pulmonaire ? Il ne le semble pas. Mais tous deux ont fait maintenant leurs preuves. Il ne faut se ranger ni du côté des admirateurs enthousiastes ni de celui des détracteurs acharnés. Ces médicaments ne méritent pas plus une confiance sans limite qu'un mépris systématique.

Sans doute, dans la clientèle pauvre, dans le milieu hospitalier, les insuccès seront plus fréquents, car il est difficile à des pauvres de se soumettre à des traitements qui demandent une surveillance aussi précise, une durée aussi longue. Mais on obtiendra tout de même des résultats heureux comme en témoignent les statistiques que je vous ai communiquées.

Les succès seront sans doute plus nombreux pour les malades de sanatoriums et pour les tuberculeux aisés qui peuvent faire les frais d'une cure libre.

Il importe donc d'avoir confiance dans ces méthodes, de ne pas leur demander plus qu'elles ne peuvent donner et surtout de les employer à bon escient.

Malades et médecins devront se rappeler cet adage de Grancher :

« Pour guérir de la tuberculose, il faut le vouloir, le bien vouloir, le vouloir longtemps ».

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie de l'antigénothérapie et surtout de l'aurothérapie est si importante à l'heure actuelle que nous ne pouvons la détailler ici.

Nous renvoyons le lecteur aux trois ouvrages suivants dans lesquels ils trouveront tous les renseignements utiles :

A. Boquet et L. Nègre. *Antigénothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques de bacilles de Koch*, 1927, Masson, éditeur.

Luis Sayé. *Quimioterapia de la tuberculosis*, Seix et Barral, Herms, S. A. Barcelone, 1927 (monographie très complète).

Henri Mollard. *Les Sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, 1929, Baillière et fils, éditeurs.

XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Montpellier, 15-17 octobre 1929 (1)

III. Traitements médicamenteux, physiothérapique, climatique et hydrologique des syndromes anémiques.

Rapport de M. J. Carles (de Bordeaux).

Le rapporteur rappelle les objectifs que se propose la thérapeutique des syndromes anémiques, le traitement étiologique mis à part : fournir à l'organisme les matériaux nécessaires à la régénération globulaire, activer les centres de l'hématopoïèse, modifier la tension osmotique et la teneur en matières protéiques du plasma ; parfois corriger l'insuffisance ou le dysfonctionnement du foie, de la rate, de tous les organes destructeurs des vieux globules autant que régénérateurs de nouveaux.

I. Traitement médicamenteux. — Le fer constitue le médicament classique ; médicament de choix dans la *chlorose*, il donne encore des résultats particulièrement heureux dans l'*anémie saturnine*, les *règles trop abondantes* des jeunes filles et les *épistaxis* répétées des anémiques, les *anémies hémolytiques* et l'*anémie ferriprive du nourrisson*. Il faut se rappeler que certains sujets ne le supportent pas, qu'il fatigue l'estomac et détermine de la constipation, et qu'il réveille souvent la diathèse tuberculeuse. Il agit comme un ferment, stimule les oxydations, active la combustion des hydrates de carbone et rend par suite la nutrition plus parfaite. Le rapporteur rappelle les principales *préparations ferrugineuses* (alimentaires, formes médicamenteuses insolubles ou solubles) que l'on peut utiliser tout en insistant sur l'*administration prolongée de doses faibles* (Hayem) qui lui paraît préférable aux doses élevées qui aboutissent vite à l'intolérance gastro-intestinale.

L'arsenic est plus particulièrement à employer dans les *anémies moyennes* d'origine *tuberculeuse*, ou consécutives à une *infection générale*, une *mauvaise hygiène* ou des *troubles digestifs*, d'origine *palustre* ou *syphilitiques* ; il a pu donner d'importantes *rémissions dans les anémies pernicieuses*. On le donne sous forme de *composés minéraux ou organiques*. Mais, dans ce traitement des anémies, il semble que l'arsenic dissimulé sous forme organique ait perdu ses propriétés pharmacodynamiques en même temps que sa toxicité. Les formes anciennes, *minérales à doses faibles et réfractaires*, avec suspension d'autant plus longue que l'usage en est déjà plus ancien — seraient donc peut-être les préparations qu'il conviendrait le plus souvent de choisir.

L'oxygène est un agent de reconstitution puissant au cours de *toutes les anémies*. La vie au grand air pur réalise une oxygénothérapie naturelle utile aux anémiques. Les inhalations, ou mieux les injections sous-cutanées d'oxygène peuvent être utilisées.

Le rapporteur étudie encore le **manganèse**, la **cholestérine** (surtout dans les ictères hémolytiques), les **lécithines**, le **vanadium** (qui présente l'inconvénient d'être très toxique), **l'acide chlorydrique**, le **citrate de soude** en injections intraveineuses à 30/100, la **glycérine**, le **mercurochrome** (en injections intraveineuses qui déterminent du reste des réactions violentes).

II. Le traitement physiothérapique comporte l'emploi de la **radiothérapie**, du **radium**, du **thorium** et des **rayons ultra-violets**. De l'exposé que fait le rapporteur, on peut conclure : « Pour combattre l'anémie des rachitiques, l'anémie post-hémorragique, l'anémie des convalescents..., des syndromes endocriniens, l'anémie de la tuberculose chirurgicale, les rayons ultra-violets sont à préférer. Les anémies néoplasiques, celles du paludisme et de la tuberculose médicale sont plutôt justiciables des rayons X. Quant aux anémies cryptogénétiques (type pernicieux), elles paraissent bénéficier surtout de la petite curiethérapie (radium ou thorium X) associée ou non aux rayons ultra-violets. Mais quel que soit le moyen physiothérapique employé, on se rappellera que *de faibles doses sont à employer*. Elles seules sont excitatrices des organes hématopoïétiques et capables d'améliorer l'état du sang. Les doses fortes, ou ce qui aboutit au même résultat des séances ou des doses trop répétées sont destructrices, donc des plus dangereuses... Tout traitement physiothérapique doit être *contrôlé par l'examen systématique et répété du sang*. Lui seul permet de redresser en cours de traitement

(1) *Association de la Presse médicale française.*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 87, p. 1541, et n° 92, p. 1646.

une erreur de technique et de formuler assez rapidement un pronostic. »

III. **Les traitements hydrologiques** agissent soit en stimulant l'hématopoièse, soit en fournissant à l'organisme les éléments salins et minéraux qui lui manquent pour faire de nouveaux globules rouges : fer, soufre, arsenic, chlorure de sodium si utile pour corriger la déperdition plasmatique. Les eaux minérales radio-actives et « vivantes » agissent avec des doses de « médicament » absorbées au cours de la cure souvent très faibles. D'où la nécessité de la cure thermale *à la source même.* Enfin les conditions de confort, d'aération, d'insolation, d'altitude agissent aux stations hydro-minérales où l'on peut envoyer les anémiques, en se basant sur le terrain sur lequel l'anémie évolue, stations dont le rapporteur donne la longue énumération.

IV. **L'altitude et les climats** constituent des moyens d'action très puissants et très efficaces. Les **climats de haute altitude** sont particulièrement actifs, convenant surtout aux cas de chlorose, d'anémie post-infectieuse et prétuberculeuse ou palustres. Les climats de **moyenne altitude** (800 et 500 mètres) ont une action plus tonique qu'excitante. Ils ne comportent guère de contre-indication. Les **climats marins** stimulants et excitants provoquent une rénovation moléculaire générale avec augmentation des globules rouges et de l'hémoglobine. Tous les anémiques capables de réagir fortement et sainement en retireront de grands avantages. Tous les excitables, fébricitants, cachectiques, cardiopathes, tous les tuberculeux, tous ceux qui s'usent, qui dépensent plus qu'ils s'assimilent devront en être écartés.

DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS SUR LES ANÉMIES

Discussion.

Ont pris part à la discussion des rapports sur la thérapeutique des syndromes anémiques :

MM. Syllaba et Jedlicka (de Prague). [Classification et traitement], Feuillié (de Paris), Holmgren (de Stockholm), J. Chalier (de Lyon), Roch (de Genève).

Le traitement hépatique. Preuve nouvelle de l'indépendance et de l'unité pathogénique de l'anémie pernicieuse. — MM. Lad. Syllaba et Vlad. Jedlicka (de Prague).

Le traitement des syndromes anémiques. — M. Émile Feuillié vient ajouter au premier rapport le résumé d'un article tout récent de Castle et Bowie donnant la technique de la préparation à domicile d'un extrait de foie. Une demi-livre de pulpe obtenue avec un hachoir de cuisine est mise à macérer à la glacière pendant douze heures avec 400 centimètres cubes d'eau. A l'aide d'une passoire très fine on sépare un liquide rougeâtre qui est porté à l'ébullition pendant un très court instant et refroidi ensuite rapidement dans un courant d'eau. Passer et presser sur un linge fin. Cet extrait a l'avantage d'être beaucoup moins coûteux que les produits commerciaux.

Feuillié présente ensuite les déductions thérapeutiques de sa conception de l'hématopoièse. La moelle osseuse et les centres clairs du tissu lymphoïde ne sont pas des organes hématopoiétiques. En hématologie classique, ce sont des hospices et des cimetières qu'on a pris pour des maternités. La vraie cellule embryonnaire est le lymphocyte issu du tissu conjonctif disséminé; c'est le lymphocyte qui se transforme en lymphoblaste, myéloblastes, plasmocytes, polynucléaires, globules rouges. Les prétendus myélocytes du sang des anémies ont d'ordinaire pour origine des pulynucléaires malades ayant fait retour à l'état mono.

La formule leucopathique est indispensable : elle montre l'association ordinaire de leucopathie et d'érythropathie. Une même nocivité a lésé simultanément les globules rouges et les globules blancs. Il s'agit d'anémo-leucopathies ou de leucopathies anémiques, suivant la prédominance au moins momentanée de l'anémie ou de la leucopathie.

L'opothérapie hépatique semble agir comme régulateur lympho-conjonctif, améliorant en même temps l'anémie et les signes leucopatiques. Feuillié propose d'adjoindre au traitement sa thérapeutique autophylactique à base de nickel, vanadium, or, mercure, phénols et surtout bismuth au milligramme pour chercher à délivrer les malades de l'opothérapie hépatique en les guérissant définitivement.

M. J. Chalier (de Lyon) estime que les médications classiques fer, arsenic, oxygène, ne doivent pas être abandonnées; il repousse la radiothérapie si ce n'est dans les anémies des leucémiques. Le thorium, sous la forme d'émanations, lui paraît très utile non seulement dans ces anémies, mais aussi dans les anémies graves ou pernicieuses, si souvent non influencées par les transfusions. Il rappelle l'heureux effet, qu'il a démontré à maintes reprises, du sérum humain, et spécialement maternel, dans l'hémophilie familiale. L'hépatothérapie est sans doute le meilleur traitement actuel des anémies graves et pernicieuses; elle agit même dans l'anémie des azotémiques; il ne lui a reconnu aucune action dans les scléroses combinées de la moelle au cours de l'anémie pernicieuse. La médication par le foie intervient sans doute à titre d'excitant puissant de l'hématopoièse, mais il paraît impossible de ne pas admettre qu'elle ait un rôle anti-hémolytique.

M. Roch croît qu'il ne faut pas négliger les traitements de l'anémie autre que l'hépatothérapie. Il cite des exemples où les arsénicaux organiques, les injections de thorium, le sérum de cheval, le protoxalate de fer ont donné de très beaux résultats. La différence des résultats obtenus par les diverses thérapeutiques tient sans doute aux diverses modalités pathogéniques.

Par ailleurs, il ne faut pas exagérer le danger du fer chez les tuberculeux, le fer manié avec prudence, peut avoir d'heureux effets.

M. Lereboullet s'associe aux idées exprimées par les rapporteurs et notamment par M. Lambin. Il rappelle que, dans les anémies de la première enfance, le traitement, s'il doit être surtout étiologique, doit aussi viser les facteurs plus immédiats comme la carence en fer et l'altération des organes hématopoiétiques. Si on doit souvent, dans certaines anémies communes de l'enfance traiter soit l'hérédosyphilis causale, soit les troubles digestifs, le traitement ferrugineux associé est presque toujours utile et l'hépatothérapie constitue actuellement, quelles que soient les difficultés de son application au nourrisson, une ressource certaine. Elle a donné récemment à l'auteur deux beaux et rapides succès dans des cas d'anémie splénique du nourrisson à type Von Jacksch-Luzet. Mais il est des cas où tous les traitements, y compris la transfusion, sont destinés à échouer, si l'anémie est aplastique. Quelqu'exceptionnel que soit ce type chez le nourrisson, M. Lereboullet en a suivi un cas très net avec M. Lelong chez un bébé hérédosyphilitique et atteint de troubles intestinaux tenaces. Dans ce cas, ni les traitements étiologiques, ni le fer, ni l'hépatothérapie n'eurent d'effet durable; celle-ci toutefois releva temporairement l'appétit. Huit transfusions successives de sang maternel, si elles s'accompagnèrent d'un relèvement du chiffre des globules, n'eurent aucun effet favorable sur l'évolution de cette anémie qui fut progressive et semblent n'avoir agi qu'à titre substitutif par la masse de sang versée dans la circulation. Dans ce cas, à l'inverse des précédents, il n'y eut à aucun moment d'hématies nucléées dans le sang et le caractère aplastique de cette anémie explique l'échec de toutes les thérapeutiques.

M. Marcel Labbé croit que lorsque l'hépatothérapie échoue c'est à cause d'une mauvaise administration du foie; il est

très important d'apprendre à le donner sous une forme facilement tolérable.

La transfusion ne lui a jamais donné de résultats bien heureux dans l'anémie pernicieuse.

Il a vu deux rémissions très importantes survenir l'une après une pneumonie, l'autre après une infection grave.

Dans un cas l'extrait de foie a fait rétrocéder l'anémie et l'azotémie. Dans un autre cas de néphrite urémigène avec grosse azotémie il a complètement échoué.

En ce qui concerne la pathogénie des anémies pernicieuses l'auteur croit qu'elles relèvent plutôt de destruction sanguine plus que d'insuffisance de l'hématopoïèse. Anatomiquement en effet la moelle s'y montre en pleine activité de régénération.

Communications.

Un cas d'anémie rebelle traité par la méthode de Whipple. Résultats. Incidents. Accidents. — M. Fernand Arloing (de Lyon) rapporte l'histoire d'un cas d'anémie secondaire rebelle traité par la méthode de Whipple. Dans ce cas, l'ingestion de foie de veau a donné ses résultats habituels satisfaisants sur l'état sanguin. Le nombre des globules rouges est passé de 2.500.000 à 4.300.000 avec hyperplaquettose, les leucocytes ont diminué de 14.000 à 5.000 avec retour à une formule qualitative normale, et, fait remarquable, malgré les interruptions de la cure, la valeur globulaire partie de 0,65 s'est maintenue à 1,20 en moyenne.

Toutefois, l'ingestion de foie de veau cru a provoqué des accidents à type goutteux (déterminations articulaires, péri-articulaires, œdème typique, fluxions sur le tissu cellulaire péri-veineux) en raison du terrain arthritique à foie défaillant présenté par le sujet. Au cours de trois cures fractionnées de Whipple, la susceptibilté au foie a passé d'une moyenne de 200 grammes par jour pendant sept semaines à 125 grammes pendant dix-sept jours et à 58 grammes pendant quinze jours.

En même temps apparaissait chez la malade une sensibilité anaphylactique d'origine entérale qui, lors de l'ingestion de viande ou de rognons de veau amena des phénomènes de choc s'accompagnant du retour des accidents locaux déjà décrits. L'ensemble de ces manifestations d'une double origine aboutit même à des manifestations d'allure phlébitique localisées au membre inférieur gauche.

Le traitement des anémies des tuberculeux par les extraits hépatiques. — MM. Ch. Garin, J. Boucomont, Mlle Rougier et M. Crevat (de Lyon). Les auteurs ont donné à des tuberculeux des cachets d'extraits hépatiques équivalants à 200 grammes de foie par jour pendant quinze jours; ils ont constaté une augmentation du nombre des hématies dans 75 p. 100 des cas, augmentation qui oscille entre 1 et 3 millions. L'augmentation de l'hémoglobine s'est produite dans 56 p. 100 des cas et elle a été de 25 p. 100 en moyenne. L'amélioration s'est maintenue quinze jours et même un mois après la fin du traitement. Aucune action sur le poids et les lésions pulmonaires n'a été constatée.

Traitement des états hémorragiques par l'injection intraveineuse de solutions glucosées hypertoniques. — M. Langeron et Mlle Pernet (de Lille).

La cure hydrominérale à Orezza (Corse) pour le traitement des syndromes anémiques. — M. Casabianca (Hyères).

Effet favorable de la ligature de l'artère splénique sur l'évolution de l'anémie grave d'un ictère hémolytique. — MM. d'Œlsnitz et Prat (de Nice) rapportent l'histoire clinique d'un jeune enfant atteint d'ictère hémolytique avec splénomégalie et état général très grave. On pratiqua la ligature de l'artère splénique, beaucoup moins choquante que la splénectomie. Sous cette influence la rate se rétracte rapidement, les poussées d'ictère furent radicalement supprimées et le chiffre des hématies s'accrut jusqu'à 3 millions. Neuf mois après l'intervention, une anémie moyenne persiste encore qui s'améliore lentement par les traitements usuels, mais la résistance globulaire est sensiblement normale, l'ictère n'a pas reparu et la diminution du volume de la rate s'est maintenue. Il est encore impossible de dire si ce résultat sera définitif ou si, au contraire, l'on sera amené à faire une splénectomie secondaire. Mais il reste acquis que la ligature de l'artère splénique a sauvé ce malade d'accidents menaçants, alors que toute intervention plus importante était irréalisable.

Echec du traitement hépatique chez deux malades présentant un syndrome anémique grave. — MM. Vedel, Vidal et Gondard rapportent deux observations d'anémie splénique secondairement associée dans un cas à une leucémie lymphoïde. Ils ont enregistré un double échec du traitement hépatique; son inefficacité totale ne peut être expliquée par une indication thérapeutique mal posée; les auteurs rappellent en effet plusieurs exemples d'anémies spléniques améliorées ou guéries par la méthode de Whipple; par contre, des anémies du type Biermer, qui sont considérées comme l'indication de choix de la méthode, se sont montrées dans plusieurs cas rebelles à ce mode de traitement. Il est à noter que l'échec constaté est indépendant de la modalité adoptée dans l'administration thérapeutique du foie (foie en nature ou extraits hépatiques). Les auteurs insistent sur le fait que ces insuccès, qui demeurent peu fréquents, ne sauraient amoindrir la valeur d'une méthode qui leur a donné, par ailleurs, de remarquables résultats.

A propos du traitement de l'anémie pernicieuse. — M. De Bersagues (de Gand). L'hépatothérapie ne donne que des résultats décevants dans les anémies secondaires. Elle échoue généralement sur l'achlorhydrie et les troubles nerveux. Le tétrophan peut améliorer ces derniers. Le foie doit être administré longtemps pour éviter les rechutes. Un contrôle biologique sévère des extraits hépatiques s'impose. L'auteur croit à une intoxication d'origine intestinale à l'origine de l'anémie pernicieuse.

Les bases physiologiques de l'opothérapie splénique. — MM. C. Soula et J. Tapie (de Toulouse) indiquent que l'effet des préparations de rate étudiées par eux se traduit par une augmentation des globules rouges, une leucocytose monocytaire et des contractions spléniques. Ces effets semblent relever d'une excitation de l'appareil réticulo-endothélial. Les auteurs ont entrepris des recherches qui permettraient de situer le principe actif dans la fraction des insaponifiables X.

Eosinophilie au cours du traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple. — M. Ch. Aubertin et Jean Lereboullet rapportent le cas d'un malade atteint d'anémie grave et traité avec succès d'ailleurs, par la méthode de Whipple, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, chez lequel, au bout de cinq semaines, on vit apparaître une éosinophilie importante atteignant jusqu'à 31 p. 100 comme pourcentage et 3. 400 conme chiffre absolu. Aucune parasitose n'expliquait ce phénomène qui semble avoir eu pour seule cause la cure par le foie. Une telle éosinophilie n'est pas exceptionnelle et plusieurs cas en ont déjà été publiés; elle semble être un élément de pronostic favorable. Au point de vue du mécanisme de l'amélioration sanguine par le foie, l'existence de cette éosinophilie, jointe à la leucocytose et à la neutrophilie qui l'accompagnent, semble en faveur d'une régénération par une poussée médullaire analogue à celles que provoquent d'autres moyens thérapeutiques.

Recherches sur un extrait hépatique sec hydrosoluble dans le traitement des anémies. — MM. L. Mallet, R. Cliquet, Moreno (de Paris). En vue de remédier aux inconvénients du régime par le foie de veau dans le traitement de l'anémie. Les auteurs ont préparé et étudié un extrait sec hydrosoluble évitant les altérations souvent rapides des

extraits liquides et d'une constance rigoureusement étalonnée à l'aide d'un test physiologique. Les auteurs indiquent le mode de préparation de l'extrait ainsi que sa composition chimique. Ils terminent par des faits expérimentaux qui montrent la constance du produit et qui peut être résumé comme suit :

10 centigrammes d'extrait par kilo et par jour assurent une régénération d'environ 200.000 globules rouges dans les anémies secondaires, 20 centigrammes d'extrait par kilo et par jour dans les anémies graves et pernicieuses assurent une régénération analogue.

M. CHEVALLIER rappelle que les résultats de l'hépatothérapie sont tout à différents suivant les variétés étiologiques et pathogéniques des anémies : dans les anémies secondaires elle reste à peu près sans effet; le résultat est nul dans les anémies aplastiques; dans l'anémie pernicieuse il est au contraire brillant. Mais il ne représente qu'une médication substitutive et pas davantage, son mode d'action nous restant tout à fait inconnu.

(*A suivre.*) A. PUECH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1929)

Thymus et croissance. — M. A. BABÈS expose le résultat d'expériences sur le lapin d'où il résulte que l'atrophie du thymus provoque un arrêt de la croissance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1929)

Utilisation du singe pour la préparation du sérum. — M. A. PETTIT. L'utilité du sérum antipoliomyélitique ou antiparalytique infantile semble établie, tout au moins si l'on en juge par les demandes reçues depuis quatre mois des pays les plus divers d'Europe et d'Amérique.

Jusqu'à présent, le sérum était préparé au moyen de chevaux; aujourd'hui, l'auteur montre qu'on peut préparer du sérum antipoliomyélitique avec le singe; le pouvoir neutralisant du virus et l'activité thérapeutique sont plus élevés qu'avec le sérum fourni par le cheval.

La préparation du sérum au moyen du singe ne présenterait que des inconvénients purement matériels : elle est très onéreuse; le maniement de gros singes est laborieux et même dangereux; leur entretien est difficile et coûteux; des installations appropriées sont nécessaires.

Cette méthode est d'ailleurs applicable à diverses maladies infectieuses du système nerveux à virus inconnu.

Les pèlerinages musulmans. — M. VAQUEZ, rapporteur de la Commission nommée pour étudier les vœux présentés par M. Dinguizli (séance du 1er octobre, voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 80, p. 1421) au sujet de l'hygiène des pèlerinages musulmans, propose à l'Académie de voter ces vœux.

L'Académie les adopte.

Hygiène publique. — Une discussion importante s'est élevée au sujet de la lecture du rapport présenté par M. BEZANÇON au nom de la Commission des épidémies. Le rapporteur constate qu'il y a encore beaucoup à faire pour que l'hygiène publique en France soit autre chose qu'une simple façade. Il existe certains départements organisés d'une façon satisfaisante ou remarquable, il en est d'autres où l'hygiène publique n'est pas assurée.

M. HAYEM joint sa protestation à celle du rapporteur.

M. STRAUSS est plus optimiste.

M. Léon BERNARD montre combien est imparfaite la législation qui attribue aux maires tous les pouvoirs en matière d'hygiène; il rend hommage à M. Strauss qui a fait voter la loi de 1902 et déposé en 1903 un projet de révision qui dort toujours.

Enfin, après une nouvelle intervention de M. Bezançon, de M. Chauffard et de M. Vallée, l'Académie vote à l'unanimité le vœu suivant présenté par M. Léon Bernard :

« L'Académie émet le vœu que vienne le plus rapidement possible en discussion devant le Parlement le projet de révision de la loi de 1902, déposé depuis plusieurs années, la refonte de cette loi étant la première étape nécessaire de la réforme des institutions d'hygiène publique qui importe au premier chef à la santé, à la prospérité et à l'avenir du pays. »

Le diplôme de chirurgiens. — M. ROUVILLOIS apporte, au nom de la Commission spéciale, un rapport qui consiste dans la reproduction de l'exposé fait à cette commission par M. Quénu.

En voici un extrait :

. . . .

« Il est admissible que les soins immédiats aux accidentés, les fractures fermées, les luxations, l'ouverture des abcès et des panaris n'exigent pas de diplôme spécial; mais celui-ci devient nécessaire pour toute intervention où l'insuffisance de la technique peut amener des complications graves ou la mort.

A l'époque de l'automobile et du téléphone, on ne peut guère discuter l'avantage qu'il y a à attendre cinq à six heures les soins d'un chirurgien de métier plutôt que de se confier à un incompétent.

Il est facile d'adopter les usages traditionnels et de consacrer chirurgiens ceux qui auront, après leur doctorat, passé plusieurs années avec des fonctions et des responsabilités dans un service de chirurgie, en aidant le chef de service à opérer, en opérant sous son contrôle ou celui d'un de ses assistants. Un jury délivrera ce diplôme après vérification des stages, des notes obtenues, etc., sans thèse de chirurgie obligatoire. En cas d'intervention grave faite par un non diplômé seule une commission de techniciens aurait le droit d'estimer s'il y eu ou non faute commise à être intervenu... »

La commission propose le vœu suivant :

« Les grandes opérations afférentes à la chirurgie et aux spécialités chirurgicales ne pourront être pratiquées que par des docteurs en médecine ayant obtenu, après des études garantissant leurs connaissances techniques, un diplôme ou un certificat spécial.

La discussion est renvoyée à quinzaine.

Le vestibule sinusal de l'oreillette, son rôle en physiologie cardiaque. — M. E. GÉRAUDEL,

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1929)

Notice nécrologique. — M. PORTIER lit une notice sur M. Gilis (de Montpellier), correspondant national, récemment décédé.

Quatre ans d'immunisation antidiphtérique à l'Ecole primaire départementale de Vitry (janvier 1926-novembre 1929). — MM. Louis MARTIN, Georges LOISEAU et Albert LAFFAILLE. En examinant les résultats obtenus au cours de ces quatre années, dans ce grand internat de 900 élèves comprenant des sections maternelle, primaire et professionnelle, trois conditions semblent nécessaires pour que l'immunisation antidiphtérique produise tous ses effets comme moyen prophylactique :

1° Tous les enfants, sans exception, doivent être immunisés ou reconnus immunisés;

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Éts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule).- *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours. INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.*
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour.
Durée du traitement: 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

Irradiol

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE À ÉVOLUTION LENTE ET LÉSION LIMITÉE

ASSOCIATION D'IODE ORGANIQUE DE MENTHOL, DE CAMPHRE ET D'ÉLÉMENTS RADIO-ACTIFS

LABORATOIRE G. FERME 55, Bd DE STRASBOURG PARIS

DOSE UNE AMPOULE DE 1cc OU 4 A 6 CAPSULES PAR JOUR PENDANT UN MOIS. FAIRE PLUSIEURS SÉRIES APRÈS DES PÉRIODES DE REPOS.

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19 RUE DROUOT - PARIS

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide,** relèvent vite le **cœur affaibli,** dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

2° L'immunisation des élèves nouveaux doit être pratiquée chaque année aux rentrées d'octobre et de Pâques, à une date aussi rapprochée que possible de la rentrée;

3° Les vaccinations doivent être contrôlées, par la réaction de Schick, environ quatre semaines après la dernière injection d'anatoxine.

Une quatrième injection d'anatoxine de 1cc5 chez les sujets, reconnus réceptifs à ce contrôle, s'est montrée efficace dans tous les cas.

Grâce à l'observation de ces trois conditions, *au cours de ces quatre années, les auteurs n'ont jamais constaté de cas d'angine diphtérique chez les sujets immunisés par trois injections d'anatoxine depuis quatre semaines au moins.*

L'emploi du B. C. G. dans le service de la protection de l'enfance. — M. Lesage, dans une enquête faite auprès de 4.723 médecins, a reçu 236 réponses, dont 139 favorables après essais de vaccination, 90 favorables sans en avoir fait l'essai, 7 non favorables dont une seule relate des échecs dès le début des essais; six médecins enfin ont déclaré ignorer la question.

Disparition de la diphtérie dans une région où tous les enfants ont été vaccinés avec l'anatoxine. — M. Para fait connaître que depuis dix ans il observait chaque année des cas de diphtérie grave dans deux communes des Hautes-Alpes où il exerce la médecine. Au commencement de 1928 il a réussi à vacciner avec l'anatoxine tous les enfants de ces communes âgés de dix-huit mois à dix ans et il n'a plus observé aucun cas de diphtérie chez les enfants.

Il semble bien que ces enfants ont été parfaitement immunisés, car, d'une part, une femme atteinte d'angine diphtérique n'a contaminé aucun des enfants qui vivaient auprès d'elle, et, d'autre part, un jeune homme atteint d'angine diphtérique suivie de paralysie du voile n'a infecté aucun enfant de son entourage.

M. L. Camus montre que la statistique municipale de la Ville de Paris n'indique encore qu'une légère tendance à la diminution de la diphtérie, et comme les enfants de Paris ne sont que très partiellement vaccinés il recommande de poursuivre activement leur vaccination.

L'uretéro-pyélographie rétrograde. — M. Chevassu fait projeter sur l'écran quelques clichés absolument démonstratifs de l'intérêt de sa méthode.

Elle consiste dans des injections opaques pratiquées à l'orifice uretéral inférieur grâce à une sonde portant une dilatation destinée à empêcher le reflux uretéro-vésical. Le liquide employé est de l'iodure de sodium à 30 p. 100. On est étonné de la rapidité avec laquelle l'injection gagne le bassinet.

L'expérience de M. Chevassu lui a montré que l'uretéro-pyélographie rétrograde n'est ni plus pénible ni plus dangereuse que la pyélographie. Aussi plaide-t-il en faveur de l'uretéro-pyélographie postérieure qui dessine l'uretère en même temps que le bassinet, qui dessine les cavités rénales comme la pyélographie, et qui est applicable à beaucoup de cas dans lesquels la pyélographie est impossible.

Sur un syndrome insuffisance hépatique, troubles nerveux sympathiques gastro-intestinaux. — M. Raoul Blondel décrit un syndrome digestif très fréquemment observé, surtout après la quarantaine, et dans lequel le déséquilibre des plexus sympathiques abdominaux, origine des troubles sécrétoires et moteurs de l'estomac et de l'intestin, a pour point de départ un état d'auto-intoxication lié à une insuffisance hépatique. Celle-ci reconnait d'ailleurs des causes multiples. L'imprégnation toxinique des centres sympathiques est l'analogue des migraines digestives. A cela s'ajoute l'effet mécanique des ptoses du tube digestif, dont l'auteur a signalé dès 1896, l'action sur la genèse, par voie réflexe, des colites muco-membraneuses, appelées depuis entéro-névrose. La vagotonie et la sympathicotonie peuvent s'observer ici, l'une comme l'autre, selon les dispositions antérieures du sujet. Ce qui confirme cette doctrine, c'est l'effet excellent d'un traitement qui, s'adressant à l'insuffisance hépatique (citrate monosodique) et au déséquilibre sympathique (association de l'atropine, de l'adrénaline et de l'eau de laurier-cerise) donne des résultats également bons dans les troubles digestifs anciens, aux formes les plus dissemblables, et rebelles jusque-là aux traitements classiques.

Recherches sur le traitement des diarrhées par l'iode organique. — MM. Carvaillo et J. Sautet ont donné lecture d'un mémoire signalant l'existence d'un nouveau corps chimique, l'amiphène (dioxyphène iodosulfonate de potasse) dont l'action thérapeutique donne des résultats remarquables dans les diarrhées tant en France que dans les pays chauds.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 26 octobre 1929)

Infection fœtale transplacentaire par l'ultravirus tuberculeux chez la brebis. — MM. J. Valtis et A. Saenz inoculant une brebis pleine avec des filtrats d'une culture de bacilles tuberculeux ont pu mettre en évidence que chez les ovins comme chez les cobayes, l'ultravirus tuberculeux peut traverser le placenta et infecter l'agneau issu de la mère inoculée.

Effets généraux et locaux des inoculations sous-cutanées de B. C. G. chez les tuberculeux. — M. Fernando-Gomez montre que les injections de B. C. G. aux doses de 0mg005 à 0mg05 sont parfaitement tolérées quelle que soit la forme clinique de l'infection. Elles ne provoquent aucune réaction focale et seules les fortes doses (0mg5) s'accompagnent d'une légère réaction thermique.

Localement, un nodule se développe qui, selon les doses, régresse et s'efface peu à peu ou s'abcède sans réaction ganglionnaire. Les bacilles B. C. G. que l'on peut mettre en évidence dans le pus de ces abcès un an après l'injection, se montrent totalement inoffensifs pour le cobaye.

Contribution à l'étude de l'origine des anticorps en général. — M. G. Ramon. Les anticorps : précipitines, agglutinines, etc., auraient une origine voisine de celle de l'antitoxine; mais le processus de formation du « complexe anticorps » serait simplement physique. Envisageant ce qui se passe dans la syphilis, Ramon pense que dans ce cas, les modifications humorales se limitent au stade qui dans l'immunité proprement dite précède immédiatement la formation du « complexe anticorps », c'est-à-dire au déséquilibre moléculaire « spécial » mais non spécifique. Il ne semble guère possible que les anticorps représentent la simple manifestation *in vitro* d'un état humoral spécial analogue à celui du sérum du syphilitique, car ces anticorps sont doués de spécificité.

A propos d'une hypothèse sur l'origine et la nature des antitoxines et des anticorps en général. — M. G. Ramon apporte nombre d'arguments en faveur de l'hypothèse d'après laquelle l'antitoxine et les anticorps en général puiseraient leur origine dans la formation de complexes humoraux constitués de matériaux provenant de l'organisme et d'éléments tirés de l'antigène. Ces arguments sont fondés d'abord sur la spécificité de l'anticorps qui ne peut être due qu'à la présence dans le complexe anticorps d'un « noyau » issu de l'antigène. On retrouve l'influence de l'organisme dans le « rendement » en anticorps et sa marque dans les propriétés de l'anticorps (fonction floculante de l'antitoxine par exemple), etc. Certains antigènes ne disparaissent du sang qu'au moment de l'apparition de l'anticorps (expériences encore en cours). La réfuta-

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE | ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, B^d Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Cancer, par G. Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut du cancer. Deuxième édition entièrement refondue avec la collaboration de MM. Roger-Leroux et M. Wolf. Grand in-8 de 846 pages avec 284 figures et 19 planches hors texte dont 4 en couleurs, relié demi-toile. Fasc. 5. Tome II du *Nouveau Traité de médecine* Roger, Widal et Teissier. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'organiser lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Quelques appréciations médicales sur l'Angiolymphe :

Dr P. Socquet (Paris). — L'Angiolymphe n'est pas un spécifique contre la Tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la Quinine sur la Malaria et le Mercure sur la syphilis.

Dr K.-V. Frisch (Vienne). — Nous sommes parvenus dans la plupart des cas fébriles à abaisser considérablement la température. Les symptômes toxiques comme les sueurs nocturnes et l'Anorexie ont disparu rapidement et nous avons pu à plusieurs reprises constater que les bacilles avaient disparu des crachats. Le poids du patient a augmenté d'une manière frappante. Dans deux cas de Pleurésie exsudative la fièvre a diminué rapidement et les exsudations se sont resorbées.

Dr P. Lagny (Tchéco). — L'action des injections d'Angiolymphe sur l'affection tuberculeuse dont j'étais atteint, a déterminé ma guérison. Dès le début du traitement, la température a cessé de monter. L'examen des crachats, qui jusqu'alors contenaient des bacilles, a été négatif. L'examen physiologique ne révèle plus de symptômes actifs et la radiographie indique un développement fibreux guéri. Je suis de nouveau capable de travailler et de vaquer à mes occupations.

MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.
Sur demande : LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 159.148, Seine.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS - CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

tion des objections faites autrefois, l'ensemble des arguments apportés, constituent une base solide à l'hypothèse émise et s'opposent à ce que cette hypothèse soit considérée comme une simple vue de l'esprit.

Equilibre alimentaire et laits artificiels. — Mme L. RANDOIN et M. R. LECOQ. Un régime artificiel complet, comportant une proportion convenable de levure de bière, mais renfermant comme source unique de glucides, 66 p. 100 de lactose pur, ne permet nullement la vie du pigeon.

Il est cependant possible de réaliser des rations synthétiques à base de lactose, convenant parfaitement au pigeon, animal réactif extrêmement sensible, en se rapprochant par exemple de la composition des laits naturels de vache, de femme ou d'ânesse.

De tels laits artificiels, dépourvus de vitamine B, ne peuvent être complétés et équilibrés que si on leur ajoute, sous forme de levure de bière, des doses relativement faibles de ces vitamines B; avec de fortes doses quotidiennes, on obtient des résultats moins satisfaisants.

Lorsque le glucide de la ration est du lactose, il semble donc bien que l'équilibre alimentaire ne puisse se réaliser que dans des limites très strictes, et, spécialement, en présence d'une quantité optimun de vitamines B.

Le professeur ARDIN-DELTEIL

Doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

(1870-1929)

Le XXe Congrès de l'Association des médecins de langue française vient de se dérouler à Montpellier avec un succès reconnu par tous. Malheureusement il n'a pas échappé à la loi qui régit les actes humains et qui veut que quelque deuil assombrisse toujours les jours de joie. Parmi ceux qui s'étaient inscrits comme membres adhérents, il en est que la mort a frappés avant qu'ils aient pu se rendre au Congrès qu'ils se proposaient d'honorer de leur présence. Le professeur Sicard était de ceux-là, il était parmi les premiers inscrits, la médecine française tout entière en porte le deuil. Il en est de même du doyen Ardin-Delteil dont la mort plus récente n'a pas encore reçu ici l'hommage qui convenait.

Il est toujours artificiel et singulièrement décevant pour ceux qui ont connu un homme de la valeur du docteur Ardin-Delteil de chercher à exprimer les sentiments que suscite leur mort inopinée et de réaliser en quelque sorte la grandeur de la perte qu'entraîne sa disparition. Rappeler les étapes de sa carrière, énumérer ses travaux, n'est qu'un hommage bien incomplet. Ce devoir accompli, il reste encore à évoquer la valeur morale de ceux dont la vie fut un exemple, la puissance attractive de ceux qui sont des Maîtres nés, il reste encore à dire tout ce qui est inexprimable et que la mort abolit pour toujours. Jamais ceux qui n'ont pas connu le professeur Ardin-Delteil ne sauront ce qu'il fut, ce qu'il a fait, et le vide que sa mort laisse au milieu de ceux qui l'entouraient, dans la Faculté de médecine d'Alger et dans la médecine française tout entière.

Il avait fait toutes ses études médicales à Montpellier; le 30 septembre 1894 il y était nommé aide préparateur de physiologie, puis successivement il y remplissait les fonctions de préparateur de médecine légale et de toxicologie (décembre 1896), de chef de clinique des maladies mentales et nerveuses (septembre 1898), de chef de clinique médicale (6 août 1902) et enfin d'agrégé de pathologie interne et de médecine légale (8 mars 1904). C'est dans cette dernière situation que le trouva l'arrêté ministériel du 9 mai 1906 le nommant en qualité de professeur de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. La transformation de cette dernière en Faculté de médecine le fit nommer professeur de la Faculté dont, en 1927, il devint le doyen.

Ardin-Delteil n'a cessé de se consacrer avec une ardeur jamais démentie aux travaux scientifiques. Pendant sa période montpelliéraine ce sont ses publications sur *L'Hérédité* et sur les *Equivalents psychiques de l'épilepsie* qui sont les plus importants. Elles sont devenues classiques et ont servi de point de départ à toutes les recherches ultérieures. Depuis il n'avait cessé de travailler et de publier. La pathologie exotique, l'encéphalite épidémique lui doivent beaucoup. Il occupait dans la Faculté d'Alger une place de premier plan. Ses qualités scientifiques, sa parfaite urbanité, son souci constant des intérêts d'autrui, sa parfaite compréhension de la valeur de chacun en faisaient un maître remarquable et un administrateur de premier ordre. Ce ne sont pas seulement ceux qu'il avait admis dans son intimité qui le pleurent aujourd'hui, tous ceux qui l'ont connu gardent de lui un souvenir ému, et la *Gazette des hôpitaux* s'incline avec une douloureuse sympathie devant la douleur des siens.

J. EUZIÈRE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DETTES ET CHÔMAGES MÉDICAUX

Par M. le docteur FOVEAU DE COURMELLES.

Il faut lire dans le *Bulletin officiel* des Sociétés médicales d'arrondissement d'octobre 1929 (p. 338), la séance du 17 mai 1929 de la « Société médicale du XVIe » où il fut fortement question de l'*assurance-chômage* pour toutes les professions, les médecins comme les autres; ces lignes nous conduiront naturellement à reparler des dettes des médecins (voir *Gaz. des hôpit.*, 16 oct. 1929) :

« ... Le docteur Joly montre que le chômage existe par suite du travail au ralenti, forcé, par suite de la pléthore médicale, et cela particulièrement dans les spécialistes tels que les radiologistes qui pour s'établir ont été obligés de faire des frais matériels souvent considérables, et qu'ils ne peuvent même pas amortir normalement. La difficulté de trouver des appartements, même à loyer raisonnable, augmente le nombre de confrères reçus médecins et qui ne peuvent s'installer. Obstacles de la part des propriétaires, des concierges, des voisins pusillanimes, mal renseignés par les journaux... »

On accuse toujours les propriétaires — il y a parfois du vrai, certes — mais accusons aussi les locataires qui vendent si cher leur pas de porte! Et quant à la gêne des radiologistes, il n'y paraît guère, si l'on en juge par leur multiplication et celle qui suit : la fonction créant l'organe, des constructeurs multiples et brillants dont on a pu voir la remarquable Exposition à l'occasion du dernier Congrès de chirurgie (9-12 octobre 1929).

Quoi qu'il en soit, l'emballement actuel pour la radiologie, n'en implique nullement la sécurité!...

Nous devons savoir vivre, même sans fortune, en nos périodes de chômage, sinon faire des dettes, ce qui est bien dangereux. Nous avons parlé ici même (16 oct. 1929) des papiers timbrés déposés à domicile et ne suivant pas les destinataires; de nos livres ou instruments vendus...

La *C. T. I.* (Confédération des Travailleurs Intellectuels) a saisi son groupe parlementaire par l'intermédiaire de notre collègue et ami Sarran, membre du Conseil de l'ordre du barreau de Paris :

Considérant que le Code de procédure civile, mis en vigueur en 1807, décide dans l'article 592 que :

« *Ne pourront être saisis :*

« 3° *Les livres relatifs à la profession du saisi jusqu'à la somme de 300 fr. à son choix.*

« 4° *Les machines et instruments servant à l'enseignement pratique ou exercice des sciences et arts, jusqu'à concurrence de la même somme et au choix du saisi.* »

« Considérant que, depuis cette époque (1807), continue Me Sarran, le pouvoir d'achat de toutes les monnaies s'est progressivement réduit, tandis que les progrès de la science et des arts en les spécialisant ont augmenté considérablement le nombre et la valeur des livres, documents ou instruments nécessaires à l'exercice de chaque profession;

Qu'il est donc impossible de déterminer par avance d'une façon invariable pour toutes les professions la valeur des livres, instruments de travail qui doivent être déclarés insaisissables;

Qu'au surplus, aux termes du paragraphe 6 du même article, sont déclarés insaisissables sans limitation de valeur « *les outils des artisans nécessaires à leurs occupations professionnelles* ».

Qu'il n'y a point de raison pour ne pas étendre cette disposition aux travailleurs intellectuels qui se trouvent à l'heure actuelle parmi les plus atteints par la stabilisation du franc à o fr. 20.

Considérant, d'autre part, que, pour éviter dans la mesure du possible des contestations sur le caractère de nécessité des livres ou instruments de travail, il convient de fixer le *minimum* légal de valeur, les juges pouvant toujours dans chaque espèce, l'élever au taux qui leur paraîtra correspondre aux exigences professionnelles du saisi.

Qu'en tenant compte des prix actuels, ce minimum légal paraît pouvoir être fixé à *3.000 fr.* (1).

Emet le vœu :

Que le Parlement vote sans délai une loi substituant aux paragraphes 3 et 4 de l'article 592 du Code de procédure civile, une disposition nouvelle aux termes de laquelle seront déclarés insaisissables jusqu'à une valeur de 3.000 fr. au choix du saisi, les livres, machines et instruments nécessaires à l'exercice de la profession, les jugements ayant la faculté suivant les cas, de déterminer la valeur qui leur paraîtra correspondre aux nécessités professionnelles du saisi.

— « *Nouveau texte de loi.*

ART. 592. — Ne pourront être saisis :

3° Les livres relatifs à la profession du saisi jusqu'à la somme de *3 000 fr.* à son choix.

4° Les machines et instruments servant à l'enseignement pratique ou exercice des scienees et arts jusqu'à concurrence de la même somme et au choix du saisi.

Dans tous les cas énumérés aux paragraphes 3 et 4 ci-dessus les juges auront la faculté de porter la valeur des objets insaisissables à la somme qui leur paraîtra correspondre aux nécessités professionnelles du saisi (2). »

— Ceci complète et met au point les rapides indications que nous avions données ici le 16 octobre 1929, à propos des « Persécutions de la profession » et c'est à ajouter à nos légitimes revendications souvent méconnues ou même inconnues de nous-mêmes... m'indique Me Sarran.

— Stéphane Lauzanne, dans *Le Matin* du 2 novembre 1929, montre ce que les Assurances sociales coûteront d'argent, de paparasseries, de dérangements aux patrons. Les médecins, chez qui beaucoup de domestiques ne veulent plus aller (!), devront payer au fisc 5 p. 100 d'impôts sur le salaire intégral (gages, nourriture, cadeaux bien évalués), plus 5 p. 100, part de la domestique qui ne voudra rien payer; de plus, si l'on change vingt fois de domestique — cela se voit! — on devra aller la déclarer et remplir chaque fois le papier *ad hoc*. Si l'on en a plusieurs, on voit les charges et les dérangements. Pétitionnons, dit Stéphane Lauzanne, accablons de papiers nos députés; rappelons qu'on peut envoyer en franchise, au Président de la Chambre, toutes les réclamations.

(1) Nous sommes loin dans le domaine des appareils de radiologie du coefficient 5, le mercure est à 120 ou 130 fr. le kilog. au lieu de 8 fr. d'avant guerre, et les appareils proprement dits qui l'utilisent á dix et quinze fois plus qu'en 1914! Et, quelle place, quel loyer, quelle patente, il faut pour les loger!...

(2) Les parties soulignées sont nouvelles.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivie, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LE MAROC PAR MARSEILLE. — Pour aller de France au Maroc, embarquez à Marseille. C'est la traversée la plus rapide. C'est la plus économique.

Les confortables navires de la Compagnie Paquet partent de Marseille tous les samedis à destination de Tanger et de Casablanca.

Dans le sens Maroc-France, les départs ont lieu pour Marseille :

De Casablanca : tous les samedis à 16 heures.

De Tanger : tous les dimanches.

Dans le sens France-Maroc les départs ont lieu :

De Marseille : tous les samedis à 11 heures.

Le prix du passage comporte la nourriture à bord, vin compris. Les voyageurs n'ont pas à quitter le paquebot pour emprunter d'autres moyens de transport nécessitant des frais d'hôtel.

Des billets simples valables quinze jours et des billets d'aller et retour valables trente jours et quatre-vingt-dix jours, donnant droit à l'enregistrement direct des bagages, sont délivrés pour Tanger et Casablanca dans les principales gares du P.-L.-M. et dans les agences de la Compagnie Paquet.

De plus, les voyageurs qui présentent avec un titre de parcours à destination de Marseille, un avis de la Compagnie Paquet (lettre ou télégramme) constatant que leurs places sont bien retenues sur le paquebot, peuvent faire enregistrer leurs bagages directement pour Tanger ou Casablanca, en s'affranchissant ainsi des ennuis résultant soit du retrait des bagages, soit du transit de ceux-ci à Marseille.

Les voyageurs se rendant, enfin, à l'intérieur du Maroc, via Casablanca et via Tanger, peuvent obtenir auprès des principales gares P.-L.-M, et des agences de la Compagnie Paquet les billets qui leur sont nécessairns pour les trajets à effectuer sur les chemins de fer marocains. L'enregistrement de leurs bagages a lieu, dans ce cas, pour la destination définitive au Maroc. Les mêmes facilités sont accordées au Maroc aux voyageurs à destination des principales gares P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons. Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS





SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

N° 95. — MERCREDI 27 NOVEMBRE 1929. 102° ANNÉE. MERCREDI 27 NOVEMBRE 1929. — N° 95.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6°	PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.	LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 21 novembre. — Questions données : « Symptômes et évolution du rétrécissement mitral pur. — Cancer de l'œsophage. »

Mlle Lavit, 18; MM. Pergola, 27; Bons, 26; Kaplan, 22; Mlle Le Diourou, 28; MM. Capandji, 22; Perreau, 24; Viala, 27; Klotz, 24; Levaditi, 25.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Epreuves d'admissibilité :*

Composition écrite anonyme. — MM. Béal et Cabrol, 25; Chatellier, 23; Dechaume, 29; Fribourg, 24; Lacaisse, 28; Sassier, 27.

Consultation écrite générale. — MM. Béal, 19; Cabrol, 18; Chatellier, 15; Dechaume, 19; Fribourg, Lacaisse et Sassier, 17.

Consultation écrite dentaire. — MM. Béal, 15; Cabrol, 12; Chatellier, 16; Dechaume, 18; Fribourg, 14; Lacaisse, 19; Sassier, 15.

Sont déclarés admissibles : MM. Dechaume, 66; Lacaisse, 64; Sassier et Béal, 59.

BOURSES FAMILIALES DU CORPS MÉDICAL. — RÈGLEMENT. — *Article premier.* — Les 10 bourses familiales du Corps médical dues à la générosité de M. le docteur Roussel seront attribuées chaque année par un jury composé de 12 membres et comprenant : le président de l'Association générale des médecins de France; président, le secrétaire général et le trésorier général de cette association, M. le docteur Roussel ou son délégué et cinq membres désignés par le Conseil général à sa réunion mensuelle de janvier, un délégué de la Confédération des syndicats, un délégué de la Société de femmes et enfants de médecins et un délégué du Service de santé militaire.

Art. 2. — Les bénéficiaires seront des médecins civils ou militaires français d'origine ou des veuves de médecins non remariées, faisant partie ou non d'une association professionnelle.

Les candidats devront avoir au moins 5 enfants vivants à leur charge.

Art. 3. — L'attribution en sera faite par le jury, sur demande des intéressés adressée par eux-même ou par toute association professionnelle ayant eu connaissance de la situation de famille d'un confrère.

Art. 4. — Ces demandes devront être adressées à M. le président de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène avant le 1er mai, elles seront enregistrées au siège de l'association sur un carnet spécial, dans l'ordre de leur arrivée et assurées de la plus grande discrétion.

Art. 5. — Elles devront exposer la situation matérielle du pétitionnaire ou être accompagnées :

1° Des bulletins de naissance des enfants à sa charge et de la situation actuelle de chaque enfant;

NÉVRALGIES
et toutes douleurs empêchant le sommeil, agitation, insomnies, etc...
ALLONAL "ROCHE"
analgésique
sédatif
hypnogène
sans actions secondaires
DOSES:
1 à 4 comprimés par jour et plus
N.B. L'Allonal Roche ne contient ni opium, ni morphine, ni hyoscine, ni scopolamine, ni aucune substance du tableau B.
Echantillon et Littérature sur demande :
Produits F. Hoffmann-La Roche & Cie, 21, Place des Vosges, PARIS


MÉTRITES
OVULES CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE
GUIDE CHAUMEL
Prescrire :
OVULES CHAUMEL SIMPLES
OVULES CHAUMEL ICHTHYOL
Établissements FUMOUZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS


Sirop Delabarre
DENTITION DES ENFANTS
En douces Frictions sur les Gencives
Facilite la Sortie des Dents
Calme les Cris de l'Enfant
Prévient les Accidents de la
1re Dentition
SIROP DE DENTITION du Dr DELABARRE
SANS NARCOTIQUE
Dépôt : ÉTABLISSEMENTS FUMOUZE
78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

2° Des renseignements contenus dans un questionnaire d'un modèle annexé au règlement.

Art. 6. — Le jury chargé d'examiner les demandes se réunira avant le 15 juin et désignera les confrères ayant obtenu la bourse avant le 1er juillet.

Il pourra par des enquêtes discrètes auprès des groupements professionnels du département, faire contrôler les affirmations contenues dans les demandes et le questionnaire.

Art. 7. — L'attribution se fera par vote au bulletin secret au sein de la Commission ou à la majorité des voix des membres présents.

Art. 8. — Ces bourses seront attribuées une seule fois à la même personne.

Art. 9. — Elles seront mandatées aux intéressés par les soins du trésorier de l'Association générale après entente avec M. le docteur Roussel, dans les quinze jours qui suivront leur attribution.

Art. 10. — Si la totalité des bourses n'a pu être attribuée une année, faute de demandes, les bourses ainsi disponibles pourront être accordées l'année suivante.

Art. 11. — La liste des bénéficiaires ne sera jamais publiée et aucun renseignement ne sera jamais donné sur leur identité.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé attaché à l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne aura lieu à Laval (préfecture) le samedi 21 décembre.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes d'admission au concours, rédigées sur timbre, devront être adressées au secrétaire de l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne à la préfecture de Laval.

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS organise le 7 décembre, à 20 h. 30 précises en son hôtel, 13, rue de la Bûcherie, à l'occasion de la réception des professeurs de la Faculté, une grande fête où l'on pourra applaudir les plus grandes vedettes de Paris.

A minuit, bal de nuit, tombola, cotillons et nombreuses attractions.

AUTOMOBILE CLUB MÉDICAL DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS LIMITROPHES. — Cette nouvelle Association vient de se constituer sous la présidence d'honneur de M. le professeur Jean-Louis Faure et la présidence effective de M. le docteur Trémolières, médecin des hôpitaux de Paris.

Ses buts sont les suivants :

1° Grouper tous les médecins de Paris et de la Région parisienne, possesseurs ou usagers de voitures automobiles, en vue d'obtenir des Pouvoirs publics, à l'aide d'un insigne spécial, des avantages indispensables à l'exercice de la profession : facilité de circulation, tolérance pour le stationnement, etc.

2° Procurer à ses membres toute une série d'avantages commerciaux portant sur : assurances, réparations, accessoires, voitures de remplacement, délivrance de tryptiques, etc.

L'Automobile Club médical de Paris est affilié à l'A. C. I. F.

Pour obtenir gain de cause vis-à-vis des Pouvoirs publics, il importe que tous les confrères possesseurs ou usagers de voitures automobiles adhèrent à l'A. C. M. P.

Demander tous renseignements et adresser les candidatures au secrétaire général, le docteur Lafond, 89, boulevard Magenta, Paris (Xe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Faivre, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Hygiène; Ferran, l'éminent bactériologiste de Barcelone.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS LIBRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital Laennec.) — M. le docteur Auvray, chirurgien de l'hôpital, commencera ses conférences cliniques, avec présentation de malades, le vendredi 29 novembre, à 11 h. (amphithéâtre Landouzy), et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins, à 10 h., opérations et examens des malades dans les salles.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. (Pavillon de la diphtérie.) — M. le docteur B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, fera avec le concours de MM. Boulanger-Pilet, chef de clinique à la Faculté; Delthil, chef de laboratoire à la Faculté, et de Mlle Papaioannou, interne des hôpitaux, un cours sur la diphtérie dans la pratique (diagnostic, thérapeutique, prophylaxie). Trois leçons d'une demi-heure. Présentation de malades. Démonstration de la réaction de Schick. Visite du service de prophylaxie antidiphtérique.

Le cours aura lieu le samedi 14 décembre et le dimanche 15 décembre 1929.

Se présenter au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, à 9 h. 30.

LE VOTE FAMILIAL EST LE SUFFRAGE DES MEILLEURS. — De M. le professeur Charles Richet dans *Le Matin* :

« ... Les bandits, les souteneurs, les escrocs, les banqueroutiers, les criminels, les aliénés, n'ont pas ou peu d'enfants, et cependant — ce qui est bien regrettable — ils ont un bulletin de vote. Il ne faut pas songer à le leur enlever, puisque toute délimitation entre les bons et les mauvais serait arbitraire.

Mais il est juste que l'honnête paysan, père d'une nombreuse famille, ait, par des bulletins de vote plus nombreux, plus d'autorité que les célibataires.

... Tant pis pour les riches qui ne veulent presque pas avoir d'enfants! tant pis pour les égoïstes! Tant mieux pour les prolétaires!

Et ici je vais démesurément surprendre quelques-uns de mes lecteurs. Prolétaire ne veut dire ni pauvre, ni misérable, ni homme du peuple. Prolétaire veut dire père d'une nombreuse famille. Nous prenons donc ce mot dans son sens véritable : *le prolétaire est celui qui a beaucoup d'enfants.* Or, il est légitime de lui accorder plus de suffrages qu'au citoyen sans enfant. Celui-là, qu'il soit riche ou pauvre, s'il n'a pas d'enfant, ce n'est pas un prolétaire.

Cette mesure générale qui favorise les prolétaires consacrera sûrement le triomphe de la démocratie, mais d'une démocratie saine, pacifique, laborieuse. Cela est juste, cela est sage aussi.

Sage, parce que les pères de famille sont tout naturellement conservateurs de la paix, le premier des biens, sage aussi parce que cette légère prépondérance d'influence accordée à ceux qui ont pris l'héroïque résolution de donner beaucoup d'enfants au pays va peut-être arrêter cette funeste décroissance de la natalité qui mène lentement, mais sûrement, la France à la ruine.

Les prolétaires — c'est-à-dire les pères de famille — constituent une vraie aristocratie. C'est la seule que nous puissions reconnaître. Toutes autres classifications seraient vaines. Donc il faut le *vote familial* pour attribuer aux meilleurs citoyens de notre cher pays un maximum d'autorité et d'influence.

A chaque citoyen autant de bulletins de vote qu'il a d'enfants... »

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrine hémisynthétique

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris et Oxyures et tous helminthes et protozoaires = cent Gouttes ou deux Perles
Trichocéphales et Tænias = deux à trois cents Gouttes ou six à huit Perles

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par L gouttes.

Prescrire :

CHRYSÉMINE (gouttes). — La dose quotidienne à prendre en *une seule fois* le matin à jeûn dans un peu de lait ou d'eau sucrée pendant 3 à 5 jours consécutifs. — Renouveler la cure après un repos de 8 jours, en augmentant progressivement les doses ci-dessus au cas où les premiers résultats paraîtraient insuffisants.

CHRYSÉMINE (perles glutinisées). — La dose quotidienne en *une seule fois* également, pendant deux ou 3 jours consécutifs.

Échantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

La lettre suivante vient d'être adressée aux membres du parlement par la Confédération des Syndicats médicaux français :

« Une fois encore, au nom de la Confédération des syndicats médicaux français, nous poussons un cri d'alarme, et, alors qu'il en est encore temps, nous demandons aux parlementaires que soit modifiée la loi sur les Assurances sociales.

Nous faisons auprès de vous cette nouvelle démarche dans le but de conserver à la médecine française toute sa valeur scientifique et morale, dont il ne nous appartient pas de faire l'éloge, mais que nous avons bien le droit de souligner.

Nous intervenons aussi dans le but non moins précis de donner aux assurés de demain, non pas des consultations en série et des certificats complaisants, mais des soins probes et effectifs.

Nous vous faisons adresser par un prochain courrier le volume du docteur Liek (de Danzig) sur *Les méfaits des Assurances sociales en Allemagne* (1). Si vous parcourez ce livre, œuvre de bonne foi, vous y verrez les dangers manifestes d'une loi telle que la loi allemande, que la loi française, prête à entrer en application, copie malheureusement sur bien des points.

L'œuvre de Liek n'est pas celle d'un isolé ni d'un aigri, et nous pourrions apporter sur ce sujet un véritable dossier international.

Pour nous en tenir à l'Allemagne, nous vous signalons l'éloquente intervention du professeur Hellpach, aux Journées médicales de Essen, en juin dernier — discours vigoureusement applaudi et approuvé — disait la *Gazette de Cologne* qui le publiait (28 juin 1929).

Hier encore le professeur Merklen et M. Wolf (de Strasbourg) ont apporté à la tribune de notre Académie de médecine les protestations du professeur Eppinger (de Fribourg-en-Brisgau) dont l'autorité dépasse largement les frontières de la République allemande. Voici les conclusions de son étude en ce qui touche seulement le côté professionnel :

« Les Assurances sociales allemandes ont donc avili et « asservi les médecins; elles ont abaissé la pratique de « l'exercice de la médecine; elles ont diminué le niveau « moyen des études et engendré la pléthore, avec, pour « aboutissant, le prolétariat médical; elles commencent à « mettre en danger l'enseignement et le travail de recherches « des cliniques universitaires. »

(1) Voir l'analyse de ce livre à la page suivante. (*N. D. L. R.*)

Nous voulons vous signaler à nouveau aussi l'abaissement fatal de la moralité sociale, de celle des quinze ou dix-huit millions d'assurés auxquels la loi du 5 avril 1928 enseignera demain la fraude, et à beaucoup apprendra la paresse.

Le législateur français ne peut, nous semble-t-il, rester indifférent aux solennels avertissements venus de tous côtés.

Notre Confédération des syndicats médicaux français, qui groupe 17.500 médecins, a étudié le problème de l'assurance-maladie sous toutes ses faces. Il est facile encore de modifier la loi, de la rendre applicable pour le plus grand bien de tous.

Nous avons étudié des textes modificatifs, mais n'avons pas à faire œuvre législative. Amendements et contre-projets vous seront sans doute proposés. Nous vous demanderons alors de voter ceux d'entre eux qui, à notre point de vue de techniciens, paraîtront aptes à rendre la loi sur les Assurances sociales applicable et même fertile en bons résultats.

Car — nous l'avons répété bien des fois — nous ne sommes en aucune façon opposés au principe des Assurances sociales. Mais nous ne pouvons collaborer à la loi du 5 avril 1928 tant qu'elle n'aura pas subi d'indispensables modifications — et nous ajoutons que le troisième rectificatif déposé par le gouvernement sur le bureau du Sénat ne résoud aucune des difficultés que nous avons maintes fois signalées.

Le secrétaire général : Dr CIBRIE.

Le président : Pr BALTHAZARD »

A cette lettre est jointe la décision prise antérieurement [illegible] que cette lettre rappelle. En voici le texte :

« La confédération des syndicats médicaux [illegible] pant 17,500 médecins, se refuse à collaborer [illegible] ment de la loi sur les assurances sociales, [illegible] n'aura pas subi les indispensables modifications [illegible] cessons de réclamer, et qui sont :

Limitation par le groupement national des syndicats aptes à contracter avec les caisses :

Libre choix du médecin par le malade (reconnu par la loi);

Respect du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement;

Droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à domicile, soit à l'hôpital, ou dans tout autre établissement de soins;

Entente directe entre le malade et le médecin au sujet des honoraires et des soins;

Liberté de thérapeutique et de prescriptions, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique;

Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat, et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord. »

IODALOSE GALBRUN
IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin*
Doses quotidiennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 Rue du Petit-Musc, PARIS (IV°)
Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

LIVRES NOUVEAUX

Le Cancer, maladie des cicatrices (1), par Auguste LUMIÈRE, correspondant de l'Institut, correspondant de l'Académie de médecine. Préface du professeur Léon BÉRARD, membre correspondant de l'Académie de médecine, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, directeur du Centre anticancéreux de Lyon.

La formidable et décevante énigme du cancer ne pouvait laisser indifférent un esprit avide de progrès, un savant doublé d'un philanthrope, tel que Auguste Lumière. Depuis quinze ans bientôt, conjuguant l'expérimentation physiologique dans ses laboratoires, avec l'observation des faits cliniques au Centre anticancéreux de Lyon, dont il est un des plus zélés chefs de service, attentif à tout ce qui a été écrit sur la question, il a scruté le problème et tenté de le résoudre à la lueur des hypothèses les plus plausibles et parfois les plus hardies.

L'ouvrage qu'il publie aujourd'hui est l'exposé de ce patient labeur et de ses propres conclusions.

Car — le titre même l'indique — A. Lumière a sur l'étiologie du cancer et par conséquent sur sa nature, son mode d'évolution, et les moyens de le combattre, une opinion personnelle bien nette.

Avant toute chose, dit-il, il faut s'entendre sur une classification précise du cancer, classification qui doit avoir pour base, non la forme histologique, mais la pathogénie. L'hyperplasie tissulaire est un syndrome commun aux affections les plus diverses : les proliférations inflammatoires d'origine microbienne ou parasitaire qui ne sont pas des cancers ; les néoplasies malignes dues à la prolifération subite d'éléments embryonnaires, les tumeurs du tissu conjonctif et les lymphosarcomes sur lesquels nous ne savons pas grand'chose, et enfin les tumeurs malignes du type épithélial, de beaucoup les plus nombreuses.

Ainsi défini, le cancer n'est, en aucune façon, une affection contagieuse comme l'ont cru, à tort, de nombreux auteurs.

Il n'existe pas de microbe spécifique du cancer. Tous les microorganismes aérobies, décelables et cultivables par nos techniques bactériologiques actuelles et tous les germes décrits jusqu'ici comme microbes du cancer, proviennent, soit de contamination, soit d'infection secondaire des tumeurs, soit de saprophytes dont les spores se rencontrent à l'état de vie latente dans les tissus normaux.

La légende des cancers familiaux ou conjugaux, des maisons et des localités à cancer n'est basée que sur une interprétation erronée des faits ou des statistiques.

Le cancer n'est autre chose que la prolifération anarchique des cellules non totalement différenciées, mais voisines de l'état embryonnaire, qui constituent certains éléments des tissus cicatriciels. Trois conditions sont nécessaires et suffisantes pour mettre en branle, dans ces cellules cicatricielles, le processus néoplasique : 1° une période assez longue (vingt à trente ans) pendant laquelle s'opère, dans ces tissus, le mûrissement des colloïdes, condition indispensable de leur prolifération ultérieure ; 2° un traumatisme, le plus souvent accidentel, qui déclanche, dans ces cellules, le processus prolifératif, comme la fécondation déclanche la division de l'ovule ; 3° un état humoral du sujet, favorable à la prolifération anarchique.

Des faits innombrables, dont l'auteur donne l'énumération, parlent en faveur de cette hypothèse.

Par quels moyens pouvons-nous, soit éviter le cancer, soit arrêter son développement ?

L'auteur consacre un long chapitre à l'exposé des multiples théories et des procédés non moins nombreux par lesquels, depuis les temps les plus anciens, empiriques, médecins, biologistes, thérapeutes, se sont efforcés d'expliquer et de guérir le cancer.

Cette revue critique représente un travail considérable qui n'avait pas encore été fait sous une forme aussi complète. Elle intéressera au plus haut point tous les chercheurs, et peut-être est-elle appelée à servir de point de départ aux découvertes les plus fructueuses.

Sur cette question, si angoissante, du traitement du cancer, A. Lumière aboutit aux conclusions personnelles suivantes :

En matière de prophylaxie, étant donnés l'origine et le développement du cancer, nous pouvons arriver à en réduire considérablement le nombre en combattant ou supprimant les causes les plus fréquentes de lésions cicatricielles : la syphilis, la blennorragie, les traumatismes, l'alcoolisme, la tuberculose.

En matière de thérapeutique, une fois le cancer constitué, indépendamment de l'extirpation chirurgicale précoce (qui doit continuer à être considérée comme la planche essentielle de salut toutes les fois qu'elle est réalisable dans des conditions favorables), ou de la destruction des lésions par les agents physiques ou chimiques, nous pouvons chercher à entraver le développement anormal des cellules cicatricielles, soit par des moyens d'action généraux visant des modifications cellulaires, soit en modifiant l'état humoral.

Par les conceptions originales qui s'y trouvent exposées et par les conséquences pratiques qui en découlent, aussi bien que par sa documentation exceptionnelle, le livre d'Auguste Lumière représente, sans conteste, une des plus intéressantes publications qui aient jamais été présentées sur un sujet qui passionne à juste titre l'opinion des médecins et celle du public tout entier.

L. G.

(1) Un vol. de 296 p. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier (1), par le docteur E. LIEK. — Préface de M. le professeur Georges Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. Traduction française par MM. Raoul et Edgard LANTZENBERG.

L'Allemagne est le pays qui, depuis quarante ans, a fait en grand et le plus systématiquement l'expérience des assurances sociales où la France est en train de s'engager, au point qu'on a pu écrire qu'il n'y aurait bientôt plus en Allemagne que deux catégories de gens, les « assistés » et les « assistants ». Un célèbre médecin allemand a résumé dans ce livre qui a fait sensation dans son pays, les abus, les excès de toute sorte tant moraux que sociaux et financiers de cette loi aux répercussions incalculables.

En voulant couvrir les différents risques : maladie, accidents, invalidité, chômage, les assurances sociales ont causé la démoralisation de la nation allemande, enlevé le goût du travail à la classe ouvrière, créé un système d'exploitation avérée ou dissimulée de la maladie, poussé un grand nombre d'accidentés du travail à faire d'interminables procès pour obtenir indemnités ou rentes, déterminé enfin la dévalorisation de la profession médicale.

L'auteur, qui a été médecin des Caisses, insiste spécialement sur l'état d'hostilité régnant entre les médecins et les Caisses, il rappelle l'ardente convoitise et le combat acharné pour l'obtention des places de médecins des caisses, malgré le sentiment de malaise et de mécontentement éprouvé par les titulaires même de ces places. Sur 100 médecins des caisses, il y en a au moins 95 qui ne pourraient vivre sans les appointements versés par les caisses. Ceux-ci sont d'ailleurs insuffisants et dérisoires. Ils ne constituent pas une rémunération honorable et équitable mais ont pour résultat de mettre le médecin dans une situation fausse entre l'assuré son client et les caisses d'assurances (le tiers payant, ainsi qu'il est d'usage de les désigner en France).

L'assuré n'a le libre choix du médecin auquel il veut accorder sa confiance qu'en droit seulement, mais en fait il ne l'a nullement. Le docteur Liek propose de remédier à ces défectuosités par l'étatisation susceptible de réaliser une économie d'environ 30 p. 100 du personnel médical.

Actuellement en France, le corps médical alerté se dresse contre la loi des assurances sociales. Il en demande la rectification particulièrement en ce qui concerne les modalités de paiement des honoraires par entente directe entre l'assuré et son médecin et non point par intervention d'un tiers, les caisses d'assurances, le tiers payant.

L'alerte est rude et la bataille sera chaude. C'est dire l'intérêt de l'ouvrage du docteur Liek et sa particulière actualité.

L. G.

(1) In-8. — Prix: 18 fr. — Paris, Payot.



En hiver

la lumière intégrée peut se substituer à celle que masque l'écran atmosphérique et l'administration du

FORTOSSAN IRRADIÉ

est le procédé le plus efficace pour rétablir l'équilibre eutrophique des jeunes organismes qui souffrent de la carence solaire.

1/2 cuillerée à 2 cuillerées à café par jour

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

Vaccins Clin

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boites de 6 ampoules de 5 c.c. de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boites de 10 ampoules de 1 c c. à concentrations croissantes.

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE ANTISTREPTOCOCCIQUE

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Concentration élevée en microbes — Tolérance parfaite — Conservation illimitée

LES VACCINS CLIN INJECTABLES SONT DÉLIVRÉS EN BOITES DE 10 AMPOULES DE 1 C. C. A CONCENTRATIONS CROISSANTES

Il faut toujours injecter un centimètre cube.

Laboratoires CLIN. COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris-5e.

Médaille d'Or Exposition Universelle Paris 1900.

Granules de CATILLON

A 0.001 **Extrait Titré** de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie** en 1889; elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE — DYSPNÉE — OPPRESSION — ŒDÈMES — Affections MITRALES

Granules de CATILLON

à 0.0001 **STROPHANTINE** CRISTAL

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction. — on peut en faire un usage continu.

*Prix de l'Académie de Médecine pour "**Strophantus** et **Strophantine**"*

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine. 48283

MODALITÉS
DE
LA CROISSANCE STATURALE DES GARÇONS
DE HAUTE STATURE

Par le Professeur P. NOBÉCOURT.

Pendant l'enfance et la jeunesse la croissance se poursuit suivant des modalités individuelles assez diverses. On peut cependant en dresser une courbe moyenne (1).

Si on néglige les détails, l'*accroissement statural* passe par trois phases successives, depuis la naissance jusqu'à la fin de la jeunesse :

1° Phase de ralentissement graduel avec des paliers;
2° Phase d'accélération;
3° Phase de ralentissement rapide.

Pendant la première année, la courbe de croissance est la même pour les garçons et les filles. A partir d'un an, les courbes ne sont plus parallèles.

Dans ce mémoire, je ne m'occuperai pas des *filles*, qui seront l'objet d'un autre travail.

Pour les *garçons*, les phases de la croissance se constatent nettement quand on considère les accroissements pendant des périodes de quatre années :

	ACCROISSEMENT
De la naissance à 4 ans......	47 cm.
De 4 à 8 ans..............	22 cm.
De 8 à 12 ans..............	20 cm.
De 12 à 16 ans..............	23 cm.
De 16 à 20 ans..............	4 cm.

L'accroissement total est de 116 cm.

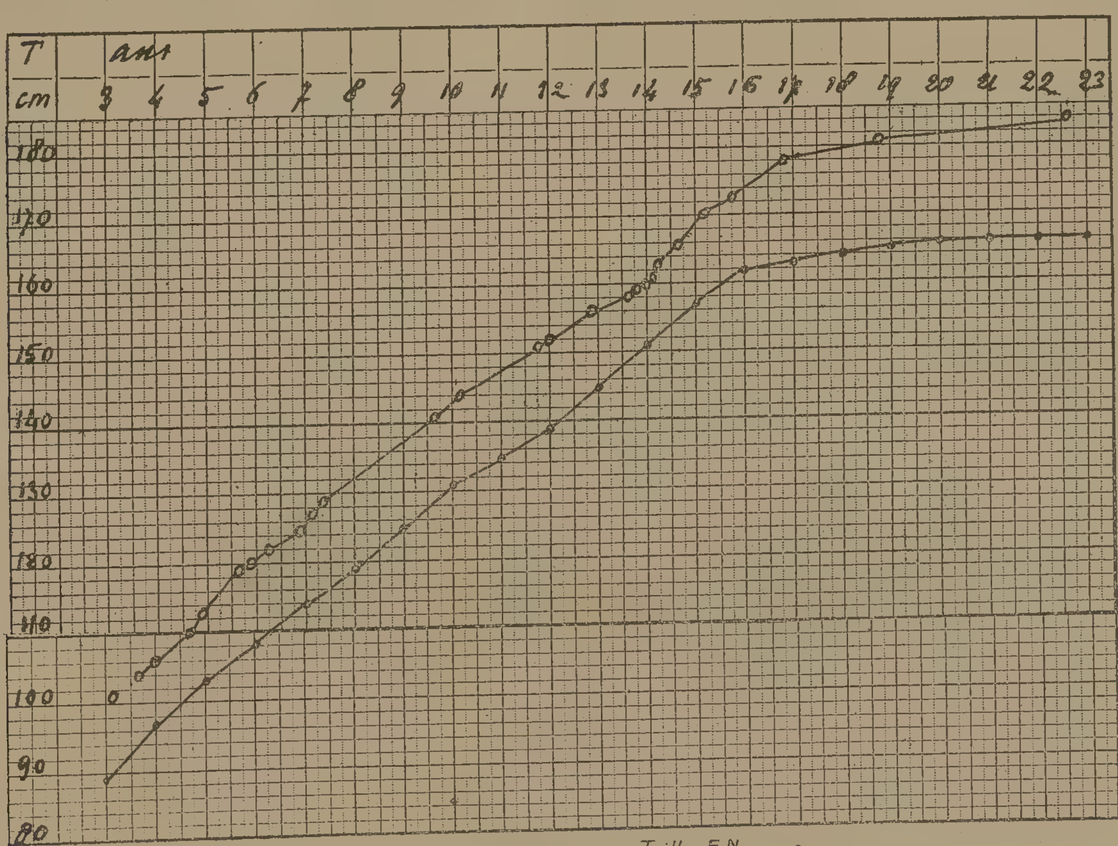
Les données précédentes sont des moyennes obtenues en comparant les mesures de sujets de toutes tailles, quelques-uns très grands ou très petits. Il est intéressant d'étudier comment se comportent les sujets dont les tailles sont soit supérieures soit inférieures aux moyennes.

Nous nous occuperons dans ce mémoire des enfants et des jeunes gens dont les tailles sont, à un âge donné, supérieures de 6 cm. au moins à la taille moyenne de leur âge (1).

*
* *

Voici cinq observations suivies à partir de 3 ou 4 ans jusqu'à 13, 15 ou 22 ans.

OBSERVATION I (fig. 1). E—. N... mesure, à 3 ans 2 mois



Taille moyenne (garçon) o—o Taille E.N. o—o

FIG. 1.

101 cm. au lieu de 90 cm.; l'excès statural est de 11 cm. (12,2 p. 100).

A 7 ans 4 mois, la taille est de 129^{cm}5 au lieu de 115^{cm}5; l'excès statural de 14 cm. (12,1 p. 100). En 4 ans 2 mois, l'accroissement statural est de 28^{cm}5 au lieu de 25^{cm}5, supérieur de 3 cm. à la moyenne.

A 12 ans, la taille est de 152 cm., au lieu de 139 cm.;

(1) P. NOBÉCOURT. *Les Enfants trop petits*, « L'Expansion scientifique française », Paris 1929.

(1) P. NOBÉCOURT. Remarques sur les hautes tailles dans l'enfance et la jeunesse (hypertrophie staturale), *Progrès méd.*, 26 oct. 1929, n° 43, p. 1773.

**

l'excès statural de 13 cm. (9,3 p. 100). En 4 ans 8 mois, l'accroissement statural est de 22^{cm}5, au lieu de 23^{cm}5, inférieur de 1 cm. à la moyenne.

A 14 ans 1 mois, la taille est de 161 cm., au lieu de 151^{cm}5; l'excès statural de 9^{cm}5 (6,2 p. 100). En 2 ans 1 mois, l'accroissement statural est de 9 cm., au lieu de 12^{cm}5, inférieur de 3^{cm}5 à la moyenne.

A 16 ans 9 mois, la taille est de 178 cm., au lieu de 162^{cm}5; l'excès statural de 15^{cm}5 (9,5 p. 100). En 2 ans 8 mois, l'accroissement statural est de 17 cm., au lieu de 11 cm., supérieur de 6 cm. à la moyenne.

A 18 ans 7 mois, la taille est de 181 cm., au lieu de 164^{cm}5; l'excès statural de 16^{cm}5 (10 p. 100). En 1 an 10 mois, l'accroissement statural est de 3 cm., au lieu de 2 cm., supérieur de 1 cm. à la moyenne.

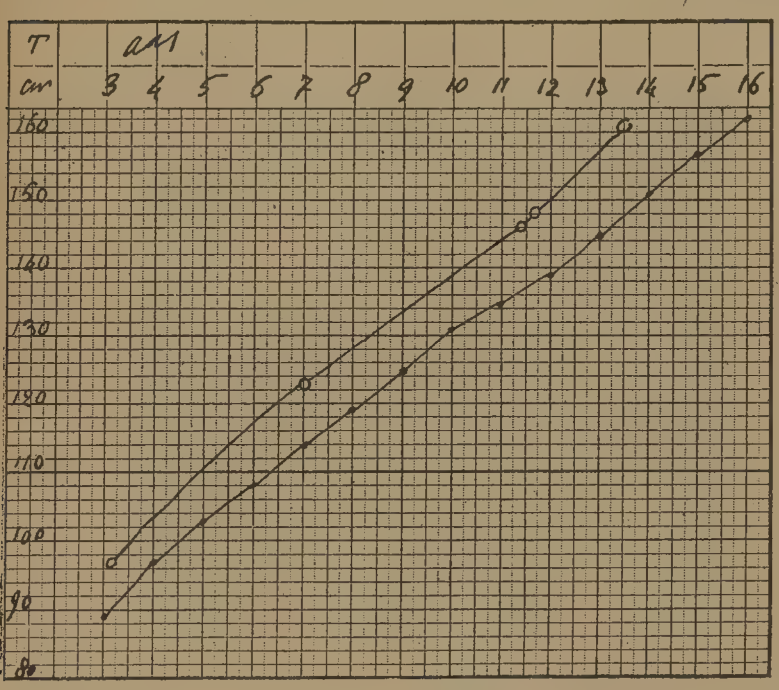
A 22 ans 8 mois, la taille est de 184^{cm}5, au lieu de 166 cm.; l'excès statural de 18^{cm}5 (11,1 p. 100). En 4 ans, l'accroissement statural est de 3^{cm}5, au lieu de 1^{cm}5, supérieur de 2 cm. à la moyenne.

En résumé : de 3 ans 2 mois à 22 ans 8 mois, l'accroissement statural est de 83^{cm}5, au lieu de 76 cm., supérieur de 7^{cm}5 à la moyenne.

L'accroissement statural s'est poursuivi suivant les modalités suivantes, par rapport à l'accroissement statural moyen (2) :

3 ans à 7 ans et demi.............	+ 3 cm.
7 ans et demi à 12 ans...........	— 1 cm.
12 ans à 14 ans..................	— 3 cm. 5
14 ans à 16 ans et demi..........	+ 6 cm.
16 ans et demi à 18 ans et demi...	+ 1 cm.
18 ans et demi à 22 ans et demi...	+ 2 cm.

L'excès statural est passé de 11 cm. (12,2 p. 100) 18^{cm}5 (11,1 p. 100).



Taille moyenne (garçon) •—• Taille 19.133 o—o

Fig. 2.

Obs. II (fig. 2). — J. P... (19-133) mesure, à 3 ans 2 mois, 97 cm., au lieu de 90 cm.; l'excès statural est de 7 cm. (7,7 p. 100).

A 7 ans, la taille est de 123 cm., au lieu de 114 cm.; l'excès statural de 9 cm. (7,8 p. 100). En 3 ans 10 mois, l'accroissement statural est de 26 cm., au lieu de 24 cm., supérieur de 2 cm. à la moyenne.

A 11 ans 8 mois, la taille est de 148 cm., au lieu de 137^{cm}5; l'excès statural de 10^{cm}5 (7,5 p. 100). En 1 an 8 mois, l'accroissement statural est de 25 cm., au lieu de 23^{cm}5, supérieur de 1^{cm}5 à la moyenne.

A 13 ans 6 mois, la taille est de 161 cm., au lieu de 148 cm.; l'excès statural de 13 cm. (9,4 p. 100). En 1 an 10 mois, l'accroissement statural est de 13 cm., au lieu de 10^{cm}5, supérieur de 2^{cm}5 à la moyenne.

En résumé : de 3 ans 2 mois à 13 ans 6 mois, l'accroissement statural est de 64 cm., au lieu de 58 cm. supérieur de 6 cm. à la moyenne.

L'accroissement statural s'est poursuivi suivant les modalités suivantes, par rapport à l'accroissement moyen :

3 ans à 7 ans..................	+ 2 cm.
7 ans à 11 ans et demi..........	+ 1 cm. 5
11 ans et demi à 13 ans et demi...	+ 2 cm. 5

L'excès statural est passé de 7 cm. à 13 cm.

Obs. III (fig. 3). — M. de C... (20-305) mesure, à 4 ans 2 mois, 106 cm., au lieu de 98 cm.; l'excès statural de 8 cm. (8,3 p. 100).

A 8 ans 1 mois, la taille est de 134^{cm}5, au lieu de 119^{cm}5; l'excès statural de 15 cm. (12,7 p. 100). En 3 ans 11 mois, l'accroissement statural est de 28^{cm}5, au lieu de 21^{cm}5, supérieur de 7 cm. à la moyenne.

A 11 ans 3 mois, la taille est de 149^{cm}5, au lieu de 136 cm.; l'excès statural de 13^{cm}5 (9,9 p. 100). En 3 ans 2 mois, l'accroissement statural est de 15 cm., au lieu de 16^{cm}5, inférieur de 1^{cm}5 à la moyenne.

A 13 ans 7 mois, la taille est de 168 cm., au lieu de 148^{cm}5; l'excès statural de 19^{cm}5 (13,1 p. 100). En 2 ans 4 mois, l'accroissement statural est de 18^{cm}5, au lieu de 12^{cm}5, supérieur de 6 cm. à la moyenne.

En résumé : de 4 ans 2 mois à 13 ans 7 mois, l'accroissement statural est de 62 cm., au lieu de 50^{cm}5, supérieur de 11^{cm}5 à la moyenne.

L'accroissement statural s'est poursuivi de la façon suivante, par rapport à l'accroissement moyen :

4 ans à 8 ans..................	+ 7 cm.
8 ans à 11 ans.................	— 1 cm. 5
11 ans à 13 ans et demi..........	+ 6 cm.

L'excès statural est passé de 8 cm. (8,3 p. 100) à 19^{cm}5 (13,1 p. 100).

Obs. IV (fig. 4). — G. R. B. I. (14-57) mesure, à 3 ans 4 mois, 99^{cm}5, au lieu de 91^{cm}5; l'excès statural est de 8 cm. (8,7 p. 100).

A 9 ans 3 mois, la taille est de 142^{cm}5, au lieu de 126^{cm}5; l'excès statural de 16 cm. (12,6 p. 100). En 5 ans 11 mois, l'accroissement statural est de 43 cm., au lieu de 35 cm., supérieur de 8 cm. à la moyenne.

A 13 ans 9 mois, la taille est de 170^{cm}5, au lieu de 149^{cm}5; l'excès statural de 21 cm. (14 p. 100). En 4 ans 6 mois, l'accroissement statural est de 28 cm., au lieu de 23 cm., supérieur de 5 cm. à la moyenne.

A 15 ans 3 mois, la taille est de 177^{cm}5, au lieu de 158 cm.; l'excès statural de 19^{cm}5 (12,3 p. 100). En 1 an 6 mois, l'ac-

(2) Dans ce tableau, le nombre donné représente la différence entre l'accroissement statural du sujet observé et l'accroissement statural du sujet moyen.

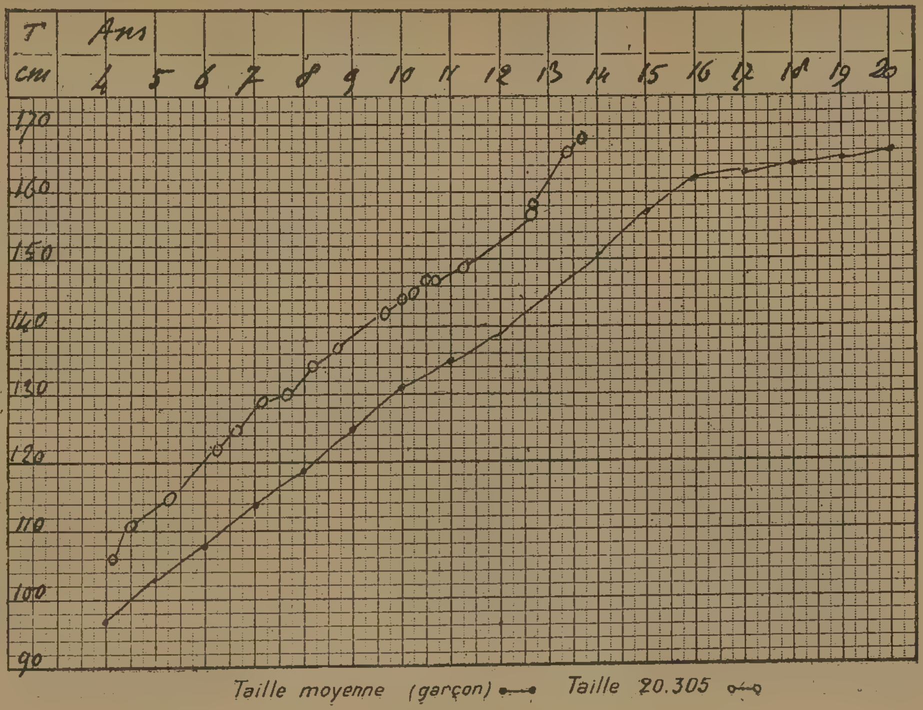


Fig. 3.

croissement statural est de 7 cm., au lieu de 8cm5, inférieur de 1cm5 à la moyenne.

En résumé : de 3 ans 4 mois à 15 ans 3 mois, l'accroissement statural est de 78 cm., au lieu de 66cm5, supérieur de 11cm5 à la moyenne.

L'accroissement statural s'est poursuivi de la façon suivante, par rapport à l'accroissement moyen :

3 ans à 9 ans	+ 8 cm.
9 ans à 13 ans et demi	+ 5 cm.
13 ans et demi à 15 ans	— 1 cm. 5

L'excès statural est passé de 8 cm. (8,7 p. 100 à 19cm5 (12,3 p. 100).

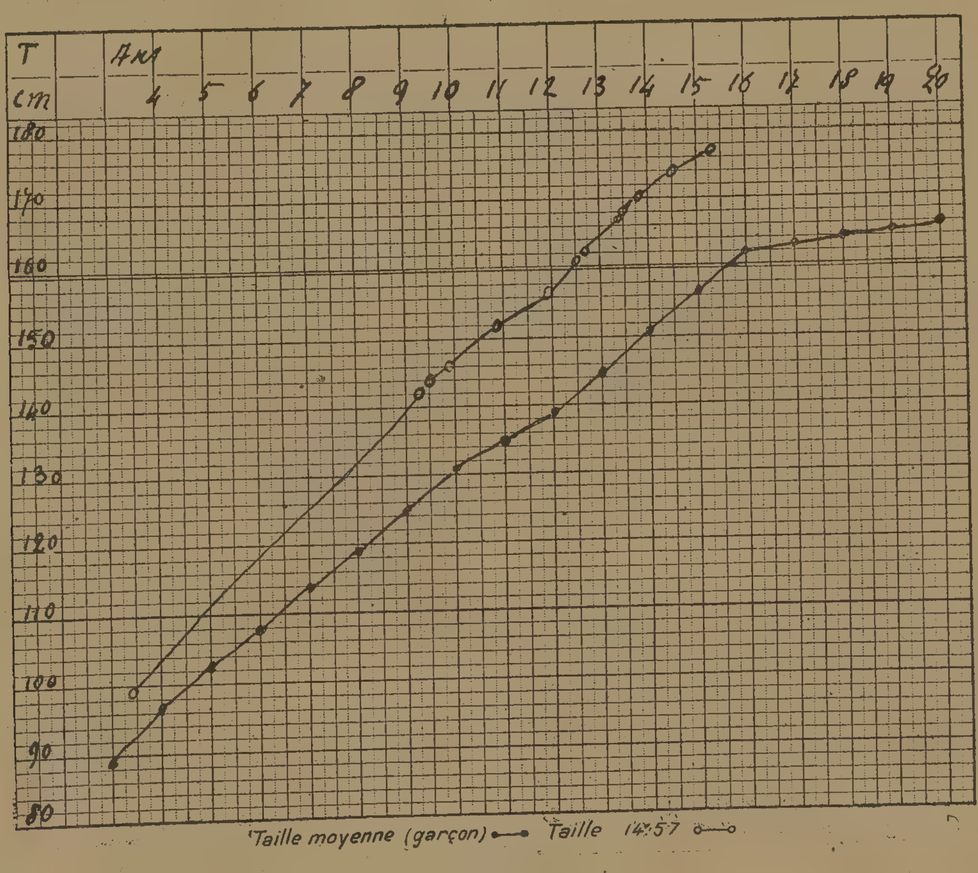
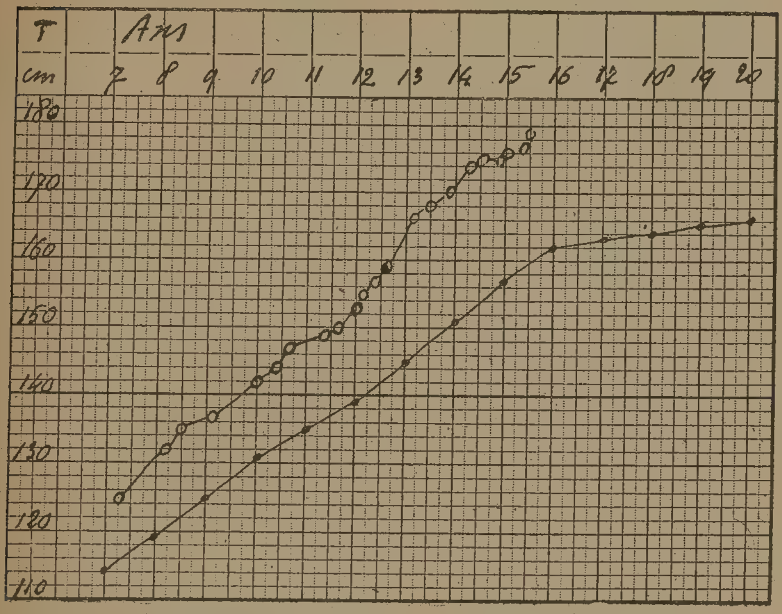


Fig. 4.

Obs. V (fig. 5). — P. de C. (21-559) est frère du garçon de l'observation III. Il mesure, à 7 ans 7 mois, 125 cm., au lieu de 115 cm; l'excès statural est de 10 cm. (8,6 p. 100).

A 8 ans 6 mois, la taille est de 135 cm., au lieu de 122 cm.; l'excès statural de 13 cm. (10,6 p. 100). En 11 mois, l'accroissement statural est de 10 cm., au lieu de 7 cm., supérieur de 3 cm. à la moyenne.



Taille moyenne (garçon) •—• Taille 21.559 o—o

Fig. 5.

A 11 ans 4 mois, la taille est de 149 cm., au lieu de $136^{cm}5$; l'excès statural de $12^{cm}5$ (9,1 p. 100). En 2 ans 10 mois, l'accroissement statural est de 14 cm., au lieu de $14^{cm}5$, inférieur de $0^{cm}5$ à la moyenne.

A 14 ans 3 mois, la taille est de 174 cm., au lieu de $152^{cm}5$; l'excès statural de $21^{cm}5$ (14 p. 100). En 2 ans 11 mois, l'accroissement statural est de 25 cm., au lieu de 16 cm., supérieur de 9 cm. à la moyenne.

A 15 ans 6 mois, la taille est de 179 cm., au lieu de $159^{cm}5$; l'excès statural de $19^{cm}5$ (12,2 p. 100). En 1 an 3 mois, l'accroissement statural est de 5 cm., au lieu de 7 cm., inférieur de 2 cm. à la moyenne.

En résumé : de 7 ans 7 mois à 15 ans 6 mois, l'accroissement statural est de 54 cm. au lieu de $44^{cm}5$, supérieur de $9^{cm}5$ à la moyenne.

L'accroissement statural s'est poursuivi de la façon suivante, par rapport à l'accroissement moyen :

7 ans et demi à 8 ans et demi	+ 3 cm.
8 ans et demi à 11 ans et demi.....	— 0 cm. 5
11 ans et demi à 14 ans..........	+ 9 cm.
14 ans à 15 ans et demi..........	— 2 cm.

L'excès statural est passé de 10 cm. (8,6 p. 100) à $19^{cm}5$ (12,2 p. 100).

Les observations précédentes établissent un certain nombre de faits relatifs à la croissance staturale des garçons de haute stature.

1° *Entre 3 ans*, d'une part, 7, *8 ou 9 ans*, d'autre part, l'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen de 2, 3, 7 ou 8 cm.

2° *Entre 7, 8 ou 9 ans*, d'une part, *11, 12 ou 13 ans*, d'autre part, l'accroissement statural est, en général, à peu près le même que l'accroissement moyen; il est inférieur de $0^{cm}5$, 1 cm., $1^{cm}5$ ou supérieur de $1^{cm}5$, pour les garçons I, II, III et V.

Le garçon IV se comporte seul d'une façon différente : de 9 ans 3 mois à 13 ans 9 mois, l'accroissement statural est supérieur de 5 cm. à la moyenne.

3° *Entre 11 ou 12 ans*, d'une part, *13 ou 14 ans*, d'autre part, trois modalités se rencontrent :

Tantôt, l'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen de $2^{cm}5$, 6 cm., 9 cm. (obs. II, III, V);

Tantôt, l'accroissement statural est sensiblement le même que l'accroissement moyen; il lui est inférieur de $1^{cm}5$ pour le garçon de l'observation IV;

Tantôt, l'accroissement statural est inférieur à l'accroissement moyen : il l'est de $3^{cm}5$ pour le garçon de l'observation I.

4° *Entre 13 ou 14 ans*, d'une part, *15 ou 16 ans*, d'une part :

Tantôt, l'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen : il l'est de 6 cm. pour le garçon de l'observation I.

Tantôt, l'accroissement statural est inférieur à l'accroissement moyen : il l'est de 2 cm. pour le garçon de l'observation V.

Comparons l'accroissement statural des enfants de haute stature et l'accroissement moyen entre 4 ans et 16 ans.

L'*accroissement moyen* est moindre entre 8 et 12 ans (20 cm.) qu'entre 4 et 8 ans (22 cm.) et 12 et 16 ans (23 cm.).

Certains garçons de haute stature présentent le même rythme (observations II, III et V) : l'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen jusqu'à 7 ou 8 ans; il est sensiblement le même depuis 7 ou 8 ans jusqu'à 11 ou 12 ans, puis est de nouveau supérieur. La poussée de croissance peut être précoce, rapide et s'atténuer de bonne heure : pour le garçon de l'observation V, l'accroissement statural est supérieur de 9 cm. à la moyenne entre 11 ans 4 mois et 14 ans 3 mois, lui est inférieur de 2 cm. entre 14 ans 3 mois et 15 ans 6 mois.

D'autres garçons de haute stature présentent des rythmes différents de leur croissance staturale.

Le garçon de l'observation IV a, de 3 ans 4 mois à 13 ans 9 mois, un accroissement statural supérieur à la moyenne; ensuite, jusqu'à 15 ans 3 mois, l'accroissement est inférieur à la moyenne.

Le garçon de l'observation I présente jusqu'à 7 ans 4 mois un accroissement statural supérieur à la moyenne, puis, jusqu'à 14 ans 1 mois, un accroissement inférieur, et, enfin, de 14 ans 1 mois à 16 ans 9 mois, un accroissement supérieur. Il présente donc un retard de la poussée de croissance.

Il est rare de pouvoir mesurer pendant une longue période de temps la taille d'enfants de haute stature. Les observations fragmentaires complètent les données qui viennent d'être exposées.

Obs. VI. — J. M. (28-2653) mesure, à la naissance, 56 cm., au lieu de 50 cm.; l'excès statural est de 6 cm. (12 p. 100).

A 9 mois et demi, la taille est de 77 cm.; au lieu de $67^{cm}5$;

l'excès statural de $9^{cm}5$ (14 p. 100). En 9 mois et demi, l'accroissement statural est de 21 cm., au lieu de $17^{cm}5$, supérieur de $3^{cm}5$ à la moyenne.

Obs. VII. — G. V. (25-1897) mesure, à 2 ans 8 mois, $93^{cm}5$. au lieu de 86 cm.; l'excès statural est de $7^{cm}5$ (8,7 p. 100).

A 4 ans 5 mois, la taille est de $107^{cm}5$, au lieu de $99^{cm}5$; l'excès statural de 8 cm. (8 p. 100). En 1 an 9 mois, l'accroissement statural est de 14 cm., au lieu de $13^{cm}5$, supérieur à la moyenne de $0^{cm}5$.

Ces observations montrent : l'une, qu'un enfant, né avec une haute taille, peut présenter, pendant la première année, un accroissement statural supérieur à la moyenne; l'autre, qu'un enfant de stature élevée peut avoir, de 2 ans et demi à 4 ans et demi, un accroissement moyen.

Les garçons suivants ont été mesurés *entre 3 ans et 9 ans.*

Obs. VIII. — A. de M. (27-2340) présente, de 4 ans 3 mois a 6 ans 9 mois, un accroissement statural supérieur de $2^{cm}5$ à la moyenne; l'excès statural passe de $8^{cm}5$ (8,6 p. 100) à 11 cm. (9,7 p. 100).

Obs. IX. — B. P. (27-2533) présente, de 6 ans 2 mois à 8 ans 2 mois, un accroissement statural supérieur de 2 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $16^{cm}5$ (15,1 p. 100) à $18^{cm}5$ (15,4 p. 100).

Obs. X. — J. P. (23-1078) présente, de 3 ans 11 mois à 6 ans 7 mois, un accroissement statural supérieur de $3^{cm}5$ à la moyenne; l'excès statural passe de 9 cm. (9,3 p. 100) à $12^{cm}5$ (11,2 p. 100).

De 6 ans 7 mois à 9 ans 9 mois, l'accroissement statural est inférieur de 2 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $12^{cm}5$ (11,2 p. 100) à $10^{cm}5$ (10,1 p. 100).

Obs. XI. — H. H. (22-829) présente, de 5 ans 7 mois à 8 ans, un accroissement statural supérieur de $1^{cm}5$ à la moyenne; l'excès statural passe de $5^{cm}5$ (5,2 p. 100) à 7 cm. (5,8 p. 100).

De 8 ans à 8 ans 10 mois, l'accroissement statural est inférieur de 1 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de 7 cm. (5,8 p. 100) à 6 cm. (4,8 p. 100).

Ces enfants se comportent donc suivant le type le plus habituel décrit ci-dessus : accroissement statural supérieur à la moyenne jusqu'à 7 ou 8 ans, puis, à partir de cet âge (observations X et XI) inférieur à la moyenne.

Les garçons suivants ont été mesurés *à partir de 6, 7, 8, 9 ou 10 ans jusqu'à 11, 12 ou 13 ans.*

Obs. XII. — F. V. (23-1277) présente, de 6 ans 2 mois à 12 ans, un accroissement statural moyen; l'excès statural reste de 6 cm. (5,5 p. 100 à 6 ans 2 mois, 4,3 p. 100 à 12 ans).

Obs. XIII. — J. de L. (25-1800) présente, de 7 ans 7 mois à 9 ans 11 mois, un accroissement statural inférieur de $3^{cm}5$ à la moyenne; l'excès statural passe de $9^{cm}5$ (8,1 p. 100) à $6^{cm}5$ (4,9 p. 100).

De 9 ans 11 mois à 11 ans 9 mois, l'accroissement statural est supérieur de 1 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $6^{cm}5$ (4,9 p. 100) à 7 cm. (5 p. 100).

Obs. XIV. — J. B. D. (22-761) présente, de 7 ans 5 mois à 11 ans 1 mois, un accroissement statural inférieur de 1 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de 6 cm. (5,1 p. 100) à 5 cm. (3,1 p. 100); la taille devient moyenne.

Obs. XV. — H. P. (D. 5835) présente, de 8 ans 3 mois à 8 ans 7 mois, un accroissement statural inférieur de $0^{cm}5$ à la moyenne; l'excès statural passe de $13^{cm}5$ (11,2 p. 100) à 13 cm. (10,6 p. 100).

De 8 ans 7 mois à 11 ans 5 mois, l'accroissement statural est supérieur de 4 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de 13 cm. (10,6 p. 100) à 17 cm. (12,4 p. 100).

Obs. XVI. — P. I. (21-589) présente, de 9 ans 7 mois à 9 ans 11 mois, un accroissement statural inférieur de 1 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $8^{cm}5$ (6,6 p. 100) à $7^{cm}5$ (5,7 p. 100).

De 9 ans 11 mois à 12 ans, l'accroissement statural est supérieur de 4 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $7^{cm}5$ (5,7 p. 100) à $11^{cm}5$ (8,3 p. 100).

Obs. XVII. — A. M. (D. 5836) présente, de 10 ans 2 mois à 10 ans 10 mois, un accroissement statural inférieur de 2 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $12^{cm}5$ (9,5 p. 100) à $10^{cm}5$ (7,8 p. 100).

De 10 ans 10 mois à 12 ans 3 mois, l'accroissement statural est supérieur de 3 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de $10^{cm}5$ (7,8 p. 100) à $13^{cm}5$ (9,6 p. 100).

De 12 ans 3 mois à 12 ans 10 mois, l'accroissement statural est inférieur de $1^{cm}5$ à la moyenne; l'excès statural passe de $13^{cm}5$ (9,6 p. 100) à 12 cm. (8,3 p. 100).

Ces observations montrent diverses modalités de la croissance staturale entre 6 et 12 ans.

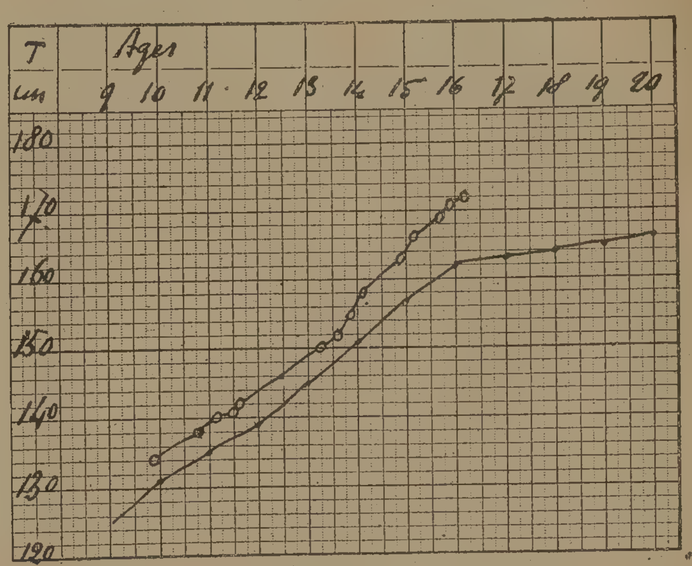
Tantôt (observations XII et XIV), l'accroissement statural est le même que l'accroissement moyen; c'est la modalité habituelle, ainsi qu'il a été constaté ci-dessus.

Tantôt (observations XV, XVI et XVII), l'accroissement statural est moyen jusqu'à 9, 10, ou 11 ans, puis devient supérieur. Il peut (observation XVII) ensuite devenir moyen à partir de 12 ans, la poussée de croissance s'arrêtant.

Tantôt (observation XIII), l'accroissement statural est inférieur à la moyenne jusqu'à 10 ans, puis devient moyen.

Les deux garçons suivants ont été suivis *depuis 9 et 12 ans jusqu'à 16 et 17 ans.*

Obs. XVIII (fig. 6). — P. de S. S. (20-294) mesure, à 9 ans



Taille moyenne (garçon) •—• Taille 20.294 o—o

Fig. 6.

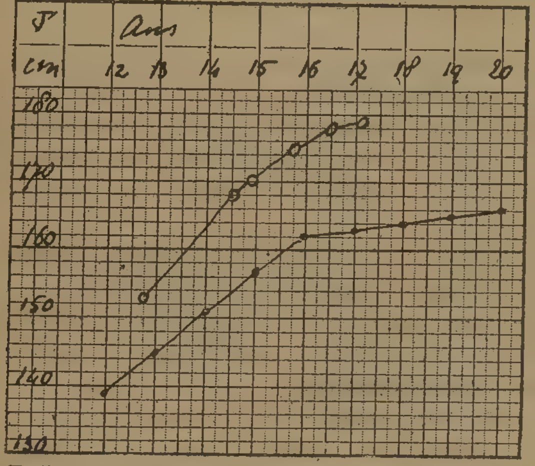
10 mois, 134 cm., au lieu de 130 cm.; l'excès statural est de 4 cm. (3 p. 100); la taille est moyenne.

A 13 ans 7 mois, la taille est de 152 cm., au lieu de 148cm5; l'excès statural de 3cm5 (2,3 p. 100); la taille est toujours moyenne. En 3 ans 9 mois, l'accroissement statural est de 18 cm., au lieu de 18cm5, inférieur de 0cm5 à la moyenne.

A 16 ans 2 mois, la taille est de 172 cm., au lieu de 162 cm.; l'excès statural de 10 cm. (6,2 p. 100). En 2 ans 7 mois, l'accroissement statural est de 20 cm., au lieu de 13cm5, supérieur de 6cm5 à la moyenne.

Ce garçon a donc un accroissement statural moyen et une taille moyenne jusqu'à 13 ans et demi. Puis son accroissement statural devient supérieur à la moyenne et la stature élevée. L'évolution de sa croissance est à rapprocher de celle du garçon de l'observation I, qui avait une stature élevée, constatée à l'âge de 3 ans, puis a fait une poussée d'accroissement à partir de 14 ans.

Obs. XIX (fig. 7). — J. I. (22-777) mesure, à 12 ans 9 mois, 153 cm., au lieu de 143cm5; l'excès statural est de 9cm5 (6,6 p. 100).



Taille moyenne (garçon) •—• Taille 22.777 o—o

Fig. 7.

A 16 ans 6 mois, la taille est de 178 cm., au lieu de 162cm5; l'excès statural de 15cm5 (9,5 p. 100). En 3 ans 9 mois, l'accroissement statural est de 25 cm., au lieu de 19 cm., supérieur de 6 cm. à la moyenne.

A 17 ans 1 mois, la taille est de 179 cm., au lieu de 163 cm.; l'excès statural de 16 cm. (9,8 p. 100). En 7 mois, l'accroissement statural est de 1 cm., au lieu de 0cm5, supérieur de 0cm5 à la moyenne.

Ce garçon présente donc, de 12 ans et demi à 16 ans et demi, un accroissement statural supérieur à l'accroissement moyen; puis, à partir de 16 ans et demi, l'accroissement est moyen.

Il nous reste à étudier l'accroissement statural des garçons de haute stature *à partir de 15 ou 16 ans.* Voici quelques observations :

Obs. XX. — F. de C. L. (19-213) présente, de 14 ans 10 mois à 16 ans 10 mois, un accroissement statural inférieur de 1 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de 17 cm. (10,8 p. 100) à 16 cm. (9,8 p. 100).

Obs. XXI. — J. H. (20-308) conserve, de 15 ans 5 mois à 18 ans 1 mois, la même taille de 174 cm.; pendant ce temps, l'accroissement moyen est de 5 cm.; par suite l'excès statural passe de 15 cm. (9,4 p. 100) à 10 cm. (6 p. 100).

Obs. XXII. — C. B. (19-216) présente, de 17 ans 1 mois à 18 ans 11 mois, un accroissement statural supérieur de 2 cm. à la moyenne; l'excès statural passe de 7 cm. (4,2 p. 100) à 9 cm. (5,4 p. 100).

Obs. XXIII. — A. de F. (27-2541) présente, de 17 ans 6 mois à 18 ans 6 mois, un accroissement moyen de 1 cm. L'excès statural reste de 18 cm. (11 p. 100 à 17 ans 6 mois, 10,8 p. 100 à 18 ans 6 mois).

Comparons l'accroissement statural, à partir de 15 ou 16 ans des garçons de haute stature avec l'accroissement moyen.

L'accroissement moyen, de 16 à 20 ans, est seulement de 4 cm., tandis que, de 12 à 16 ans, il est de 23 cm.

Pour les garçons de haute stature, l'accroissement statural :

Tantôt est moyen (observations I, XIX, XX, XXIII);

Tantôt est supérieur à la moyenne (observation XVII);

Tantôt est inférieur à la moyenne (observation XXI);

L'excès statural reste le même, augmente ou diminue.

***

Telles sont quelques-unes des modalités de la croissance staturale des garçons de haute stature, présentant de l'hypertrophie staturale.

D'une façon générale, jusqu'à 7, 8 ou 9 ans, l'accroissement statural est supérieur à l'accroissement moyen et l'excès statural augmente. Les courbes de croissance du sujet de haute stature et la courbe moyenne divergent plus ou moins. Normalement, de 4 à 8 ans, la croissance staturale se ralentit.

Ensuite, jusqu'à 11, 12 ou 13 ans, l'accroissement statural est approximativement le même que l'accroissement moyen; l'excès statural se modifie peu; les courbes de croissance du sujet de haute stature et la courbe moyenne sont à peu près parallèles. Normalement, de 8 à 12 ans, la croissance staturale est moins forte qu'auparavant.

A partir de 11, 12 ou 13 ans, l'accroissement statural devient supérieur à l'accroissement moyen, l'excès statural augmente, la courbe de croissance du garçon de haute stature et la courbe moyenne divergent. Normalement, de 12 à 16 ans, l'accroissement statural est supérieur à celui de la période précédente.

A partir de 14, 15 ou 16 ans, l'accroissement statural est approximativement le même que l'accroissement statural moyen; l'excès statural tantôt reste le même, tantôt augmente ou diminue légèrement. Normalement, de 16 à 20 ans, l'accroissement statural est très réduit.

Il existe donc une certaine relation entre le rythme de la croissance staturale des garçons de haute stature et le rythme de la croissance moyenne. L'accroissement est supérieur à la moyenne avant 7 ou 8 ans, d'une part, de 11 ou 12 ans jusqu'à 15 ou 16 ans, d'autre part; il est approximativement moyen dans la période intermédiaire et après 15 ou 16 ans; or, cet accroissement moyen correspond aux phases normales de ralentissement de la croissance.

Il existe naturellement des *modalités différentes* de celle qui vient d'être décrite.

L'accroissement statural peut rester supérieur à la moyenne entre 8 et 12 ans et l'excès statural continuer d'augmenter; dans ce cas, l'accroissement peut se rapprocher de la moyenne des 13 ou 14 ans.

L'accroissement statural, supérieur à la moyenne jusqu'à 7 ou 8 ans, peut lui devenir inférieur jusqu'à 13 ou 14 ans; alors seulement il devient de nouveau supérieur et l'excès statural augmente.

La poussée d'accroissement statural peut être précoce, commencer à 9 ou 10 ans; dans ce cas, elle peut s'arrêter vers 12 ans et dès lors l'accroissement devenir moyen.

La taille peut être moyenne jusqu'à 13 ou 14 ans, ensuite l'accroissement statural devenir supérieur à la moyenne.

L'ARTHRODÈSE PAR ENCHEVILLEMENT

DANS LA TUMEUR BLANCHE DU GENOU CHEZ L'ADULTE

Par M. LANCE,

Chargé de la consultation d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'*arthrodèse*, c'est-à-dire la suppression des mouvements d'une articulation saine par la soudure de ses surfaces osseuses, avivées, privées de leur revêtement cartilagineux est une opération déjà ancienne puisqu'elle a été proposée par Albert en 1878.

Elle trouvait son application dans la fixation des articulations ballantes de la paralysie infantile (cou de pied, genou, hanche, épaule, poignet).

L'opération d'Albert est assez complexe, nécessite un large jour sur les articulations. Elle entraîne une légère perte de longueur du membre (15 à 20 millimètres pour le genou), ce qui est important s'il s'agit d'un membre trophiquement plus court.

On a cherché à obtenir le même résultat à moins de frais.

Lexer, en 1906, propose de pratiquer l'ankylose artificielle par la transfixion articulaire au moyen de l'enchevillement par greffe osseuse.

La technique en est simple. Pour le genou, après prélèvement d'un greffon ostéo-périostique tibial ou péronier, on pratique un double tunnel en V partant de la tubérosité antérieure du tibia et se dirigeant à travers l'espace articulaire, l'un dans le condyle interne, l'autre dans le condyle externe. Un greffon est introduit de force dans chaque tunnel.

Peu après (1908) Bade propose l'enchevillement en X : un greffon partant du condyle interne pour s'implanter dans la partie externe du plateau tibial, l'autre, parti de la partie externe de ce plateau, atteint le condyle externe.

L'arthrodèse par enchevillement est simple, rapide, elle ne supprime rien de la longueur du membre, les suites opératoires sont insignifiantes.

Mais l'ankylose osseuse cherchée ne fut obtenue que d'une manière tout à fait inconstante.

En effet, voici ce qui se passe et ce que permettent de suivre les radiographies successives : les portions de greffon qui sont contenues dans les extrémités osseuses subsistent bien et subsistent même avec leurs caractères primitifs. C'est-à-dire que, si la cheville implantée dans du tissu spongieux est une cheville d'os compact, elle persiste sous la forme d'os compact. Il n'en est pas de même au niveau de l'interligne articulaire, où l'on observe le plus souvent la disparition du greffon et la réapparition des mouvements articulaires. Il persiste bien un enraidissement dû aux adhérences fibreuses créées par la destruction locale partielle du cartilage d'encroûtement, mais le résultat cherché — l'ankylose osseuse — n'est pas obtenu. Cette disparition est attribuée le plus souvent à une résorption progressive, quelquefois à une fracture due à la persistance de mouvements articulaires puisqu'on peut voir une consolidation secondaire se produire, ce qui est d'ailleurs l'exception.

Ce n'est pas tout. Si l'enchevillement est pratiqué chez l'enfant, et que le cartilage de conjugaison a été intéressé par le greffon, on peut observer des déviations articulaires secondaires en particulier au niveau du genou.

C'est pourquoi Lexer recommande de ne pratiquer son opération que chez l'adulte.

Ces raisons ont fait abandonner peu à peu l'enchevillement intra-articulaire comme méthode d'arthrodèse des articulations *saines*. On est revenu à l'arthrodèse d'Albert par dénudation osseuse en y joignant ou non pour plus de sécurité l'apposition de greffons extra-articulaires au contact de gouttières d'avivement des os, (Arthrodèse extra-articulaire de Cramer (1910), soit un enchevillement intra-articulaire à la Lexer (1).

***

Cependant si l'enchevillement ne réussit pas à procurer l'ankylose dans la paralysie infantile, c'est parce qu'on cherche à ankyloser une articulation *saine* et que le greffon traverse une cavité articulaire normale au niveau de laquelle il se résorbe. Si l'enchevillement se faisait dans une articulation ou une arthrite ancienne a érodé les cartilages d'encroûtement, comblé la cavité articulaire au moyen d'adhérences, de fongosités, de tissu fibreux, comme il n'existe plus de cavité articulaire, ce greffon ne va-t-il pas persister dans toute son étendue? ne va-t-il pas devenir l'origine d'un foyer de calcification de ces adhérences, et à l'ankylose fibreuse ne va-t-il pas se substituer peu à peu une ankylose osseuse?

Si cette hypothèse est exacte, on pourrait transformer par simple enchevillement les ankyloses fibreuses incomplètes, suite d'arthrites, en ankyloses osseuses, totales et définitives.

On comprend l'importance d'une telle transformation.

(1) Voir : G. LUSENA. Arthrodèse du genou au moyen d'un transplant libre, *Chirurgia degli organi di movimento*, avril 1927, vol. XI, p. 258-274. — H. TYRREL GRAY. Stabilisation du genou ballant, *Brit. Journ. of surg.*, 1928, vol. XV, n° 59, p. 390-400. — W. ROWLEY-BRISTOW. L'arthrodèse, *Id.*, p. 401-413. — ALBEE. Arthroplastie du genou, *Surg., gyn. and obst*, 1928, p. 325, fig. 315.

On sait, par exemple, pour les tumeurs blanches du genou, combien ces ankyloses incomplètes présentent d'inconvénients. On peut les ranger en trois groupes : 1° les douleurs continues ou par poussées survenant à la suite d'un mouvement trop brusque ou trop violent, résultant du tiraillement des adhérences fibreuses; 2° les dangers de rechute par réveil du foyer tuberculeux en sommeil, lors d'une de ces poussées et même la possibilité de dissémination à distance lors d'une rechute; 3° l'exagération progressive des déformations (flexion, valgus) reliquat de la tumeur blanche primitive.

La constitution d'une bonne ankylose osseuse dans la position de redressement maximum ferait disparaître ces séquelles et donnerait au malade une sécurité définitive. Si l'enchevillement, opération simple, non mutilante, sans suites opératoires peut donner ce résultat, elle peut rendre de grands services dans les séquelles de la tumeur blanche du genou.

*
* *

Voyons maintenant les faits.

Nous avons pratiqué depuis novembre 1926, 8 fois des enchevillements du genou sur des tumeurs blanches chez des adultes.

Les 6 premières opérations ont été publiées à la Société de chirurgie, séance du 1er mai 1929 (*Bull. et Mém.*, 11 mai 1929, t. LV, n° 15, p. 626-636, 6 fig.). Les 2 autres ont été pratiquées trop récemment pour en tenir compte.

Des 6 premières observations seules les 3 premières ont été pratiquées sur des tumeurs blanches très anciennes à foyer éteint. Chez des malades présentant des phénomènes douloureux ou des rechutes liées à une ankylose incomplète.

Dans ces 3 cas, le raccourcissement était déjà respectivement de 2 centimètres chez les 2 premiers, 6 centimètres chez le troisième.

Dans ces cas l'arthrodèse intra-articulaire n'est pas praticable ou plutôt elle se transforme forcément en résection, puisqu'on est obligé de couper jusqu'à ce qu'on trouve un os jugé suffisamment sain, calcifié, pour pouvoir obtenir une consolidation solide. Le raccourcissement aurait été porté à 6, 7 centimètres chez les premiers malades, 10, 12 chez la dernière. Nous avons voulu éviter une telle mutilation et chercher l'ankylose osseuse par simple enchevillement.

Les résultats ont répondu à notre attente. Dans les 3 cas (1) après vingt-deux mois, treize mois et demi, dix-neuf mois, l'ankylose est cliniquement totale et la radiographie montre la persistance du greffon *dans sa totalité*, même au niveau de ce qui fut l'interligne articulaire. Bien plus, dans cet ancien espace articulaire autour du greffon, on voit des dépôts calcaires qui ont envahi l'interligne articulaire. Chez le premier et troisième malade on peut dire que la moitié de l'interligne traversé par le greffon est opaque. L'ankylose déborde donc les limites du greffon pour envahir soit les adhérences antérieures, soit par la création de nouvelles adhérences au niveau de l'éclatement articulaire produit lors de la perforation du tunnel osseux.

La solidité de cette ankylose n'est pas douteuse, notre premier opéré nous en a fourni la preuve expérimentale en faisant vingt-deux mois après son opération une chute grave de motocyclette. Projeté au loin sur la route, il est relevé avec une fracture du fémur au tiers moyen du côté de sa cuisse malade. Mais l'ankylose du genou a tenu bon. Nous l'avons revu six mois après, le genou est sec, froid, sans aucune réaction.

Un résultat analogue a été obtenu par M. Tuffier (1). Dans son observation VIII, un enchevillement pratiqué sur une vieille tumeur blanche guérie montre quatre ans après que les chevilles existent toujours; « sur la radiographie, on voit nettement l'ankylose du condyle interne, ankylose vraie, le fémur et le tibia se continuant l'un avec l'autre. » C'est conclut M. Tuffier « une guérison par ankylose comme nous en voyons après les résections, mais sans aucune perte de substance osseuse. »

La preuve est donc faite que l'on peut, dans les tumeurs blanches anciennes du genou, *guéries*, lorsque le *processus n'est plus en activité*, obtenir par simple enchevillement, une ankylose osseuse.

*
* *

Peut-on demander plus à cette thérapeutique. L'enchevillement pratiqué dans les tumeurs blanches *en activité*, s'il procurait aussi l'ankylose osseuse hâterait certainement la guérison du processus tout en permettant une mobilisation plus précoce du malade.

La première objection qui vient à l'esprit est que la transfixion de part en part d'une ostéo-arthrite tuberculeuse peut offrir des dangers, soit par la dissémination possible des germes, soit par la fistulisation de la plaie opératoire.

Nous ne rouvrirons pas la discussion sur le sujet des méningites post-opératoires. Pour notre part, comme notre maître Victor Ménard, nous n'y croyons guère. En tout cas, même en admettant leur existence, il faut avouer que l'enchevillement, micro-opération, réduit au minimum ce risque. Pour la fistulisation de la plaie opératoire, même remarque. Cette plaie est infime et fermée en huit jours. Cependant chez un de nos opérés (obs. IV) une fistulisation secondaire s'est produite deux mois après l'opération. Mais six mois après, elle était fermée spontanément et restait fermée depuis. Notre opéré de l'observation VI était fistuleux depuis six mois et sa fistule se ferma spontanément dix-sept jours après l'opération. Les opérations pratiquées par l'Ecole Lyonnaise dans la tuberculose osseuse, de même que les tentatives de Robertson-Lavalle et des chirurgiens qui l'ont imité, nous ont prouvé la grande tolérance des extrémités articu-

(1) Nous avons revu la troisième malade en octobre 1929, dix-neuf mois après son opération avec une ankylose totale osseuse à la radiographie.

(1) TUFFIER. Essai sur l'enchevillement articulaire dans les ostéo-arthrites, *Presse méd.*, 31 juillet 1929.

laires en pleine activité tuberculeuse pour les transplants osseux.

Nous ne croyons donc pas qu'il soit dangereux de faire un enchevillement osseux dans une tumeur blanche du genou encore en activité. Mais, est-ce utile?

Nous l'avons pratiquée chez 3 malades. Qu'avons-nous obtenu?

Dans ces cas, il semble que l'ankylose osseuse n'ait pas été obtenue. Chez les 2 malades que nous avons pu suivre assez longtemps une ankylose a bien pu être obtenue, mais dans un cas, le greffon s'est résorbé au niveau de l'interligne. C'est une ankylose fibreuse.

M. Tuffier a pratiqué trois fois l'enchevillement pour des tumeurs blanches du genou en activité (obs. V. VI et VII). Dans les 3 cas, il a été amené à une résection secondaire et a pu constater l'état des greffons. « Dans les 2 premiers cas, les greffons, réséqués quelques mois après l'enchevillement, intacts dans les extrémités osseuses, étaient en voie de résorption, de nécrose, au niveau de l'interligne articulaire. Chez la troisième malade, l'ankylose avait été obtenue — mais en position vicieuse — lors de la résection orthopédique pratiquée deux ans après l'enchevillement, on trouve un léger degré d'ankylose provoquée évidemment par la cheville que je dois *briser* pour obtenir une flexion complète du genou. »

On peut donc dire que, dans les tumeurs blanches encore en activité, l'action ankylosante de l'enchevillement est inconstante, aléatoire. La résorption du greffon nous paraît d'autant plus certaine que l'on est près du début et qu'il existe encore une cavité articulaire (hydarthrose par exemple). La production d'une ankylose osseuse aura d'autant plus de chances de se produire que le processus sera ancien, qu'il se sera créé des adhérences, qu'on aura affaire à une forme plastique de l'ostéo-arthrite.

*
* *

Mais si nous n'avons pu ankyloser à coup sûr les tumeurs blanches du genou que nous avons enchevillées, nous avons été frappé, chez nos opérés par des faits qui confirment ce qu'ont signalé tous ceux qui ont pratiqué l'implantation de greffons osseux dans les extrémités osseuses des articulations atteintes de lésions tuberculeuses.

1° Action sur la douleur. — Elle a été très nette, immédiate dans tous nos cas. Il nous semble impossible de l'attribuer à l'immobilisation de l'article, puisque au point de vue mécanique on ne peut l'obtenir avec une seule cheville ainsi que nous l'avons pratiquée, et que d'autre part nous avons fait marcher nos malades le quinzième jour. Il nous semble difficile de ne pas faire jouer ici, comme l'a avancé Robertson-Lavalle un rôle à la trépanation osseuse nécessitée par l'enchevillement.

2° Diminution du gonflement articulaire. — Moins frappante que l'action sur la douleur parce qu'elle n'est pas instantanée; cette action n'a pas été moins nette chez certains opérés (obs. III-V) nous obligeant au bout de quelques semaines à remplacer le plâtre devenu trop grand, ce qui ne s'était pas produit antérieurement.

Dans les 3 premières observations, en quelques semaines, on assiste à la disparition des signes inflammatoires : le genou est devenu sec, froid, les adénopathies à distance ont disparu. Dans l'observation IV, une fistule qui existait depuis six mois, s'est fermée définitivement dix-sept jours après l'opération.

3° Récalcification osseuse. — Chez les 5 opérés (I, II, III, IV, VI) chez lesquels nous avons pu obtenir des épreuves radiographiques à distance de l'opération, nous avons constaté une reconstitution tout à fait anormale comme rapidité et étendue des extrémités osseuses : netteté des contours, réapparition des trabécules, opacification de ces travées et de la corticale des épiphyses et de la diaphyse. Il nous semble difficile de ne pas voir là l'action favorable exercée par la présence du greffon osseux dans les extrémités osseuses du foyer.

*
* *

Quelques mots sur la technique de l'enchevillement. Elle est très simple.

Un greffon total dont on a calculé la longueur sur la radiographie du genou malade, cliché de face, est prélevé soit à la double scie électrique, soit au ciseau et au maillet.

La longueur est en moyenne de 12 à 14 centimètres, l'épaisseur doit être de 1 centimètre. Le greffon est prélevé sur le tibia *sain*.

Du côté malade, l'os prélevé serait décalcifié, friable et on risquerait de le briser en l'enfonçant. Une fois prélevé, il est mis dans du sérum chaud.

Le genou malade est abordé en oblique, en allant soit du plateau tibial interne ou externe au condyle opposé, soit d'un des deux condyles au plateau tibial. Le choix de la porte d'entrée est fixée par les lésions montrées par l'examen clinique (fistules, abcès, cicatrices), ou la radiographie (éviter les cavernes, pertes de substance).

Le bistouri incise directement les téguments jusqu'à l'os sur 2 centimètres de longueur. On garnit de champs les bords de la plaie.

Le genou est placé en extension aussi complète que possible s'il y a du raccourcissement, en flexion légère s'il n'y a pas de raccourcissement. On perfore alors le tunnel osseux.

Nous nous servons pour cela du poinçon à 4 pans du professeur Ombrédanne, dont nous avons fait faire un grand modèle de 12 centimètres de long, avec faces excavées pour permettre l'écoulement du sang, et diamètre maxima de 9 millimètres, d'un pan à l'autre en oblique, si bien que le tunnel n'aura que 9 millimètres de diamètre et que le greffon de 1 centimètre y entrera à frottement dur.

On pique le greffon au point d'entrée choisi, on fait placer le doigt de l'aide en face du point vers lequel on se dirige et l'on vise avec soin la direction à suivre. Le poinçon est entré en tournant et appuyant doucement. On sent nettement la perforation

de la corticale de l'épiphyse, puis la pénétration dans l'espace articulaire, un nouvel effort pour la corticale de l'autre os et on entre encore de 3 ou 4 centimètres dans le tissu spongieux, on laisse le poinçon en place.

On reprend le greffon, on le régularise à la pince, on apointit un des bouts à la pince-gouge. On retire alors le poinçon de l'os et l'on engage à sa place le bout du greffon. On le fait tenir par l'aide. Puis en coiffant son bout avec la capsule de l'un des mors de la pince-gouge démontée ou avec le creux de la gouge de Legouest, on le chasse doucement en quelques coups de la massette de bronze. S'il est trop long, un coup de pince-gouge le coupe au raz de l'os. On ferme : un catgut sur l'aponévrose, 2 crins sur la peau, un pansement, un maillot, un petit plâtre circulaire.

Le tout demande de trente à trente-cinq minutes.

Le malade se lève le quinzième jour.

Au bout de trois mois, on enlève le plâtre et on le remplace par un celluloïd enlevé la nuit, porté le jour pendant un an.

On voit la simplicité de l'opération et de ses suites.

Il n'y a aucune convalescence à prévoir.

* * *

Pour conclure, nous dirons qu'actuellement il est acquis que dans les tumeurs blanches du genou de l'adulte anciennes, traînantes, à répétition, douloureuses du fait de l'ankylose incomplète, l'enchevillement procurera à peu de frais, sans augmenter le raccourcissement, en fixant même le redressement d'une position vicieuse, une ankylose osseuse solide, définitive.

Dans les tumeurs blanches encore en évolution, son action ankylosante est plus douteuse. Cependant cette action s'exerce favorablement sur la douleur, le gonflement articulaire, et la récalcification des extrémités osseuses. Elle pourrait donc être utilisée avec avantage à la fin de l'évolution de la tumeur blanche quand elle évolue déjà vers l'ankylose fibreuse et ne pourra que hâter la guérison de l'affection et la reprise de la marche.

A PROPOS DE L'ARTÉRIO-HYPOTENSION PERMANENTE IDIOPATHIQUE (1)

M. le professeur Andrea Ferranini (de Naples), qui a décrit il y a vingt-six ans le nouveau type morbide étudié au Congrès français de médecine de Montpellier, nous rappelle que, dans son premier travail publié en 1903, il avait adopté la dénomination « artério-hypotension chronique ou permanente », la même qu'il voit adopter aujourd'hui par les rapporteurs MM. Lian et Blondel. L'année suivante, en 1904, il préféra l'expression « angio-hypotonie constitutionnelle » pour rendre plus caractéristique la défaillance de la tension imputée primitivement ou idiopathiquement aux vaisseaux et non pas au cœur; cette expression embrassait simultanément les artères, les veines, les vasa-vasorum, et elle dépendait d'anomalies générales de la constitution personnelle dans les différents tissus et humeurs, de sorte que derrière le syndrome vasal, mécano-hydraulique en apparence, il fallait rechercher des troubles dystrophiques, dont l'anomalie vasale était une localisation, si importante cependant, que M. Ferranini en 1903 en fit le nouveau type morbide qui se discute dans le Congrès actuel.

M. Ferranini montre l'application de cette conception pathogénique dans le champ fonctionnel de plusieurs organes, même des organes endocrines. A propos de ceux-ci il rappelle que dans une première publication de 1911 il s'est servi des injections d'adrénaline pour définir dans les maladies l'existence et l'intensité des troubles dans la fonction des vaisseaux. Chez plusieurs malades étudiés de la sorte, les recherches sur les graphiques de la réaction vasale à l'adrénaline ont eu le contrôle de l'examen histopathologique des vaisseaux et du cœur sur le cadavre. M. Ferranini voit confirmée par l'autorité des rapporteurs, MM. Lian et Blondel, l'indication qu'il a donnée de se servir, en clinique, des produits endocriniques comme test d'essai sur l'état fonctionnel des vaisseaux.

Le résultat des recherches cliniques et expérimentales du rapporteur, M. Dumas, et de M. Etienne, confirme que, comme M. Ferranini l'avait publié en 1903, l'angio-hypotonie générale peut être cause d'effort pour le cœur. A l'époque de 1903, l'énonciation de ce fait a semblé une hérésie. Comme une autre hérésie alors, on a considéré un autre fait, publié par M. Ferranini, c'est-à-dire que l'artériosclérose peut s'associer avec l'hypotonie des vaisseaux, non pas toujours ou exclusivement avec l'anomalie opposée, l'angiospasme. Cette opinion de M. Ferranini était contraire à celle de Huchard qui, cependant, finit par publier des cas cliniques où réellement l'artériosclérose s'associait avec l'angio-hypotonie.

Le traitement vise à tonifier les vaisseaux et plus généralement tout le reste de l'organisme à l'aide des médicaments, de la thérapie physique, de la diététique, de l'aérothérapie, de l'héliothérapie, de l'hygiène générale, de l'opothérapie.

En terminant, M. Ferranini remercie la présidence du Congrès, car pour la première fois dans un Congrès le nouveau type morbide, individualisé par lui, a été le thème de rapports et d'une discussion générale. En même temps il remercie les rapporteurs et les orateurs de la discussion qui, d'une manière objective, ont mis au point le fait que le nouveau type morbide a été fondé cliniquement en Italie.

(1) *Congrès franç. de méd.*, 1929, voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n 87, p. 1545.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1929)

A propos de la communication de M. Charles Richet fils sur « l'anaphylaxie clinique aux Etats-Unis ». — M. Pasteur Vallery-Radot rappelle qu'il utilise la méthode des cutiréactions dans les maladies anaphylactiques depuis huit années. Il montre qu'il est inutile de faire systématiquement des cutiréactions à tout asthmatique, tout urticarien ou tout migraineux.

Il insiste sur l'erreur de vouloir faire de tous les asthmes des manifestations d'anaphylaxie. C'est seulement si l'on soupçonne une cause anaphylactique à l'asthme qu'il y a lieu de faire l'épreuve des cutiréactions, mais, en agissant avec discernement, quelques-unes suffisent.

L'auteur, dans les cas d'asthme bronchique, de coryza spasmodique ou d'urticaire qu'il supposait d'origine anaphy-

lactique, a trouvé 30 à 35 p. 100 de cutiréactions positives.

D'après l'auteur, une cutiréaction positive ne peut être considérée que comme une indication. Elle a besoin de la sanction thérapeutique.

Quatre nouveaux cas de sclérose en plaques traités par la sérothérapie hémolytique. (*Présentation de malades.*) — MM. Laignel-Lavastine et Korassios rappellent que les trois malades présentés à la Société de neurologie l'année passée n'ont pas eu de rechute ; par conséquent, dans le cas des deux premiers, guérison complète depuis trois ans environ; dans le cas du troisième, amélioration persistante. Ils montrent aujourd'hui quatre nouveaux malades. Les auteurs, passant sous silence d'autres cas d'améliorations obtenues chez des malades encore plus anciennement atteints, rappellent que le traitement par les sérums hémolytiques est d'autant plus efficace qu'il s'adresse à des malades atteints depuis peu longtemps ou dont la maladie présente une évolution lente. On obtient, dans ces cas, la guérison définitive. Chez des malades plus anciennement atteints, à part les importantes améliorations enregistrées, la maladie semble cesser d'évoluer.

Méningite purulente pneumococcique guérie. — MM. Laignel-Lavastine et Pierre Bernal présentent un jeune homme guéri d'une méningite purulente pneumococcique. Il s'agit d'une méningite purulente otitique avec présence de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien, et qui a guéri. Il semble donc que les épisodes méningés otitiques demeurent parfois curables, même lorsqu'il y a méningite purulente et nettement microbienne, et qu'un traitement médico-chirurgical très énergique garde son indication d'urgence.

Présentation de huit malades, atteints de tumeurs cérébrales diverses, opérés et guéris. — MM. Cl. Vincent, M. David et P. Puech. L'an dernier, en décembre, M. Vincent présentait, au nom de M. Martel et au sien, huit cas de tumeurs du cerveau extirpées. Les sujets étaient guéris de l'opération et la plupart se comportaient comme des individus normaux. Les trois quarts avaient été opérés par MM. de Martel et Vincent, deux par M. Vincent et ses assistants. Aujourd'hui il présente, aux noms de MM. David, P. Puech et au sien, huit sujets atteints naguère de néoplasies cérébrales diverses et guéris. Ils font partie d'une série de dix-huit cas dont dix sont guéris, quatre sont morts de l'opération et quatre autres sont morts de leur tumeur malgré l'opération.

Personnellement, M. Vincent rappelle qu'il a pu réaliser ces opérations, dont la plupart n'avaient pas encore été réussies en France, grâce à son éducation médicale française, grâce à l'internat des hôpitaux, grâce à M. de Martel qui a été pour lui un maître généreux.

Tuberculose grave et localisations multiples : osseuses, articulaires, ganglionnaires, péritonéales, rénales. Guérison complète depuis dix ans. — MM. Léon Michaux et Guy Albot. Il s'agit d'un cas de tuberculose que singularisent diverses particularités : diffusion lésionnelle, gravité extrême de plusieurs localisations, évolution par poussées s'étageant sur les vingt-neuf premières années de la vie. Le caractère le plus remarquable de cette observation est la curabilité assez inattendue de la maladie. La malade, littéralement couturée de cicatrices tuberculeuses, est complètement guérie depuis dix ans et son état général est assez parfait pour lui permettre une vie très active. Les raisons de cette évolution favorable et si inattendue ne sont pas éclairées par les modalités et les sources du contage dont la recherche rétrospective est négative.

La pleurotomie dans les pleurésies tuberculeuses. Résultats éloignés. La raison des échecs. — MM. Maurice Renaud, Miget et Petit-Maire reprennent l'étude des indications des pleurotomies en tenant compte des résultats tardifs de leurs interventions et des faits nouveaux qu'ils ont observés. Ils présentent d'abord trois malades complètement guéries chez lesquelles l'ouverture de la plèvre a déterminé une véritable résurrection. La troisième malade garde sa plèvre ouverte et drainée depuis deux ans. Son état est assez satisfaisant pour qu'elle ait repris son travail.

Une quatrième malade a succombé après avoir imprudemment quitté l'hôpital. Comme le drain avait été ultérieurement enlevé, la fermeture de la plèvre n'a pas été sans exercer l'influence fâcheuse sur la marche de la maladie.

Les résultats de l'intervention ont donc été excellents toutes les fois que l'infection pleurale jouait un rôle important dans l'ensemble de la maladie. Mais il est pratiquement très difficile de déterminer l'importance relative de la localisation pleurale.

L'intensité et la grande extension évidente de la tuberculose aux deux poumons qui rendent inutile toute intervention doivent seules faire écarter le geste opératoire.

Les lésions rénales tardives de l'hypertension artérielle primitivement solitaire. — M. Dumas (de Lyon) rapporte plusieurs observations d'hypertension artérielle solitaire ne s'étant accompagnées que tardivement de lésions rénales. Dans ces cas, l'hypertension artérielle était primitive, les lésions rénales secondaires. Il a noté, en outre, que ce type de néphrite secondaire avait un caractère particulier. A l'examen histologique on constate que ce sont des lésions vasculaires qui prédominent.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADOVERNE, NOUVEAU CARDIOTONIQUE

Par le docteur J.-M. Sacaze.

L'étude de l'adonis vernalis et de ses extraits remonte déjà à une cinquantaine d'années.

Dès 1882, Vincenzo Cervello isole de cette plante un extrait alcoolique qu'il dit tout à fait comparable à la digitaline. En 1888, Jean Guirlet (de Nancy), tout en arrivant à la même conclusion, fait remarquer qu'il n'y a jamais de phénomènes d'accumulation. Leibreich, en 1902, met en relief l'action diurétique de l'adonis qu'il compare à la scille. Depuis, les extraits de l'adonis ont été successivement étudiés, préconisés ou battus en brèche par Biau, Henrijean, Honoré, Lemoine, Chevalier, Mayet, etc...

Les divergences d'opinion sur l'action pharmacodynamique et thérapeutique de l'adonis vernalis proviennent, d'après l'étude si documentée de L.-J. Mercier et F. Mercier, de ce que les divers auteurs n'ont pas expérimenté avec des produits toujours identiques. Après de nombreuses recherches, L.-J. et F. Mercier sont en effet arrivés à caractériser les principes actifs de l'adonis. Ils partent de l'adonis vernalis botaniquement identifié et provenant de Russie. Leurs manipulations portent sur la plante en totalité (fleurs, feuilles, tiges, racines). Ils en extraient un glucoside très soluble dans l'eau et dans l'alcool : l'adonisoside, et un glucoside presque insoluble dans l'eau et très soluble dans l'alcool : l'adonivernoside.

L'adoverne « Roche » représente ces deux glucosides cardiotoniques de l'adonis vernalis, dans la proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs.

L'action pharmacodynamique et l'étude expérimentale de ce produit ont été faites par L.-J. et F. Mercier, R. Lutembacher, Pouchet, Jung, Fontenailles, Chausset et J. Faguet. Ces auteurs sont arrivés aux résultats suivants :

1° La toxicité de ce produit, à la vérité extrêmement faible,

peut être considérée comme nulle aux doses thérapeutiques.

2° Ce médicament exerce sur le système nerveux et spécialement sur l'écorce cérébrale une action sédative très marquée.

3° L'action de ce produit sur l'appareil cardio-vasculaire est assez complexe.

a. Action vaso-constrictive portant sur tout l'arbre vasculaire, d'où augmentation de la tension artérielle.

b. Augmentation d'amplitude des contractions (action cardiotonique directe sur le muscle cardiaque et les faisceaux de His) et ralentissement du rythme cardiaque. Pour L.-J. et F. Mercier, ce ralentissement est une bradycardie réflexe d'origine pneumogastrique, destinée à contrebalancer l'hypertension résultant de l'action vaso-constrictive des doses moyennes.

4° L'action diurétique de ce produit est double.

a. Action directe sur l'épithélium rénal combinant les propriétés de la scille et de la caféine.

b. Action indirecte par augmentation de la tension artérielle.

5° L'adoverne agit aussi comme stimulant du centre respiratoire avec, comme résultat, une augmentation du rythme et surtout de l'amplitude respiratoires.

6° L'élimination est très rapide. Tous les auteurs ont insisté sur ce fait que l'adoverne ne s'accumule pas.

Ces diverses propriétés des glucosides de l'adonis (adoverne) offrent au praticien des ressources différentes et nombreuses.

L'adoverne est toujours identique à lui-même; son activité est étalonnée physiologiquement à la valeur de 300.000 unités-grenouille par gramme; il agit rapidement, son action est durable, sans toutefois donner lieu à des phénomènes cumulatifs; il ne provoque pas d'accoutumance et n'est pas toxique aux doses thérapeutiques.

On l'utilise en solution ou sous forme de granules : xxx gouttes ou 4 granules = 1 centimètre cube d'une solution à 5 p. 1000 des glucosides cardiotoniques de l'adonis.

On administre xv à xxx gouttes ou 2 à 4 granules par jour en deux fois. Le traitement est de trois jours et, suivant les cas, doit être renouvelé assez souvent en raison de la capacité d'élimination du médicament.

La principale indication de l'adoverne est, comme pour la digitaline, l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète, telle qu'on l'observe surtout dans les cardiopathies mitrales. Il s'agit, comme on sait, de tachyarythmie ventriculaire, et les contractions trop nombreuses sont inefficaces pour diminuer la stase. La digitaline, utilisée dans ces cas, ralentit le rythme cardiaque, mais accentuant et continuant trop, son action oblige le cœur à se contracter sur une masse de sang trop volumineuse, risquant ainsi d'amener une dilatation aiguë du cœur gauche. L'adoverne est le médicament de choix, car, d'action égale sur la contractilité, il agit moins énergiquement sur le pneumogastrique et, de ce fait, freine moins fortement sur le cœur. Enfin, de par sa rapidité d'élimination, son action est plus fugace. J. Faguet a pu obtenir, chez des sujets porteurs de lésions mitrales, une diurèse abondante avec disparition de la stase, des œdèmes, de l'hépatomégalie, sans ralentissement excessif du rythme. Dans les accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche des aortites, des hypertensions artérielles, des myocardites, caractérisées par de violentes crises de dyspnée (asthme cardiaque), dans l'œdème pulmonaire, c'est à la saignée et à l'injection intraveineuse d'ouabaïne Arnaud qu'il faut s'adresser d'abord, car il faut agir vite; mais ensuite l'adoverne, par son action neuro-sédative, eupnéique, cardiotonique et diurétique est le médicament le plus indiqué. Les myocardites scléreuses et les asystolies avancées réagissent très peu au traitement toni-cardiaque, aussi a-t-on intérêt à rapprocher les cures et à alterner les médicaments, digitaline, adoverne, ouabaïne. L'adoverne est encore indiqué chez les myocardiques arythmiques anxieux, les obèses avec dégénérescence du cœur, les grands infectés avec myocarde défaillant, l'hydropisie et les œdèmes périphériques de l'insuffisance cardio-rénale, etc...

Son action directe sur l'épithélium rénal lui permet enfin de diminuer les œdèmes et secondairement l'ascite des cirrhoses.

Il nous a donc semblé utile d'attirer l'attention du médecin praticien sur ce cardiotonique diurétique, qui peut rendre de très réels services en thérapeutique, dans tous les cas d'insuffisance et d'asthénie cardiaques, car il est capable de suppléer, de continuer ou même de remplacer l'action de la digitale. Comme le conclut M. le profeseur agrégé Mercier dans son étude si documentée du *Bulletin médical* (1929, n° 15), l'adoverne réalise une synergie thérapeutique très active dans laquelle chaque glucoside, par son action propre, renforce et complète les propriétés toni-cardiaques de l'autre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 114. ARBAULT. — Quelques données nouvelles sur le fonctionnement du foie chez la femme enceinte normale.

116. ARMANDON. — Des complications encéphaliques au cours de la coqueluche.

18. AZÉMA. — Des altérations du nerf optique par court-circuit de courant industriel.

52. BAENZIGER. — Du traitement de la syncope au cours de la rachianesthésie par les injections intraveineuses d'adrénaline.

34. BARONI. — La salpingectomie rétrograde sous-séreuse.

27. BASGAN. — De la résection des cancers de l'anse sigmoïde en loge péritonéale exclue.

70. BAYAR EL HABIB. — Les hémorragies graves des polypes bénins de la vessie.

104. BAZIN. — Contribution à l'étude des gastrectomies dans le traitement de l'ulcus gastrique,

7. BÉDOS. — Contribution à l'étude des sténoses pyloro-duodénales d'origine hépato-biliaire.

119. BÉRARD. — L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.

71. BERGER. — Contribution à l'étude de l'invagination intestinale aiguë de l'adulte.

22. BERGONDI. — Contribution à l'étude des troubles digestifs des nouveau-nés et des nourrissons hérédo-syphilitiques.

110. BÉRIEL (Mlle). — Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la queue de cheval.

50. BERNARD. — Contribution à l'étude du mélæna des nouveau-nés à propos de onze observations nouvelles.

13. BESSON. — Hémoptysies tuberculeuses et pneumothorax artificiel.

121. BEYLOT. — La rétention chronique avec distension dans les rétrécissements urétraux, son traitement par la cystostomie sus-pubienne temporaire.

122. BOËL. — La ramisection dorsale dans le traitement des crises gastriques du tabes. (A propos de trois observations.)

8. BORGOMANO. — Contribution à l'étude de l'intoxication benzénique, leucémies et benzène.

95. BOYER. — Contribution à l'étude de la ténosynovite sténosante de De Quervain.

48. BRUN. — Recherches sur le « phénomène de zone ou paradoxal » dans diverses réactions biologiques, en particu-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223; Strasbourg, n° 71, p. 1271; Alger, n° 72, p. 1286; Lille, n° 73, p. 1302; Bordeaux, n° 75, p. 1334; Nancy, n° 79, p. 1407.



Le **Phosphate vital**

de JACQUEMAIRE

est un reconstituant actif et agréable
Chez les Enfants et les Adultes,
surmenés ou convalescents,
il est prescrit contre toutes les formes
de la faiblesse et de l'épuisement.

On guérit les VERRUES
sans les toucher
par conséquent sans laisser de cicatrices,
quel que soit leur siège,
quel que soit leur nombre,
en remédiant à leurs causes internes
au moyen de la

Verrulyse

aux Établissements **JACQUEMAIRE**, à VILLEFRANCHE (Rhône)

Société à resp. lim. au capital de 2 000 000 de francs

Administrateur-Gérant : **M. MIGUET**, Docteur en Pharmacie

ier la précipitation spécifique. (Réaction d'Uhlenhuth en médecine légale.)

21. BURLATS. — Les formes suppuratives et les formes cavitaires du cancer primitif du poumon.

49. CALVET. — Hystérie convulsive et épilepsie. Associations, formes de passage.

23. CAMPREDON. — La mort des nouveau-nés en fonction des difficultés d'application des forceps.

89. CARLE. — Insuffisance pulmonaire fonctionnelle au cours du rétrécissement mitral.

102. CARRET. — Du traitement des épithéliomas ectodermiques de la face récidivés après traitement par les agents physiques.

62. CASABAN (de). — Contribution à l'étude des microspories et des trichophyties du cuir chevelu chez l'adulte.

57. CHABRELIE. — Contribution à l'étude de la séro-floculation du paludisme. (Réaction de Henry.)

5. CHAFFARDON. — Contribution à l'étude de la rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois de la grossesse avec accouchement différé plusieurs semaines.

12. CHAPPOUX. — Lésions méniscales et corps étrangers articulaires traumatiques chez les joueurs de rugby et de football-association. (Pathogénie et traitement.)

51. CHARLES. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie vaginale dans les cas de kystes de l'ovaire pelviens au cours de la grossesse.

94. CHARRET. — Valeur diagnostique des différents signes de détection de la syphilis chez le fœtus et le nouveau-né.

17. CHAUDEY. — De l'emphysème palpébral consécutif aux traumatismes du sinus frontal.

43. CHAUSSET. — Contribution à l'étude expérimentale et clinique des glycosides de l'adonis vernalis.

115. CHAUVIRÉ (Mlle). — Contribution à l'étude de l'alimentation du nourrisson en dehors du lait et de ses dérivés immédiats.

75. CHAVENT. — Contribution à l'étude de la rachianesthésie dans la pratique obstétricale.

3. CHEVALLIER. — Le syndrome « bronchite chronique et emphysème » considéré comme une cirrhose du poumon avec hémosiderose. Ses rapports avec le gros cœur.

96. CHRISTY. — Contribution à l'étude de la malariathérapie de la paralysie générale.

112. CLAVEL. — Syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux dans les affections chirurgicales du rein.

109. CLAVEL (Mme, née Gaumond). — Etude analytique de la toxine diphtérique.

31. CONDAMIN. — Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle, résultats éloignés.

78. CORNU. — La pleurésie interlobaire purulente. Existe-t-elle?

108. COUSERGUE. — Contribution à l'étude du chlorure de sodium en injections concentrées dans les occlusions intestinales aiguës.

14. COUTIÉ. — De la rachianesthésie.

6. DAIN. — Examen anatomique du pancréas de onze nouveau-nés hérédo-syphilitiques.

99. DEGEORGES. — Du pronostic en tuberculose pulmonaire. Recherches sur la valeur de quelques examens de laboratoire.

120. DENIS. — Le « syndrome humoral » de l'occlusion intestinale. Les bases physiologiques de la thérapeutique salée.

87. DOMERGUE. — Contribution à l'étude de l'aïnhum en Afrique du Nord.

74. DUBOULOZ. — Etude élémentaire des phénomènes de membrane avec application à la pathogénie de l'hypertension artérielle.

92. DUBUIS. — Considérations sur la torsion du pédicule des kystes parovariens.

39. DUPUY. — Contribution à l'étude des métastases dans les cancers primitifs de la capsule surrénale.

19. ESPINASSE. — Contribution à l'étude de la rupture spontanée de l'aorte. (Observations lyonnaises.)

88. EYMARD. — L'aniridie congénitale avec cataracte.

30. FOURNIÉ. — Contribution à l'étude de la tuberculose du tissu musculaire.

63. FRAIMBAULT. — Contribution à l'étude des splénomégalies mycosiques.

84. GAGNIÈRE. — De la posologie de la digitale et de l'ouabaïne précisée par leur action dans l'arythmie complète.

90. GAZANIOL. — Les paralysies du moteur oculaire commun au cours des sinusites postérieures.

46. GEAY. — La cure d'Hammamr'hira. Etude clinique et expérimentale.

10. GUILLEMAIN. — Contribution à l'étude des compressions médullaires. Les compressions dues aux anévrismes de l'aorte.

83. GUYON. — Constatations anatomo-pathologiques chez les tuberculeux pulmonaires traités par le pneumothorax artificiel.

72. HUTET. — L'anesthésie locale intradermique dans les syndromes douloureux vésiculaires. Sa physiologie.

80. JEANNIN. — Contribution à l'étude de l'acétonurie infantile non diabétique.

2. JOUVE (Mme), née DURAND. — Les troubles sensitifs et moteurs du trijumeau au cours des suppurations de l'oreille (étude clinique et valeur pronostique).

76. JULLIARD. — Csntribution à l'étude des grands kystes non parasitaires du foie.

117. LA BELLA. — Traitement du trachome par l'huile de chaulmoogra.

32. LACORRE. — Contribution à l'étude des pleurésies médiastines postérieures et plus spécialement de leur aspect radiologique.

85. LACROIX. — Recherches cliniques sur l'hypoalimentation du nourrisson.

97. LAGÈZE. — Sciatiques et infiltrats cellulalgiques.

38. LAVERRÉ. — Les paralysies traumatiques du nerf récurrent.

45. LE FAUCHEUX. — Sur un cas d'ostéosynthèse pour une fracture du premier métatarsien.

26. LE QUÉMENT. — L'aspiration cervico-utérine dans le traitement des métrites.

56. LOCQUETTE. — Contribution à l'étude des splénomégalies tuberculeuses primitives.

101. LOUVET. — Traitement des épanchements purulents de la plèvre consécutifs au pneumothorax thérapeutique. Le drainage discontinu de la plèvre.

106. MAITRE. — La rachianesthésie, ses dangers, ses indications.

POUR

SANATORIUM OU PRÉVENTORIUM

A vendre 30 maisons à étages en 4 groupes,
lisière bois dans gros village cambrésis.
Ecrire Journal.

PROPRIÉTÉ A VENDRE

Pour MAISON DE REPOS

de grand luxe avec grand parc,
Région Saint-Cloud.
Ecrire THIOLLIER, 54, rue Jacob, Paris.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures ; Enfants : 1/2 dose — par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

ANÉMIES

Reconstitution des GLOBULES ROUGES

ADULTES et ENFANTS aucune contre indication

TRAITEMENT DE WHIPPLE Par le FOIE DE VEAU

-Présentation-
ADULTES : Boites de 6 ampoules
1 ampoule 10cc = 125 gr. foie
ENFANTS : Boite de 12 ampoules
1 ampoule 2cc = 25 gr. foie

-Doses-
1 à 3 ampoules par jour

ABSORPTION FACILE

TOLÉRANCE PARFAITE

AVEC L'Hépatrol EN AMPOULES BUVABLES

Ech. et littérature : A. Rolland, 31, rue des Francs Bourgeois, Paris

28. MASSIAS. — Platyspondylie congénitale et tassement traumatique des corps vertébraux (diagnostic différentiel).

77. MAZUEZ. — Quelques considérations sur un sport moderne : le rugby.

107. MEHNERT. — Phlébites et embolies dans les opérations sur les voies urinaires.

20. MENET. — Contribution à l'étude de la bradycardie nodale. (Recherches cliniques et électrocardiographiques).

100. MESTRALLET. — La pseudo-paralysie de Parrot.

66. MEUNIER. — Contribution à l'étude de la rupture des anévrismes de l'artère splénique.

24. MIQUEL. — Contribution à l'étude du traitements des péritonites puerpérales diffusées par le drainage abdomino-vaginal.

82. MOLLARD. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.

69. MONTAGARD. — De l'importance de la radiologie dans le diagnostic de la granulie, en particulier chez l'enfant. La phase radiographique de la granulie pulmonaire.

54. MONTEL. — Cervicite chronique et cancer du col. (Traitement local de la cervicite chronique).

15. MORIN. — Contribution à l'étude des mutations du calcaire dans la paroi aortique. (Recherches d'histochimie normale et pathologique).

103. MUGNIÉRY. — Des sténoses péri-rectales consécutives au traitement par les agents physiques du cancer du col utérin.

29. NOGARDEL. — Les paralysies cubitales tardives par fracture du coude.

4. NOIX. — Sept observations d'hémorragies intra-craniennes chez des fœtus âgés de trois à cinq mois.

55. NOVAT. — Valeur séméiologique de l'ombre radiologique « en casque » dans les pneumopathies du nourrisson.

37. OLIVIER. — Manifestations d'hépatisme et d'arthritisme au cours de la tuberculose pulmonaire chez la femme.

59. OLLIVIER. — Contribution à l'étude des cultures de l'amibe dysentérique.

47. OUDJARI. — Contribution à l'étude des sténoses œsophagiennes dans l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

118. PARTHIOT. — La fluxion de l'orbite au cours des sinusites.

68. PASSA. — Contribution à l'étude de l'endocardite au cours de la fièvre typhoïde.

16. PAUFIQUE. — Les tumeurs du nerf optique, gliomes et chitoneuromes.

73. PEYCELON. — Du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

42. PONCELET. — Etude sur le traitement du syndrome de Basedow par le tartrate d'ergotamine.

86. PRALLET. — Contribution à l'étude des troubles sensitifs dans la sclérose en plaques.

25. PROTAR. — Une conception régionaliste et nouvelle de l'action des services d'hygiène : centres d'œuvres sociales et foyers d'éducation sanitaire nationale. « Exemple de Montluçon » (Allier).

1. RABAUD. — Contribution à l'étude des pratiques médicales des Indiens du Pérou.

91. REYNAUD. — Le pneumothorax électif, étude clinique et physio-mécanique.

111. RODE. — A propos de quelques cas de pancréatites aiguës expérimentales.

9. RODET. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires à propos d'observations récentes.

79. ROLAND. — Etude sur l'adénome thyroïdien toxique. Son traitement chirurgical.

81. ROLLIN (Mme) née MICHELET. — Contribution à l'étude de la fièvre boutonneuse de Tunisie.

53. ROUVER. — Les eaux minérales d'Uriage en injections intratissulaires dans le tratiement des dermatoses et des affections rhumatismales.

113. ROY. — Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle.

58. SARDA. — Des pachypleurites rétractiles consécutives au pneumothorax artificiel.

123. SCEMAMA. — Sur le rôle des rétrécissements urétraux frustes ou latents dans l'étiologie de certaines néphrites médicales.

93. SEGUIN. — Considérations sur 178 interventions pour appendicite aiguë et sur leurs suites.

35. SESTIÉ. — Contribution à l'étude des fractures fermées du scaphoïde du pied.

41. SOULIEH. — La sacro-coxalgie médicale postérieure.

44. TÊTE. — Sur les résultats éloignés de quelques cas de sutures des tendons de la main et des doigts.

64. TOURNIAIRE. — Le rétrécissement aortique non rhumatismal des jeunes sujets.

40. TRISTANI. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse chez la femme adulte.

105. TROMBETTA. — Troubles de la miction du post-partum.

98. VACHEZ. — Tubage duodénal et indications thérapeutiques. Sémiologie de l'excrétion vésiculaire provoquée.

67. VAUDIN. — Des tumeurs du bassin osseux.

36. VERNEY. — Absence d'immobilisation plâtrée après ostéosynthèse dans les fractures de jambe.

65. VIAL. — Des formes douloureuses de la tuberculose rénale et en particulier du syndrome néphrétique.

11. VIDAL. — La tuberculose gommeuse à forme sporotrichosique. Diagnostic des gommes cutanées.

60. VIRELY. — Les sangsues dans le traitement des phlébites.

61. VOLLE. — Contribution à l'étude des méningites vermineuses.

33. WILTZ. — Blessure et ligature totale de la veine cave inférieure.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 287. BELOSSAVITCH. — L'arthrodèse sous-astragalienne combinée à l'évidement du tarse à ciel ouvert dans le traitement du pied bot varus équin congénital irréductible de quatre à sept ans.

284. CHAMS. — De la rétinite glycosurique.

286. CHIARLI. — L'autohémothérapie citratée dans le traitement des maladies mentales.

283. KANG HOK-SUN. — La tuberculose floride de l'articulation du genou.

281. KOLOCOTRONIS. — Le développement des prématurés dans les services hospitaliers d'obstétrique pendant les deux premières semaines.

285. KOPTCHECKTCHI. — Les caractéristiques hématologiques de l'anémie ankylostomiasique.

282. POPOVITCH. Traitement des ulcérations tuberculeuses par les cautérisations avec la solution alcoolique forte de chlorure de zinc.

CONGRÈS

VIe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (août 1931 à Genève). — Par suite d'entente intervenue entre la Commission internationale permanente pour l'étude de la médecine du travail et la Commission internationale permanente pour les maladies professionnelles, le VIe Congrès médical international des accidents du travail et des maladies professionnelles se tiendra à Genève en août 1931.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1. *Les résultats tardifs et l'évolution des lésions traumatiques du rachis.*

Vaccinothérapie de la **GRIPPE** et ses complications

ANTIGÉNINE E.P.S.

ENTÉRO-PNEUMO-STREPTOCOQUES

Vaccin par voie buccale et Vaccin par voie hypodermique.

RHINO-ANTIGÉNINE

Rhino-vaccin Polymicrobien Polyvalent, en instillation nasale ou otique.

Coryza, Rhume des foins, Sinusites, Rhinites, Otites, Grippe, Broncho-pneumonie, Fièvres éruptives

LABORATOIRE DES ANTIGÉNINES, 1, place Lucien Herr, **PARIS Ve**, Tél. Gob. 26.21

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES

Absorption facile et rapide
Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE

ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus,
Ne ferme pas le rein, ne provoque pas de verliges.
Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT

Beaucoup moins toxique
Aucune intolérance
Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale
ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté Ame des Produits Chimiques Spéciaux " BRÉVETS LUMIÈRE "

9, Cours de la Liberté, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

2. *Les traumatismes des vaisseaux sanguins* (artérite et thrombophlébite).

3. *Les infections cutanées en relation avec les accidents du travail.*

4. *Etat antérieur dans les suites des accidents du travail.*

En outre il y aura un certain nombre de questions libres dont le sujet est laissé au choix de leurs auteurs.

Participation. — Tous les médecins que ces questions intéressent peuvent participer à ce Congrès.

Renseignements. — Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général : docteur Yersin, 1, rue du Rhône, Genève, ou au Comité national français; président d'honneur, M. Balthazard; président, M. Crouzon; secrétaire général, M. Duvoir.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 25 novembre. — Jury : MM. M. Labbé, président; Loeper, H. Bénard et Cathala. — M. Ardouin. Y a-t-il des diabètes réfractaires à l'insuline? — M. Mauvais. Les hémorragies gastro-intestinales.

Mardi 26 novembre. — Jury : MM. Brindeau, président; Duval, J.-L. Faure et Gougerot. — M. Fontaine. Résultats comparatifs de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon. — M. Brunet. Les compressions intrinsèques du tube digestif. — M. Blum. L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. — M. Vernier. Traitement du lupus tuberculeux.

Jury : MM. Carnot, président; Lejars, Dognon et Moulonguet. — M. Dordain. Etude de l'étranglement herniaire aigu. — M. Georgiadès Dimitri. Etude du syndrome connu sous le nom de diabète rénal. — M. Lachowski. Troubles algotrophiques et radiothérapie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le cancer (1), par G. Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut du cancer. Deuxième édition entièrement refondue, avec la collaboration de MM. Roger-Leroux et M. Wolf. Un volume grand in-8 de 846 pages avec 284 figures et 19 planches hors texte dont 4 en couleurs, relié toile. Fasc. 5, t. II du *Nouveau Traité de médecine* Roger, Widal, Teissier. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TUBERCULOSE RÉNALE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

On désigne sous ce nom la *tuberculose ulcéro-caséeuse* du rein, variété *chirurgicale*, curable par la néphrectomie car *primitive* et longtemps *unilatérale*. Elle s'oppose aux néphrites tuberculeuses, d'ordre médical.

CLINIQUE

Très fréquente, frappant les deux sexes, entre vingt et

au cours de la Grippe
le SIROP FAMEL
à base de Lactocréosote soluble
est une sauvegarde contre les
COMPLICATIONS PULMONAIRES
Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
P. Famel. 16, 22, rue des Orteaux. Paris. 20e

LE GOMENOL

Nom et Marque déposés

est l'antiseptique idéal

Puissant - Inoffensif - Calmant - Désodorisant - Inaltérable
Énergique vivificateur des tissus

L'ensemble de ces propriétés en fait le médicament le mieux approprié à la **Thérapeutique anti-infectieuse.**

Il est le médicament de choix des muqueuses et un remarquable modificateur du terrain malade.

Les produits à base de GOMENOL, que le LABORATOIRE PREVET prépare et livre sous cachet répondent à tous les besoins médicaux et chirurgicaux.

PRODUITS "PREVET" AU GOMENOL

GOMENOL (inhalations et préparation de l'eau gomenolée)
en petits tubes compte-gouttes, env. 50cc
en grands tubes compte-gouttes, env. 100cc

GOMENOLÉOS (Oléos-Gomenol) **PREVET**, dosés à 2%, 5%, 10%, 20%. Dans chacun de ces dosages :
en boîte de 10 ampoules de 2cc . . . . .
en boîte de 10 ampoules de 5cc . . . . .
en petits flacons (environ 50 cc). . . . .
en grands flacons (environ 100 cc). . .

GOMENOLEO ETHER (Oléo-gomenol-éther) pour injections intra-musculaires dans la coqueluche.
en boîtes de 10 ampoules de 5cc . . . . .

GOMENOFORMES pour injections nasales, *en boîtes de 20 capsulines de 1/2cc gomenoléo à 5%*. . . . .

COMENOLÉONES pour petits pansements, *en boîtes de 12 capsules de 2cc de gomenoléo à 10%* . . . .

GOMENOL RHINO, *en tubes*. . . .

GOMENOL PATES, *en boîtes métalliques*. . . . .

GOMENOL SIROP, *en flacons*. . . .

GOMENOL CAPSULES, à 0,25 de gomenol, *en étuis*. . . . .

GOMENOL GLUTINULES à 0,40 de gomenoléo, *en étuis* . . . .

GOMENOL OPHTALMO, *en tubes*

GOMENOL ONGUENT, *en tubes*. .

GOMENOL SAVON, *en tubes*. . . .

GOMENOL BAUME, *en tubes*, . . .

GOMENOLATEURS,
cigarette avec provision . . . .
cigare avec provision. . . . .

GOMENOVULES, *en boîtes de 6* . .

POUR L'ANESTHÉSIE

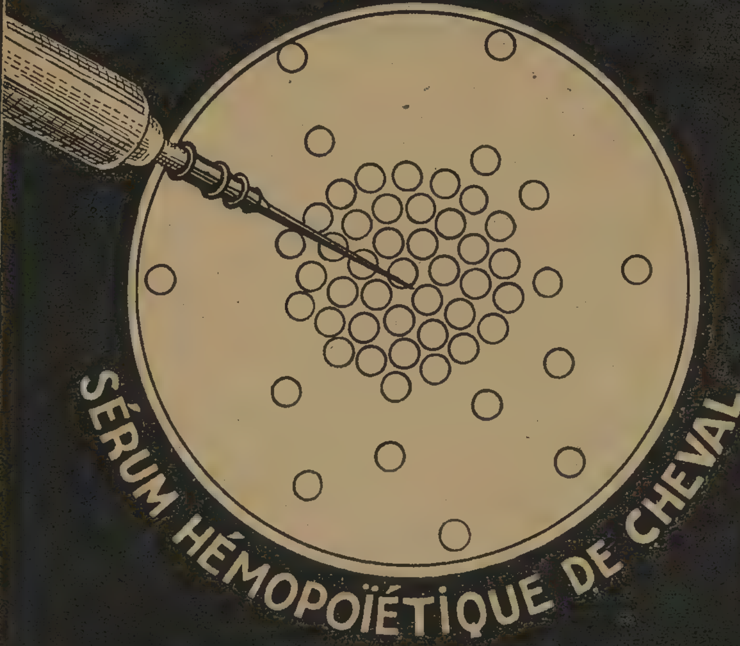
BALSOFORME des Usines Rhône-Poulenc (mélange de Schleich et de Gomenol). . .

GOMETER de Robert et Carrière (éther et Gomenol) . . . .

REFUSER LES SUBSTITUTIONS

Littérature, Renseignements, Échantillons : 48, Rue des Petites-Écuries, 48 — PARIS (10e)

SÉRO-SÉRUM RIVIER



injectable

SANS DANGER D'ANAPHYLAXIE

LABORATOIRES RIVIER. 26. 28. rue St Claude. **PARIS**.

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses**, etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude** -:- **PARIS**

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur, **résumant tous** les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la **VALÉRIANE officinale.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude** -:- **PARIS**

quarante ans, revêt le plus souvent une *forme vésico-rénale* que nous prendrons pour type de description.

Début. — *Latent et insidieux*, il est marqué tout d'abord par des

a. **Troubles vésicaux** : cystalgie, pollakiurie nocturne éveillant l'attention, parfois signes de cystite aiguë avec brûlures, ténesme, faux besoins d'uriner. C'est là un *syndrome d'alarme* qui doit systématiquement, lorsqu'il ne relève pas d'une cause nette, faire penser à la tuberculose rénale, *quelles que soient les rémissions possibles.*

b. **L'hématurie d'alarme**, d'origine *rénale*, est moins fréquente : totale, abondante, indolore, non influencée par le repos, elle doit également faire penser à la tuberculose.

c. **Les autres troubles** : lumbalgies, pyurie solitaire, albuminurie simple, incontinence nocturne d'urines, sont un mode de début rare.

A cette période, l'état général est parfait, l'examen physique ne montre rien d'anormal, la cystoscopie est souvent négative, à moins que précocement elle ne révèle des granulations éparses autour d'un orifice uretéral. Il faut pratiquer un

Examen approfondi des urines : elles sont abondantes, un peu louches, ayant perdu leur brillant, avec louche plus accentué dans le troisième verre. L'albuminurie est due au pus. Au microscope : pyurie et hématurie microscopiques, parfois bacilles de Koch après recherche attentive. Sinon, il faut *inoculer plusieurs cobayes*, sous la peau ou dans le péritoine, avec les urines totales ou recueillies par cathétérisme uretéral.

On voit rarement les malades aussi tôt, alors que la néphrectomie donnerait cependant les meilleurs résultats.

Etat. — Les *signes de cystite sont au maximum*, avec douleurs entre les mictions. Les hématuries sont rares et se font plutôt sous forme de petits *caillots*. La conservation de l'état général contraste avec l'étendue des lésions vésico-rénales. Certains malades cependant pâlissent et sont subfébriles.

Urines. — La *polyurie* est d'autant plus importante que le rein est plus malade, elle atteint ou dépasse 2 litres. C'est une polyurie *trouble*, blanchâtre, avec *pyurie* ; le pus peut se déposer au fond du bocal, plus souvent l'urine des trois verres est trouble avec renforcement de l'opacité dans le troisième verre. Parfois, il y a de vraies vomiques de pus.

Microscopiquement, on ne voit pas de microbes banaux, sauf en cas d'infection secondaire. En présence de cette *pyurie aseptique* il faut toujours penser à la tuberculose rénale et rechercher les bacilles de Koch que l'on trouve parfois aisément en amas. Il faut, en cas de doute, faire l'*inoculation au cobaye*. La réaction de l'antigène est de valeur discutable.

Examen du malade. — **Examen physique.** — Le plus souvent on ne palpe pas le rein. Il est un peu gros et sensible, mais ce n'est pas un très gros rein. Le rein sain hypertrophié peut être pris pour le rein malade. L'*uretère* est plus souvent douloureux en ses points classiques ou au *toucher rectal ou vaginal* qui réveille un besoin d'uriner. Il est capital de rechercher l'existence d'une localisation tuberculeuse, surtout génitale (épidydimite, prostato-vésiculite) souvent associée.

Examen endoscopique. — Il montre des signes nets :

La *cystoscopie* est souvent *douloureuse* au point de nécessiter une anesthésie.

La *muqueuse vésicale* présente des lésions, soit inflammatoires banales, soit spécifiquement tuberculeuses groupées *autour de l'orifice uretéral* et au *sommet de la vessie*. Celles-ci sont de trois types dont le groupement est pathognomonique (Marion) : granulations, ulcérations, ecchymoses.

L'*orifice urétéral* peut être invisible sous l'œdème, ou ulcéré en cratère semé de granulations et d'où sort l'urine trouble et sanglante.



Pour l'Assainissement des Habitations
Exigez de votre Pharmacien, Droguiste, etc.
le véritable CRÉSYL-JEYES. Exiger le nom : JEYES

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE LE PLUS PUISSANT

JEYES Désinfectant sans Danger

pour les malades; Désinfection assurée des Chambres de malades, literie, linges, s'emploie en Lavages, pulvérisations, etc.

Le **Crésyl-Jeyes** a été étudié à l'aide d'une méthode scientifique et d'une technique à l'abri de toute critique (en s'aidant surtout du contrôle bactériologique) par les **Savants les plus autorisés** en **matière d'hygiène.**

DIX FOIS plus puissant comme ANTISEPTIQUE
que l'Acide PHÉNIQUE PUR
et que tous les Produits soit-disant SIMILAIRES

(voir *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1895 ; *Revue d'Hygiène*, 5 mai 1921 ; *Union des Services Municipaux Techniques et des Travaux Publics*, n° 8, avril-juin 1911)

Se méfier des contrefaçons, le CRÉSYL-JEYES ne se **vend** qu'en **Récipients cachetés**, portant la marque de la Société, ainsi que le **nom CRÉSYL-JEYES.**

Échantillons *et* Références *GRATIS et FRANCO sur demande*

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS, PARIS
Adr. télégr. : Crésyl-Paris Téléph. : Archives 20-55

Traitement des fermentations intestinales

Les fermentations intestinales sont à l'origine des fermentations putrides qui s'établissent dès que les éléments microbiens, cause première des fermentations, deviennent prépondérants. Ces putréfactions resorbées par les vaisseaux porte, pénètrent ainsi dans le sang et intoxiquent tous les tissus. Elles sont les facteurs les plus importants des troubles et même des lésions du foie, des reins, du poumon, ainsi que les travaux de Heitz-Boyer l'ont bien mis en lumière. Ce sont elles qui engendrent l'artério-sclérose et qui provoquent un grand nombre de troubles psychiques.

Metchnikoff a fait remarquer que tout notre organisme est influencé par les fermentations intestinales. Ce sont elles qui provoquent la sclérose des tissus par leur irritation constante ; elles sont à l'origine de la sénilité précoce.

D'autre part, les fermentations intestinales produisent sur les parois de l'intestin des phénomènes d'irritation qui occasionnent tantôt de la diarrhée et tantôt de la constipation. D'où la nécessité de les enrayer par un traitement approprié.

On obtient la disparition des fermentations et des putréfactions de l'intestin en donnant de l'Amidal à ceux qui en sont porteurs. L'Amidal n'est autre chose que l'amidon paraffiné du Professeur Doumer associé à des ferments lactiques. Ce médicament développe dans l'intestin une énorme quantité de ferments lactiques qui s'opposent au développement des germes infectieux.

Aussi l'Amidal est-il, sous forme de cachets, de comprimés ou de poudre, le seul médicament absolument efficace dans toutes les formes d'entérite, avec diarrhée ou constipation. Il coupe en moins de quarante-huit heures les diarrhées des jeunes enfants et des adultes. Dans l'entérite muco-membraneuse, il régularise les selles et empêche la constipation comme les débâcles. Chez tous les sujets, il s'oppose aux résorptions putrides, origine de tant de maladies organiques.

ÉVOLUTION

A. **Opérée**, la *guérison est la règle*, mais la cystite tuberculeuse est lente à guérir. Si elle est récente et en surface, tout s'arrange vite. Sinon, la vessie reste intolérante. Elle peut être le point de départ d'une inoculation de l'autre rein.

B. **Non opérée.** — La *guérison spontanée est très rare* et se fait en général au prix de la perte du rein qui devient hydronéphrotique ou gros rein mastic. Le plus souvent, le malade meurt en quatre à six ans d'infection secondaire rénale aiguë (*pyonéphrose*), de généralisation tuberculeuse (*méningite, granulie*), de *cachexie et d'urémie* par extension à l'autre rein.

FORMES CLINIQUES

L'accentuation d'un symptôme crée des formes douloureuses, hématuriques, pyonéphrotiques, vésicales, pseudo-néoplasiques. Il faut insister sur les formes *larvées, frustes*, où la cystoscopie est muette pendant longtemps ; les formes bilatérales, rapides ; les formes du vieillard où la pollakiurie risque d'être attribuée à l'hypertension prostatique. Les formes de l'enfant débutent souvent par une *fausse incontinence nocturne d'urines*.

DIAGNOSTIC

Trois étapes :

1° **Est-ce une tuberculose rénale?** — *a*. A cause des troubles *vésicaux*, éliminer la cystite *blennorragique* (plus aiguë) ou *calculeuse* (calmée par le repos, l'explorateur métallique heurte le calcul).

b. En cas de *pyurie* rénale, éliminer les *pyélonéphrites* chroniques, calculeuses ou non (radio). En cas de doute, et malgré une pyurie microbienne, inoculer des cobayes.

Ne pas confondre le bacille de Koch avec certains bacilles acido-résistants, tels celui du smegma qui n'est pas alcoolo-résistant.

c. En cas d'*hématurie rénale*, éliminer le *cancer*, la *lithiase*.

2° **Quel est le rein tuberculeux?** — Question d'*importance capitale*.

S'appuyer essentiellement sur la *cystoscopie* et le *cathétérisme uretéral* qui permet de rechercher le bacille de Koch et d'apprécier le *déficit fonctionnel* du rein malade dans les éliminations de l'eau, de l'urée, des chlorures, des colorants. Si ces explorations sont impossibles, recourir à la *radiographie* qui peut donner une image tigrée répondant à des cavernes, au cathétérisme à vessie ouverte, ou même à la *lombotomie exploratrice* en se basant sur l'examen de l'uretère.

3° **Que vaut l'autre rein?** — *De sa valeur dépend la néphrectomie.*

Si le *cathétérisme uretéral est possible* : se baser sur la constante d'Ambard (susceptible d'erreurs sur un seul rein), les diverses éliminations, l'épreuve de la phénolphtaléine.

S'il est *impossible*, deux doctrines :

Marion conseille de le faire à vessie ouverte.

Legueu conseille de se baser sur la constante et d'opérer si elle est bonne (au-dessous de 0,010).

TRAITEMENT

1. **Avant tout chirurgical.** — Si tuberculose unilatérale : néphrectomie donne 80 p. 100 de guérisons. Si tuberculose bilatérale, néphrectomie de nécessité ou néphrotomie en cas de pyonéphrose menaçant la vie, ou sinon abstention.

2. **Médical.** — Conseillé pendant plusieurs mois systématiquement au début, dans les formes non pyuriques par certains (*héliothérapie*), il sera en tous cas toujours complémentaire de la néphrectomie, et reste le seul possible si celle-ci ne peut être pratiquée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Aliment de Régime

par excellence des troubles gastro-intestinaux du nourrisson, *la farine lactée diastasée « SALVY »* donne les résultats les plus probants dans les états :

d'intolérance lactée,
de diarrhée,
de gastro-entérite,
de sous-alimentation.

Soigneusement diastasée

en cours de fabrication, peu chargée en matières grasses, elle est toujours bien supportée et répond à ces deux indications primordiales :

« Assurer au nourrisson, sain ou malade, une ration alimentaire suffisante :

« Ne lui donner qu'un aliment qu'il puisse tolérer, assimiler. »

Les Bouillies de Farine Salvy

se préparent en dix minutes et ne comportent aucune précaution spéciale.

Conseillez-les :

1° préparées à l'eau, pendant la période d'intolérance ;
2° additionnées de lait progressivement, d'un quart, puis d'un tiers, selon l'état digestif ;
3° préparées à l'eau et additionnées de lait par moitié, à l'état normal.

Littérature, Échantillons, Cartes de pesées :

FARINE SALVY, 4, Rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine)

Grippe

et ses Séquelles

Antiseptie Générale

URASEPTINE ROGIER

Dédoublement assuré de l'Hexaméthylènetétramine (Formine) avec mise en liberté de formol naissant décelable dans les humeurs : : de l'organisme : :

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 novembre. — Questions données : « Formes cliniques et traitement du tétanos. — Diagnostic des tumeurs du sein. »

MM. Benzaquen, 21 ; Joly (François), 26; Bargeton, 24; Janvier, 19; Lardennois, 27; Terrasse, 22; Chaillot, 21; Legry, 19; Royer de Véricourt, 24; Mlle Lassery, 21.

Séance du 26 novembre. — Questions données : « Symptômes et évolution de l'endocardite rhumatismale. — Symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. »

M. Goutallier, 19; Mlle L'Hoire, 25; MM. Chomet, 27; Patey, 28 ; Relier, 23 ; Barrier, 26; Ménétrel, 18; Dulot, 22; Coste, 28; Minet, 20.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — *Médecine opératoire.* — Séance du 26 novembre. — Question donnée : « Extirpation de la glande lacrymale orbitaire. »

MM. Veil et Favory, 18 ; Kalt, 16; Lagrange, 19.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 novembre. — Question donnée : « Traitement de la carie dentaire dans la première dentition. »

MM. Dechaume, 18; Béal, 14; Sassier, 15; Lacaisse, 19.

Séance du 26 novembre. — Question donnée : « Prise d'empreinte de la bouche en vue d'une restauration prothéthique dentaire. »

MM. Dechaume, 19; Béal, 15; Sassier, 14; Lacaisse, 19

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Médecine.*) — Le jury est composé de MM. Lesné, Crouzon, Marchal, Jacob, Léon-Kindberg.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est composé de MM. Ombrédanne, Brocq, de Gaudart d'Allaines, Prélat, Lévy-Solal.

— Les candidats à l'emploi d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux étant tenus, en vue de l'examen de leurs titres par la Commission de classement qui se réunira à la fin de l'année 1930, d'accomplir un stage de un an, à partir du 1er décembre 1929, dans un service central d'électro-radiologie, M. le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique a l'honneur d'informer les postulants que les inscriptions en vue de ce stage sont reçues au bureau du Service de santé, 3, avenue Victoria, jusqu'au 7 décembre prochain inclusivement de 9 à 12 h. et de 15 à 18 h.

Les candidats inscrits seront affectés par les soins du directeur général de l'Assistance publique.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Laumonier, Monglon, Laporte, Chastaignet, Bargue, Marty, Lévy, Ouary.

Internes provisoires : MM. Soureil, Lelain, Dupin, Lapouge, Clavel, de Talouarn, Rigaud, Ferradou.

— TOULON. — Un concours pour maîtresse sage-femme des hospices civils de Toulon aura lieu le 21 janvier 1930.

Conditions : diplôme de 1re classe, être âgée de 27 à 35 ans.

Traitement de début : 10.000 fr., logée, nourrie, etc., pension de retraite.

S'adresser au secrétariat des hospices.

LA TRANSFORMATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Après une vive discussion, le Sénat vient de disjoindre l'article, voté par la Chambre des députés, relatif à la transformation en Faculté de l'Ecole de médecine.

(*Voir la suite des « Informations », p. 1738.*)

COQUELUCHES
AQUINTOL MIALHE

CHRONIQUE

L'INAUGURATION DU BUREAU DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

101, rue de Richelieu, Paris.

Grâce à l'appui généreux de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, la Fédération de la presse médicale latine vient d'ouvrir à Paris un bureau permanent de lecture et de renseignements, réalisant ainsi un des vœux formulés par son premier Congrès.

L'inauguration du Bureau de la presse médicale latine, qui constituera en même temps le nouveau siège social de l'Association de la presse médicale française, avait lieu jeudi 21 novembre et a été l'occasion d'une manifestation de sympathie et de solidarité entre les représentants de la presse médicale française et étrangère et ceux de l'industrie pharmaceutique. Le professeur Loeper, président de l'Association française et de la Fédération latine, présidait cette fête intime. Autour de lui : le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine : MM. Fumouze et Castanet, vice-présidents de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques ; M. Maurice de Waleffe, secrétaire général de la presse latine ; les docteurs Fr. Le Sourd, Fiessinger, Gardette, Pierra, membres du Conseil d'administration de l'Association de la Presse médicale française ; les docteurs Dartigues et Molinéry, président et secrétaire général de l'Union médicale latine ; le docteur Mathé, représentant l'A. D. R. M. ; MM. Baillière, président, Masson et Vigot, membres du Syndicat des éditeurs ; le commandant Feuillade, représentant la Compagnie fermière de Vichy ; MM. Melchissedec, de *Paris-Amérique latine* ; Blondel, du *Journal* ; Bertillon, du *Matin* ; les docteurs Etchegoin (de Buenos-Aires), Condé Jahn (de Caracas), Kaplan (de Santiago du Chili), Zapata (de Bogota), Markianos (d'Athènes), etc., représentant la presse médicale latine ; Bertaut, président et Perrin, directeur de la Société mutuelle de publicité ; MM. Comar, Guillaumin, Rogier, Coirre, Lematte, Vaillant, Boinot, Lauriat, Troncin, Longuet, Deschiens, Genévrier, etc., de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques ; les docteurs Clément Simon, Milian, Levy-Bing, Jayle, Mathieu de Fossey, Mignot, de Parrel, Roulland, Crinon, Mainot, Dupuy de Frenelle, Groc, Delort, Biancani, etc., de l'A. P. M. F. ; un grand nombre d'amis français et étrangers de la Fédération s'étaient excusés : M. le professeur Roger, son président d'honneur ; M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques ; les professeurs Sergent, Lereboullet, Roux, Jeanneney et Sabrazès (de Bordeaux), Collet (de Lyon), Combemale (de Lille), Etienne et Lucien (de Nancy), Leaiche (de Strasbourg), les docteurs Coelho (de Porto), Tecon (de Lausanne), Beckers (de Bruxelles), Loir (du Havre), MM. Doin, Lisbonne, Maloine, Louis Forest, de Nalèche, Heudebert, Galbrun, Freyssinge, etc.

Après la visite des locaux du Bureau de la presse médicale latine, dont tout le monde s'accorda à vanter la situation à quelques mètres des grands boulevards, ainsi que la parfaite installation matérielle, un vin d'honneur réunit dans la grande salle de lecture les adhérents et les invités. M. Fumouze, vice-président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, remit officiellement le nouveau Bureau à la Fédération de la presse médicale latine et à l'Association française, et il sut remplir son rôle un peu délicat avec un tact et une discrétion (et comme en s'excusant presque de la modestie de l'offrande) qui touchèrent infiniment les médecins présents. Le professeur Loeper, au nom des deux groupements qu'il préside avec tant de zèle et d'autorité, remercia la Chambre syndicale de son geste de solidarité et sut, dans les termes les plus heureux, souligner le véritable symbole de collaboration amicale et fructueuse que constituent les vitrines de la salle de lecture, où l'on voit figurer les uns au-dessus des autres les journaux et revues, fruits de la pensée latine, et les produits de l'industrie pharmaceutique, témoignages, eux aussi, de la science et de l'ingéniosité de la race.

Un banquet eut lieu ensuite au Restaurant Cardinal. Au champagne, le professeur Loeper, qui présidait, sut trouver des expressions nouvelles pour saluer et remercier les assistants. M. Fumouze renouvela l'affirmation de l'étroite solidarité qui unit désormais, la presse scientifique et l'industrie pharmaceutique. Le docteur Etchegoin (de Buenos-Aires) prit la parole au nom des amis étrangers de la presse et de l'industrie françaises et n'hésita pas, avec une franchise dont tout le monde lui sut gré, parce que tout le monde connaît sa sympathie et l'on peut dire son affection pour notre pays, à attirer l'attention de ses auditeurs sur les lacunes de notre propagande et de notre organisation scientifique, qui ne nous permettent pas toujours de lutter efficacement contre une certaine concurrence étrangère. Puis le docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine (ex-U. M. F. I. A), apporta l'adhésion enthousiaste de sa puissante Association. Enfin, le secrétaire général rappela aux assistants les quelques détails d'organisation pratique que voici :

1° Le Bureau de la presse médicale latine est ouvert, *à titre gracieux*, à *tous* les médecins et étudiants en médecine français et étrangers demeurant à Paris ou de passage dans cette ville, sous la seule réserve de justifier de leur identité ;

2° La salle de lecture et le bureau de renseignements sont ouverts de 9 h. 1/2 à midi et de 15 h. à 18 h., et les lecteurs peuvent y consulter les périodiques et les ouvrages que reçoit et possède le Bureau ;

3° Le docteur L. M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la presse médicale latine et de l'Association de la presse médicale française, reçoit au Bureau : les lundi et vendredi, de 10 h. à midi, le mercredi, de 16 à 18 h. ;

4° A la demande des lecteurs, il leur sera délivré, *à titre gracieux*, une carte constatant leur affiliation à la Fédération, au vu de laquelle ils bénéficieront des réductions réservées aux membres de celle-ci dans les hôtels, restaurants, théâtres, etc.

Rappelons à ceux qui l'ignoreraient que le Bureau de la presse médicale latine est situé *101, rue de Richelieu*, presque à l'angle du boulevard des Italiens, à 50 mètres de la station *Richelieu-Drouot* du Métropolitain, et que son numéro de téléphone est : *Louvre 12,28*.

Voilà pour les lecteurs. Un dernier mot à l'adresse, celui-ci, de MM. les Directeurs de journaux, éditeurs et auteurs : qu'ils veuillent bien envoyer, à l'adresse ci-dessus, leurs revues, ouvrages et brochures. C'est à ce prix, et à ce prix seulement, que l'œuvre entreprise réussira et donnera les résultats qu'en attendent ses organisateurs.

L. M. PIERRA.

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME — Anémies, Dyspepsies — MANGAÏNE — TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES



GRANULES

Propriétés
- Cardiotonique
- Diurétique
- Eupnéique
- Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Échantillons & Documentation Scientifique :
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges . PARIS (3e)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés à
o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

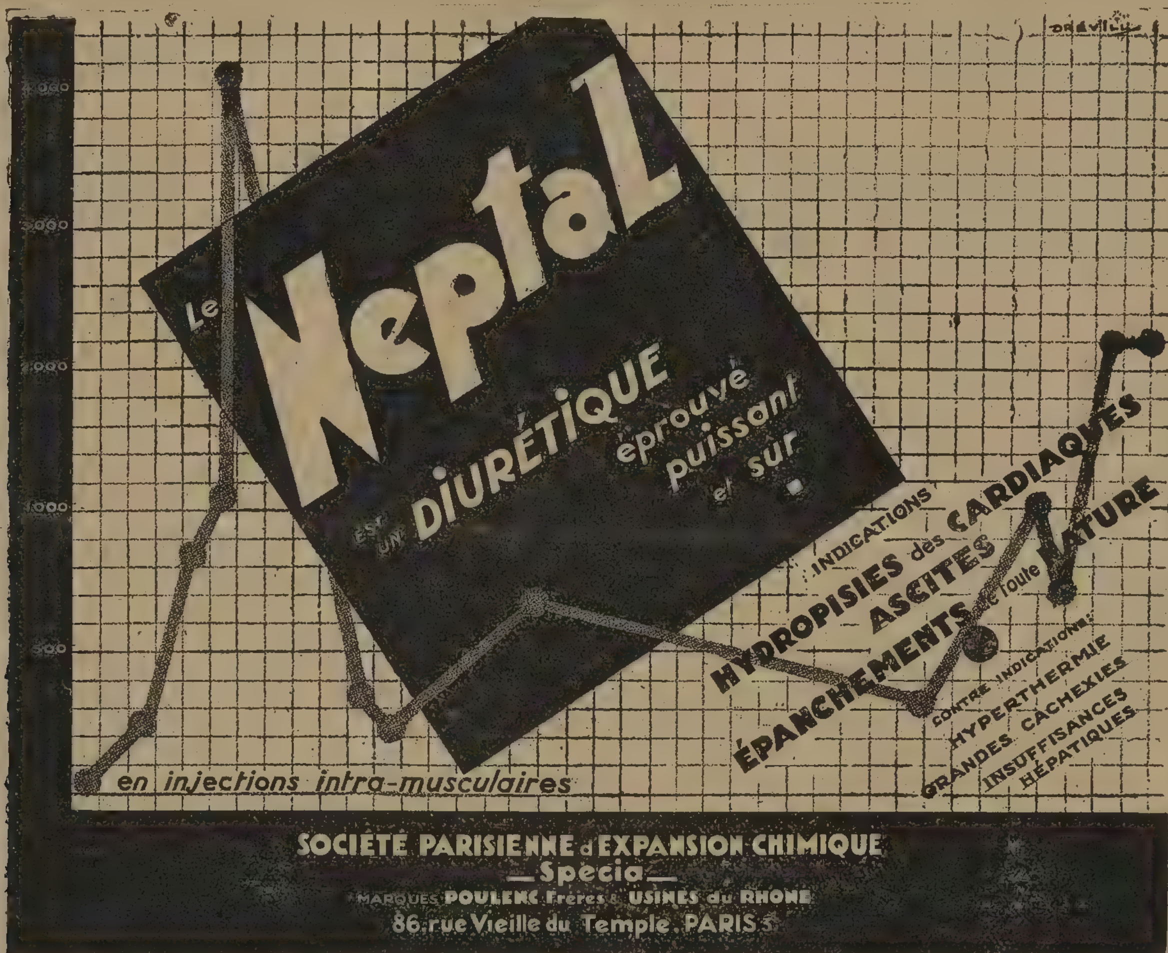
DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.



Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL
liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — —

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

REVUE GÉNÉRALE

SUR LE TRAITEMENT DE LA LUXATION SUBTOTALE DU CARPE RÉTRO-LUNAIRE

Par M. R. BUREAU,
Interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — Avant la radiographie les lésions traumatiques du carpe étaient à peu près méconnues et confondues avec les lésions de l'extrémité inférieure du radius. Cependant Maisonneuve en 1885, Malgaigne, Forgue en 1887, et quelques auteurs étrangers en avaient observé et rapporté quelques cas.

La radiographie montra bientôt leur fréquence.

Destot, en France, fut un des premiers à les étudier. Il inspira les thèses de plusieurs de ses élèves, en particulier celle de Reynard (1904) et celle de Tavernier (1906).

En 1908 Pierre Delbet dans un rapport à la Société de chirurgie fait un exposé remarquable de la question basé sur des recherches expérimentales personnelles et sur de nombreux cas cliniques.

Dans un rapport très documenté au Congrès de chirurgie en 1919, Mouchet et Jeanne reprennent et précisent la question.

En 1923 paraît l'ouvrage posthume de Destot « Traumatisme du poignet en rayons X » qui résume les recherches anatomo-cliniques, expérimentales et radiographiques poursuivies par Destot et ses élèves pendant vingt années.

Depuis cette époque plusieurs cas isolés ont fait l'objet de communications soit en France, soit à l'étranger. Cadenat en 1926, puis en 1929, Mouchet en 1926 sur un cas de Charles Lasserre (de Bordeaux) font à la Société de chirurgie des communications sur ce sujet.

Dernièrement enfin Lorenz-Bœlher (de Vienne) et Beck (de Kiel) dans le *Zentralblatt für chirurgie* traitent des luxations récentes et anciennes du semi-lunaire.

Généralités. — La luxation subtotale du carpe rétro-lunaire est une lésion fréquente et grave qui s'observe surtout chez l'homme entre quinze et cinquante ans à la suite d'un traumatisme violent.

La dénomination en a d'ailleurs varié. Au terme inexact de *luxation du semi-lunaire* ; au terme imprécis de *dislocation carpienne* créé par Destot, Delbet substitua la dénomination anatomique de : *Luxation dorsale du grand os avec ou sans fracture du scaphoïde et du pyramidal, avec ou sans énucléation du lunaire.* Enfin Mouchet et Jeanne dans leur rapport ont proposé celle de *luxation subtotale du carpe rétro-lunaire.*

Mécanisme et anatomie. Pathologie. — Comme dans toutes les luxations, pour bien comprendre le traitement il importe de bien connaître le mécanisme des lésions.

Voici comment les choses se passent : A la suite d'un mouvement d'hyperextension forcée de la main.

1° **Luxation simple.** — Dans un premier temps le faisceau radio grand os du ligament antérieur du poignet, mis en tension se déchire, l'interligne semi-lunaire grand os bâille en avant, puis le grand os échappe et glisse en arrière et un peu en dehors du lunaire. Il en résulte *une luxation du grand os en arrière.*

Le scaphoïde dans plus de la moitié des cas se brise; c'est une fracture transversale par arrachement, le fragment supérieur reste attenant au radius et au lunaire, le fragment inférieur au grand os. Parfois les ligaments radio-scaphoïdiens se déchirent, le scaphoïde suit le grand os et se luxe soit en arrière soit en avant.

Le pyramidal presque toujours indemne suit le grand os; parfois il se fracture par arrachement, un petit fragment reste attenant au lunaire.

Tous les autres os du carpe solidement unis au grand os suivent son déplacement en arrière.

A ce moment le grand os luxé en arrière bute du front contre la face postérieure du lunaire et tend à le chasser en avant. Le lunaire n'est retenu que par son mince ligament postérieur, dénommé par Delbet pour cette raison « frein du lunaire ».

2° **Luxation avec énucléation du lunaire.** — Si ce ligament se déchire, se produit alors dans un deuxième temps l'énucléation du lunaire. Repoussé par la tête du grand os qui prend sa place le lunaire pivote autour de son ligament antérieur qui forme charnière.

Il tourne généralement de 90°, se place verticalement face concave en avant, face convexe en arrière; parfois de 180° face concave en haut, exceptionnellement de 270° déchirant en partie son ligament antérieur.

L'énucléation du semi-lunaire a pour conséquence d'augmenter le raccourcissement mais de corriger partiellement le déplacement postéro-externe du poignet.

Symptomatologie. — Les symptômes sont bien connus depuis les travaux de Destot, Delbet, Mouchet et Jeanne. Résumons-les brièvement.

Généralement aussitôt après le traumatisme les douleurs sont vives et vont augmentant les heures suivantes. Parfois il existe une indolence relative dans les heures qui suivent l'accident.

Le poignet est épaissi dans le sens antéro-postérieur. L'impotence est considérable, la main paraît clouée selon l'expression de Segond, les doigts sont en demi-flexion. Le raccourcissement est constant, souvent minime, difficile à mesurer.

Certains symptômes diffèrent selon qu'il y a ou non éclunéation du lunaire.

Dans la luxation simple : l'on note une déformation en dos de fourchette bas située ou translation externe de la main. L'on perçoit en arrière la saillie du grand os, parfois celle du scaphoïde. Le raccourcissement est léger. La tabatière anatomique comblée, s'il n'y a pas fracture du scaphoïde, douloureuse s'il y a fracture.

Dans la luxation avec énucléation. Il n'y a ni dos

de fourchette, ni translation externe de la main. L'on ne sent aucune saillie osseuse en arrière et le lunaire en avant ne peut être perçu que s'il a tourné de 180°. Le raccourcissement est plus marqué. La tabatière anatomique peu modifiée. La flexion et l'inclinaison radiale sont les mouvements les plus gênés. Enfin *les troubles par compression nerveuse* sont assez fréquents dans le territoire du médian ou parfois du cubital.

Radiographie. — Bien souvent le gonflement œdémateux de la région gêne l'exploration clinique. La radiographie est toujours indispensable pour contrôler le diagnostic. Il faut faire deux clichés, l'un de face, l'autre de profil, le plus instructif.

Traitement. — Le traitement de la luxation subtotale rétro-lunaire du carpe est encore l'objet de nombreuses discussions. L'accord n'est pas fait sur la meilleure conduite à tenir dans chaque cas, sur les indications, les voies d'abord, les résultats du traitement sanglant.

Il faut distinguer deux cas : le traitement des luxations récentes, et celui des luxations anciennes.

1° **Luxations récentes. Réduction.** — Il paraît logique comme pour toutes les luxations de tenter la *réduction par manœuvre externe.*

Les indications. — Cette réduction est-elle possible? les avis sont partagés. Pour Delbet elle échoue souvent et peut être incomplète. Pour Mouchet elle est presque toujours possible dans le premier mois. Cadenat la croit difficile et n'a réussi qu'une fois sur cinq cas dont quatre récents. Boehler dans les cas récents a toujours réussi la réduction par manœuvre externe sous anesthésie locale.

En fait, il faut établir une différence entre la luxation du grand os avec ou sans énucléation :

Dans les luxations sans énucléation. — La réduction est presque toujours possible. Cependant Cadenat rapporte un cas où au cours des tentatives de réduction le semi-lunaire s'énucléa comme le montra, aussitôt après, l'intervention.

Dans les luxations avec énucléation. — 1° L'énucléation contre-indique-t-elle la réduction? Oui pour Delbet et « c'est perdre son temps que de chercher à la réduire ».

Cependant Lapointe, Mouchet, Mathieu ont obtenu très facilement et complètement la réduction dans un cas d'énucléation du lunaire à 90°.

2° L'existence de douleurs nerveuses contre-indique-t-elles la tentative de réduction? Mouchet et Jeanne pensent que non, mais en pareil cas conseillent d'éviter les pressions directes sur le semi-lunaire. Cadenat fait remarquer qu'il n'est pas inoffensif pour le médian de prolonger ces tentatives.

Enfin la fracture du scaphoïde associé ne contre-indique pas la tentative de réduction.

La technique. — *L'anesthésie générale* est indispensable.

Deux méthodes permettent de réaliser la réduction.

1° **Première méthode.** — Un aide fixe solidement sur une table l'avant-bras la main débordante et en pronation et réalise ainsi la contre-extension.

Premier temps. — Le chirurgien tire progressivement la main dans l'axe de l'avant-bras tout en imprimant au poignet quelques petits mouvements d'assouplissement en flexion et extension surtout dans les cas datant de plusieurs jours.

Deuxième temps. — Il saisit la main du blessé, pouce dessus, doigts dessous et la place en hyper-extension tout en continuant à tirer dans l'axe, comme pour la réduction d'une luxation du pouce.

En même temps il presse avec ses pouces sur la saillie antérieure du lunaire et incline la main sur le bord cubital pour faire bâiller la loge du semi-lunaire.

Ce mouvement d'hypertension forcé est le temps capital.

Troisième temps. — Tirant toujours dans l'axe il ramène vivement la main en flexion palmaire.

Il se produit un claquement, le lunaire file sous les doigts.

2° **Deuxième méthode.** — Placer l'avant-bras face dorsale contre la table, le poignet en porte à faux, en supination.

Premier temps. — Le chirurgien de la main gauche fixe l'avant-bras, son pouce fait pression sur le lunaire, il saisit en même temps de la droite la main malade en entrelaçant ses doigts avec ceux du patient, puis il appuie de toutes ses forces pour forcer l'hyperextension.

Deuxième temps. — Puis il ramène la main en flexion et en même temps pousse vigoureusement sur le lunaire. La luxation se réduit avec un claquement.

Quand il y a fracture du scaphoïde il faut la réduire par pression directe sur le fragment d'arrière en avant.

Il faut toujours vérifier la réduction par une double *radiographie* de face et de profil.

Puis, immobiliser dans un pansement ouaté avec attelle métallique, la main en flexion et inclinaison cubitale légère, les doigts libres dans le pansement.

La durée d'immobilisation sera courte, cinq à huit jours au plus, et après mobilisation méthodique, balnéation.

Si l'on échoue dans les tentatives de réduction, il faut avoir recours à l' *intervention sanglante.*

Deux interventions sont alors possibles : l'ablation du semi-lunaire ou bien la réduction sanglante.

1° **Ablation du semi-lunaire et des fragments osseux attenants.**

Delbet et ses élèves le considèrent comme l'intervention de choix.

Mouchet et Jeanne dans leur rapport marquent leur préférence pour cette méthode,

Elle a été employée par de nombreux chirurgiens avec des résultats fonctionnels très satisfaisants.

2° **Reposition sanglante.** — Delbet, en 1908, discutant la question concluait que les tentatives de

réduction sanglante sont peu encourageantes et qu'elles ont donné beaucoup de résultats médiocres.

Mouchet et Jeanne dans leur rapport écrivent :

« Nous citons pour mémoire la reposition sanglante, opération mauvaise qui a été rarement pratiquée et qui mérite de tomber dans l'oubli où elle est tombée ».

Mais une réaction paraît se produire. Déjà au Congrès de 1919, Frœlich rappelait qu'il avait publié dans la thèse de Voirin (1906) un cas de reposition sanglante avec résultat fonctionnel très satisfaisant.

Gernez, en 1926, dans un cas récent de luxation après tentative infructueuse de réduction par manœuvre externe intervient par voie dorsale et réduit facilement.

Boehler qui dirige à Vienne un hôpital pour accidents du travail préconise une chirurgie conservatrice et préfère la réduction sanglante à l'ablation du semi-lunaire.

Beck, dernièrement, rapporte un très beau succès de réduction sanglante.

Enfin Cadenat, en 1929, à la Société de chirurgie rapporte un cas de réduction sanglante. Tout en reconnaissant que l'ablation du semi-lunaire donne de bons résultats, il se demande si dans ces cas l'adaptation anatomique du carpe n'entraîne pas une entorse chronique qui explique la longue adaptation fonctionnelle.

Quelle est la meilleure voie d'abord? — Cette question est encore discutée.

La plupart des chirurgiens après Delbet, Mouchet et Jeanne considèrent comme seule logique *la voie antérieure* qui permet de tomber directement sur le semi-lunaire, et c'est cette voie qui, de beaucoup, a été la plus employée dans toutes les observations que nous avons relevées. Il est vrai que dans tous ces cas il s'agissait d'ablation du lunaire.

Delbet, en 1908, condamne formellement *la voie dorsale*. Pour Mouchet, Lapointe, la voie polunaire est seule logique. Mais en 1926, Cadenat publie une observation d'ablation du lunaire par voie dorsale qui donne plus de jour que l'antérieure, mais reconnaît que ce n'est pas le procédé de choix dans tous les cas.

Gernez, à cette époque, partage l'avis de Cadenat.

En 1929, dans une nouvelle communication sur un nouveau cas de reposition sanglante du lunaire par voie postérieure, Cadenat fait remarquer que si la voie antérieure permet l'ablation facile, elle rend difficile la reposition et il ajoute « je suis convaincu, mais je n'en ai pas la certitude que par des pressions antérieures on parviendrait à ramener dans sa loge un semi-lunaire même très luxé et à l'accrocher par derrière dans les luxations récentes ».

Luxations anciennes. — En dehors de quelques cas avec résultat fonctionnel assez satisfaisant les luxations anciennes s'accompagnent d'une très grosse impotence. L'intervention sanglante dans presque tous les cas améliore le pronostic de ces luxations.

L'on peut choisir entre deux modes de traitement : la résection du carpe, l'extirpation du lunaire.

L'extirpation du lunaire par voie palmaire semble bien le procédé de choix; elle est facile et presque toujours efficace. Cependant Boehler, même dans les cas anciens (six et huit semaines) préfère la reposition sanglante, mais pour obtenir une extension suffisante transfixe avec des broches l'olécrane en haut et en bas la base des quatre derniers métacarpiens.

La résection du carpe beaucoup plus mutilante de l'avis de tous doit être réservée aux cas d'ankylose vraie du poignet. Vallas préconise la résection totale, beaucoup d'auteurs pensent la résection partielle suffisante.

Pronostic. — Est dans l'ensemble grave. Mais les cas ne sont pas tous superposables entre eux, ce qui rend l'interprétation des statistiques difficile. L'âge du sujet, le degré d'ancienneté des lésions, les fractures associées, le degré d'énucléation du semi-lunaire sont autant de facteurs importants.

Une luxation abandonnée à elle-même à part quelques cas exceptionnels aboutit à l'ankylose du poignet, après une longue période de douleurs et d'impotence progressive.

L'invalidité définitive peut atteindre 40 à 60 pour 100 et équivaut parfois à une perte fonctionnelle complète de la main.

La réduction précoce par manœuvres externes donne au contraire presque toujours de très bons résultats. La guérison est souvent complète, et l'infirmité, si elle existe, presque toujours minime.

Cependant la période de récupération fonctionnelle peut être longue et durer des semaines et des mois.

Dans les cas d'intervention sanglante, les résultats sont variables et très dissemblables entre eux. Mais il est certain que l'âge du malade, surtout l'ancienneté des lésions jouent un rôle important.

Réduction sanglante. — Les résultats n'en ont pas paru toujours satisfaisants. Delbet en 1908 n'avait vu que des résultats médiocres. Les observations récentes sont peu nombreuses. Cependant Boehler donne l'observation d'une luxation de huit semaines, réduction sanglante et deux mois plus tard le blessé avait récupéré la totalité de ses mouvements, sauf la flexion limitée à 30°.

Beck dans un cas datant de quatorze jours, huit semaines après l'intervention, avait obtenu une récupération fonctionnelle complète.

Ablation du semi-lunaire. — Delbet, en 1908, donne la statistique suivante. Dans dix-huit cas de luxation sans fracture datant de quinze jours à dix-huit mois, il y avait onze résultats excellents, sept mauvais. Dans neuf cas avec fracture du scaphoïde datant de quinze jours à un an : quatre résultats excellents, cinq mauvais.

Leriche dans trois cas a un bon résultat obtenu rapidement, un médiocre qui s'améliora au bout de huit à dix mois, un médiocre qui l'est resté.

Tous les auteurs insistent sur la lenteur des améliorations fonctionnelles qui se poursuivent des mois, parfois même des années. Les troubles nerveux sont particulièrement longs à s'améliorer.

Tous considèrent les fractures associées comme une cause aggravante,

Ajoutons pour terminer que le pronostic dépend

encore dans une large part de la bonne volonté du sujet. La récupération fonctionnelle ne s'obtient que par une mobilisation toujours pénible qui doit être longtemps poursuivie. Nombreux blessés, accidentés du travail trouvent dans leur invalidité une indemnité lucrative qu'ils s'efforcent de conserver.

BIBLIOGRAPHIE

Thèse TAVERNIER, 1906.
TAVERNIER. *Lyon chir.*, 1909, n° 1.
DELBET. Rapport à la *Soc. de chir.*, 1908.
MOUCHET et JEANNE. *Congrès de chir.*, 1919.
DESTOT. *Traumatisme du poignet et rayons X*, 1923.
LEVEUF et GIRODE. *Traitement des fractures et luxations des membres*, 1925.
LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale*, 1926.
CADENAT. *Soc. de chir.*, 1926, t. LII, n° 9.
MOUCHET. *Soc. de chir.*, 1926, t. LII.
CADENAT. *Soc. de chir.*, 1929, t. LV, n° 23.
Lorenz BOEHLER. *Centralbl. f. Chir.*, mars 1929, t. LVI, n° 11.
BECK. *Centralbl. f. Chir.*, mars 1929, t. LVI, n° 11.

XXE CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Montpellier, 15-17 octobre 1929 (1)

COMMUNICATIONS

Maladies infectieuses et parasitaires (tuberculose exceptée).

Sérum et sérothérapie antityphoïdiques. — M. RODET (de Lyon). Après avoir décrit sommairement sa méthode de préparation du sérum antityphoïdique, l'auteur expose les preuves de l'efficacité de cette sérothérapie, telles que les fournissent, d'une part l'analyse des cas individuels (marche de la température chez les malades traités par le sérum, influence sur l'état général), d'autre part les résultats d'ensemble. Il insiste sur l'importance qu'il y a, pour obtenir de cette sérothérapie le maximum d'efficacité, à se conformer à une règle précise pour la marche du traitement. Si parfois on rencontre des cas plus ou moins réfractaires au sérum, la cause principale paraît devoir en être cherchée dans les infections surajoutées.

Répartition actuelle de la fièvre exanthématique dans le Midi de la France. — MM. D. OLMER et J. OLMER (de Marseille). La fièvre exanthématique a été observée pour la première fois en 1922 par D. Olmer à Marseille où par la suite de nombreux cas ont été décrits. Si l'affection se manifeste dans toute la ville et dans toutes ses banlieues, elle y présente cependant des foyers électifs.

La fièvre exanthématique paraît s'étendre actuellement de l'Hérault aux Alpes-Maritimes, en remontant au Nord jusqu'au Vaucluse.

L'affection n'est pas contagieuse d'homme à homme et la transmission paraît se faire par la tique du chien.

Les formes graves de la fièvre exanthématique. — MM. D. OLMER et Jean OLMER (de Marseille) rappellent le tableau clinique de cette affection que l'un d'eux a pour la première fois observée et décrite. Dans la grande majorité des cas elle évolue vers la guérison en une quinzaine de jours après avoir présenté sur les téguments une éruption maculo-papuleuse caractéristique, mais on observe parfois des formes graves, surtout caractérisées par l'intensité des phénomènes nerveux (Kernig, raideur de la nuque, ou bien délire, ataxo-adynamie) qui ont pu en imposer pour du typhus. Les recherches d'immunité croisée entreprises sur le singe par les auteurs en collaboration avec Burnet montrent qu'il faut séparer complètement les deux affections. Ces formes graves peuvent tenir aussi à l'apparition de complications cardiaques ou rénales; elles ne se voient que chez des individus présentant antérieurement une lésion de ces organes. La connaissance de ces formes graves n'infirme pas la notion de bénignité habituelle de la fièvre exanthématique.

La fièvre exanthématique dans la région biterroise. — M. P. PAGÈS (de Béziers). Exposé de six cas de fièvre exanthématique observés cet été dans la région de Béziers avec M. Gaches (de Saint-Geniès-le-bas) et M. Rouve (de Sérignan).

Evolution classique en douze à quinze jours avec fièvre vive, arthromyalgies, exanthème-papuleux. Recherches bactériologiques négatives, par M. Lafont (de Béziers). Dans tous les cas, présence dans les habitations de chiens porteurs de tiques. Importance de ces cas qui paraissent jusqu'ici les plus éloignés du foyer originel provençal, les plus *occidentaux* et font envisager la possibilité de l'extension en *tache d'huile* de cette nouvelle infection.

Considérations cliniques sur la fièvre ondulante. — MM. VEDEL et VIDAL (de Montpellier) ont rassemblé les cas de fièvre ondulante qu'ils ont pu observer depuis 1920, et en ont étudié les apparences cliniques diverses. Ils insistent tout particulièrement sur les manifestations respiratoires qui peuvent, dans l'évolution de l'affection, occuper une place prépondérante. Leurs constatations leur permettent d'attribuer à la fièvre ondulante, dont la fréquence augmente très sensiblement, une symptomatologie beaucoup plus riche et bien plus expressive que celle qui lui est communément accordée.

Les complications cérébrales de la mélitococcie. — M. ROGER (de Marseille). D'après trois observations personnelles et d'après les cas retrouvés dans la littérature, l'auteur distingue des syndromes localisés, hémiplégie, ou épisodes transitoires de paresthésie d'un membre, vraisemblablement liés à un processus artériel et des syndromes plus diffus, sans doute en rapport avec une véritable encéphalite mélitococcique. Des réactions méningées accompagnent souvent les symptômes cérébraux.

Ces complications sont plus souvent tardives que précoces, elles apparaissent parfois quelques semaines ou même quelques mois après la guérison apparente de l'infection, elles peuvent exceptionnellement être la seule manifestation de la fièvre ondulante (forme encéphalitique) ou compliquer une autre localisation nerveuse, médullaire par exemple réalisant une véritable névraxite mélitococcique.

Elles aggravent le pronostic de la maladie, mais peuvent guérir d'une façon complète.

Sur les manifestations respiratoires au cours de la fièvre ondulante. — MM. M. JANBON et A. BALMES (de Montpellier) se basant sur l'étude de leurs cas personnels et des observations qu'ils ont dépouillées, classent les manifestations respiratoires survenant au cours de la mélitococcie en deux groupes : 1° *Les déterminations précoces*, susceptibles de réaliser des « formes pulmonaires » de la fièvre ondulante, d'évolution assez rapide et de pronostic bénin dans la règle : bronchite, pneumopathies aiguës des divers types (congestions, syndrome pneumonique, cortico-pleurite), exceptionnellement tableau pseudo-granulique; 2° *Les manifestations tardives*, véritables complications survenant à la faveur de l'hyporésistance créée par la mélitococcie, et de pronostic

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 87, p. 1541; n° 92, p. 1640, et n° 94, p. 1681.

grave : syndromes pulmonaires et pleuraux les plus divers, broncho-pneumonie en particulier. Dans ce groupe rentrent les faits de tuberculose pulmonaire développée ou aggravée à la faveur de l'anergie mélitensique, dont les auteurs rapportent deux observations typiques.

Les auteurs considèrent les manifestations précoces comme sous la dépendance directe du Br. melitensis, les tardives comme des infections surajoutées.

Ascite et mélitococcie. — MM. M. Janbon, A. Balmès et Mlle Labraque-Bordenave (de Montpellier) rapportent deux observations d'ascite récidivante, du type mécanique, compliquant une fièvre ondulante; les deux cas se sont terminés par la mort. Ecartant l'intervention directe du Br. melitensis et du bacille de Koch, ils considèrent le syndrome ascitique observé comme lié à l'existence de tares hépatiques préexistantes, connues ou ignorées, et déclenché à la faveur de la déficience organique créée par la mélitococcie.

Vaccinothérapie et chimiothérapie de la fièvre ondulante. — MM. M. Lisbonne, Ch. Durand et M. Janbon apportent les résultats de leur pratique personnelle de traitement de la fièvre ondulante. Ils considèrent l'autovaccinothérapie bien réglée comme une méthode simple, exempte de dangers et efficace dans la plupart des cas. La chimiothérapie par la gonacrine, leur a donné dans quelques observations des succès rapides : la possibilité d'accidents généraux et locaux empêche, jusqu'à plus ample informé, de conseiller la généralisation de son emploi.

Sur le traitement local des nourrissons porteurs de germes diphtériques. — M. Lereboullet (de Paris) a poursuivi, avec M. Gournay, à l'hospice des Enfants-Assistés des recherches sur le meilleur moyen de désinfecter le nasopharynx des porteurs de germes diphtériques et surtout des nourrissons. Après avoir recouru en vain aux diverses méthodes recommandées ces dernières années, il a fait, avec M. Gournay, des essais d'abord avec la gonacrine en solution à 2 p. 100 instillée matin et soir, et ils ont eu environ 50 p. 100 de succès. Mais c'est le novarsénobenzol qui leur a donné les meilleurs résultats; ils l'ont employé en instillations, trois fois par jour, de trois gouttes dans chaque narine d'une solution obtenue en mettant 2 centimètres cubes d'eau distillée dans une ampoule de 0,15. Sur 40 cas suivis (à bacilles longs ou moyens), la disparition des germes a été notée dans 34, après trois à quatre jours, et vérifiée par trois ensemencements; dans les six autres, la disparition a été plus lente mais a été obtenue en dix-sept jours en moyenne. Aucun traitement sérique n'a été institué. Grâce à ce procédé fort simple et qui s'est montré parfaitement inoffensif, la contagion par les porteurs de germes diphtériques a pratiquement disparu dans les nourriceries de l'hospice et les conséquences de la diphtérie hospitalière sur la santé des nourrissons ont complètement cessé.

La leishmaniose viscérale dans les pays méditerranéens. — M. G. Pittaluga (de Madrid). La leishmaniose viscérale est une maladie endémique des pays méditerranéens. En Espagne l'auteur a signalé depuis 1912 plus de mille cas diagnostiqués au point de vue microbiologique par la ponction de la rate. Il a mis en lumière l'existence de foyers d'endémie dans les provinces de l'intérieur de l'Espagne et pas seulement dans le littoral. Plusieurs cas ont été observés chez l'adulte, le terme de Kala-Azar *infantile* ne doit donc pas être conservé. La pathogénie de la maladie répond à une véritable imprégnation parasitaire du système réticulo-endotélial. Nous possédons un traitement efficace (78 p. 100 de guérisons) dans les préparations d'antimoine. Mais le dépistage des malades doit être organisé au point de vue épidémiologique et prophylactique, en vue du diagnostic précoce.

Tuberculose.

Anomalies sthétoscopiques par déviation du cœur au cours de la tuberculose. — M. Burnand (de Lausanne) expose le syndrome acoustique propre aux déviations du cœur dites « par attraction » dans certaines affections pulmonaires tuberculeuses de nature sclérosante.

Spécialement dans les ectopies à gauche (sinistrocardies) on observe fréquemment des signes importants qui ne semblent pas avoir attiré jusqu'ici l'attention des auteurs.

Les éléments principaux du syndrome sont :

1° Un foyer anormal de battements des deuxième et troisième espaces intercostaux à gauche;

2° Un souffle, parfois très intense et rugueux, systolique, au foyer de l'artère pulmonaire;

3° Un éclat anormal et parfois un dédoublement du deuxième bruit.

Le souffle peut manquer. S'il existe, il paraît être inorganique et tenir à la coudure souvent très marquée de l'artère pulmonaire.

Les indications de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Ch. Garin, J. Boucomont et Mlle Rougier (de Lyon) pensent que le nombre des indications de cette thérapeutique est restreint et qu'il y a lieu de limiter l'emploi des sels d'or aux lésions bilatérales datant de moins de six mois à un an et survenant chez des jeunes. Ils conseillent l'aurothérapie dans les formes congestives, dans les poussées inflammatoires des fibreux, dans les poussées évolutives du côté opposé à un pneumothorax, une phrénicectomie, une thoracoplastie quand l'état général est encore bon. Ils la considèrent comme inutile dans les formes non évolutives, dans la pneumonie caséeuse, dans les septicémies bacillaires. Cette thérapeutique est parfaitement compatible avec la médication arsénicale sous toutes ses formes.

Les polysérites de l'adulte dans un service de tuberculeux. — MM. Ch. Garin, J. Boucomont et Mlle Rougier (de Lyon). Les polysérites fibreuses qu'on rencontre chez les tuberculeux sont dues soit à la tuberculose seule, soit à des associations de tuberculose avec le paludisme, le rhumatisme articulaire aigu ou la syphilis. Cette dernière cause a une importance considérable; la preuve de son existence n'est pas toujours facile à faire, mais on devra la soupçonner et la rechercher par tous les moyens quand on constatera la présence de symphyse pleuro-péricardique, de médiastinite, et de sclérose pulmonaire-périhépatique chez des scléreux pulmonaires.

Vaccination animale et bactériothérapie humaine contre la tuberculose. — M. Vaudremer (de Paris).

Action du pneumothorax artificiel sur le tissu pulmonaire tuberculeux. — MM. Leuret et Caussimon. Les auteurs insistent sur les transformations alvéolaires qui préparent le développement de la sclérose. Ils montrent toutes les étapes de la formation du tissu scléreux, et indiquent comment est possible la cicatrisation des foyers tuberculeux. Le pneumothorax constitue d'après eux le meilleur agent sclérogène des lésions tuberculeuses.

Indications et résultats de la phrénicectomie dans le raitement de la tuberculeuse. — MM. Leuret, Charrier et Caussimon rapportent leur statistique qui repose sur 34 cas. Ils concluent que la phrénicectomie est une excellente opération qui doit être pratiquée à froid dans les cas de tuberculose pulmonaire peu évolutive. Elle impose la même unilatéralité des lésions que le pneumothorax. Le plus habituellement, et sauf des cas exceptionnels, elle ne saurait le remplacer mais elle peut le compléter heureusement. Comme le pneumothorax, la phrénicectomie doit être précoce. Il ne faut pas attendre, pour la réaliser, la formation des vastes

cavernes du sommet symphysées à la paroi, sur lesquelles la phrénicectomie nous paraît sans action. La phrénicectomie agit non seulement sur les lésions de la base, mais aussi sur les lésions du sommet, grâce à la constitution d'une sclérose pleuro-pulmonaire qui résulte, non pas de l'ascension du diaphragme, mais plutôt de son immobilité et de la stase sanguine qui en découle.

Les réactions de Moritz-Weiss et de Petzetakis dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Caussimon et Hargous. Les auteurs ont systématiquement étudié ces deux réactions sur 61 malades. Les résultats donnés par ces deux réactions sont comparables. Négatives, elles ont une valeur confirmative certaine à l'égard des tuberculoses inactives ou peu actives. Positives, elles concordent avec le diagnostic clinique d'évolutivité. Elles traduisent surtout l'intégrité ou l'atteinte de l'état général. Les réponses ne sont correctes que si le foie présente une intégrité suffisante.

Le pneumothorax artificiel bilatéral dans la tuberculose pulmonaire. — M. Gaussel (de Montpellier). Le pneumothorax thérapeutique bilatéral est entré dans la pratique du traitement de la tuberculose pulmonaire : on peut en distinguer trois variétés.

A. *Le pneumothorax bilatéral d'emblée*, quand la compression des deux poumons malades est décidée et réalisée d'emblée, un court espace de temps séparant la création des deux pneumothorax.

Il est indiqué, dans les formes de tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive, avec conservation d'un bon état général, les lésions pulmonaires étant peu tendues.

On peut le proposer, faute de mieux, dans la bronchopneumonie tuberculeuse, à forme de phtisie galopante.

On doit s'en abstenir dans les formes fibreuses à évolution lente.

B. *Le pneumothorax bilatéral secondaire simultané.* — Ici, l'indication du deuxième pneumothorax se pose chez un malade déjà traité par la méthode de Forlanini. Après sa création on continue à entretenir le premier pneumothorax.

Il est indiqué lorsque des signes de lésion évolutive se manifestent dans le deuxième poumon, à une époque trop rapprochée de la création du premier pneumothorax, pour que celui-ci soit interrompu sans danger de reprise d'activité de la lésion pulmonaire.

On se basera pour préciser les indications du deuxième pneumothorax sur l'état local et sur l'état général.

C. *Le pneumothorax bilatéral secondaire alterné.* — Quand le premier pneumothorax entretenu pendant un temps assez long, a donné de bons résultats, qu'il a été déjà interrompu où qu'il semble pouvoir être interrompu sans danger, l'apparition de signes de bilatéralisation pose l'indication de pneumothorax bilatéral alterné. Dans ce cas on ne continue pas les insufflations du premier pneumothorax.

M. Gaussel rapporte des observations de malades correspondant aux trois modalités de pneumothorax bilatéral.

Au point de vue de la technique, dans le cas de pneumothorax bilatéral d'emblée, il est bon de s'assurer avec un trocart et un manomètre que les deux plèvres sont libres, que les deux pneumothorax sont réalisables, avant de créer le premier pneumothorax.

Les manifestations pleurales de la tuberculose pulmonaire au stade de tramite interstitielle. Signification exacte et valeur diagnostique. — M. Bonafé (d'Hauteville).

(*A suivre.*) A. PUECH.

Le rein des vieillards, par Pierre Delafontaine, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-16 de 202 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Georges CLEMENCEAU

(1841-1929)

Par L. BABONNEIX.

Il aura lutté jusqu'au bout. Jusqu'à la fin, il aura payé d'exemple, assemblant des documents, rédigeant des articles, corrigeant des épreuves, comme si l'avenir lui appartenait encore, regardant d'ailleurs la mort en face, parlant sans cesse de l'heure prochaine où, à côté de son père, dans le sol vendéen, debout comme à la bataille, il dormirait son dernier sommeil. Moment unique pour se recueillir devant cette prodigieuse destinée, pour faire la veillée des âmes, pour évoquer ces nombreuses existences fondues en une seule, pour chercher à faire revivre l'homme politique, l'orateur, l'écrivain, le médecin !

***

Médecin, il ne l'a été que par occasion. Qui, même parmi les érudits, se rappelle qu'après un court stage à l'Ecole de médecine de Nantes, il était venu à Paris en 1860, y continuer ses études, et que, quelques années après, il était interne provisoire à Bicêtre? Qui pourrait se vanter d'avoir lu sa thèse intitulée *De la génération des éléments anatomiques* et soutenue, le 13 mai 1865, devant un jury composé de Ch. Robin, président, Pajot, professeur, Sée et Parrot, agrégés? Lequel de ses amis a conservé le souvenir du temps où il était installé à Montmartre ? Depuis cette lointaine époque, jamais plus il n'avait exercé. Il n'en restait pas moins attaché à notre profession. Et comment aurait-il pu en être autrement chez ce fils d'un médecin : Benjamin Clemenceau; chez ce grand-père d'un médecin : M. Jacquemaire; chez ce grand-oncle d'un médecin : M. Raiga ? N'était-il pas l'ami de ses médecins : Florand, MM. Laubry et de Gennes, de son chirurgien : le professeur Gosset? De son contact avec la médecine, ne gardera-t-il pas, toute son existence, le goût de l'analyse, des notions claires, des idées générales? En 1918, l'Académie de médecine l'avait nommé, par acclamation, membre libre. Il n'était jamais venu rue Bonaparte, non plus qu'à l'Académie française qui, à la même date, lui avait ouvert ses portes dans un même élan d'enthousiasme.

***

Comment suivre l'homme politique dans sa longue et inégale carrière? Maire du XVIIIe arrondissement dès la chute de l'Empire, représentant de la Seine à l'Assemblée nationale (1871), conseiller municipal la même année, député de la Seine, de 1878 à 1883, puis député du Var, il est battu aux élections législatives de 1893. En 1902, il est élu sénateur du Var. Longtemps, il est le chef de l'opposition : son éloquence brève et sarcastique, son art de manœuvrier, son audace font de lui le « tombeur des ministères ». Il lui suffit de monter à la tribune pour que les ministres plient leurs portefeuilles. Tour à tour, le premier ministère Ferry, le grand ministère Gambetta, le ministère de Freycinet, le deuxième ministère Ferry, le ministère Brisson succombent sous ses coups. Le 24 mars 1906, il est appelé au ministère de l'Intérieur par Sarrien, auquel il succède, le 26 octobre de la même année, comme président du Conseil. Il reste au pouvoir jusqu'au 20 juillet 1909. A cette date, il se suicide, il « se tombe » lui-même. Sa réponse à Delcassé : « Je n'ai « pas, comme vous, abaissé la France, je ne l'ai pas con- « duite à Fachoda », lui vaut d'être immédiatement mis en minorité. Quelques années s'écoulent. Dès le début de la guerre, il reprend sa place dans l'opposition, mène campagne contre le gouvernement, signale ses erreurs comme ses faiblesses, accuse d'impéritie certains grands chefs. Il galvanise

les volontés défaillantes. Aussi lorsque, le 16 novembre 1917, par un geste dont la France lui restera éternellement reconnaissante, M. POINCARÉ, faisant taire ses préventions personnelles envers un adversaire qui ne l'avait point ménagé, l'appelle à la présidence du Conseil, la situation change. Le premier soin de CLEMENCEAU est de saisir à la gorge la trahison et de redonner ainsi confiance aux combattants qui avaient à lutter à la fois contre l'ennemi et contre la propagande défaitiste. Il rassure l'opinion publique en annonçant que, quoi qu'il arrive, il ira jusqu'au bout. Il fait donner le commandement unique à FOCH, qu'il refuse de sacrifier, lors de l'avance des Allemands sur Paris. Il rappelle MANGIN, qu'une injuste disgrâce tient éloigné du front; il le met à la tête d'une armée de choc. Il ne cesse de visiter les tranchées, il fréquente les postes d'écoute. Il communique à tous l'ardeur dont il est animé. A d'autres, de faire des discours! Lui, il fait la guerre! Il se refuse à béler la paix! Aussi, lorsque, le jour de l'armistice, il monte à la tribune et qu' « au nom du peuple français, au nom du gouvernement de la République française, une et indivisible, il adresse le salut de la France à l'Alsace et à la Lorraine retrouvées » et qu'avec une indicible émotion, il ajoute : « Et puis, hon« neur aux grands morts qui nous ont fait cette victoire! », il est acclamé par la salle tout entière debout. Lorsque, quelques jours après, le Parlement déclare qu'il a bien mérité de la Patrie, il semble à tous qu'il doive succéder, comme président de la République, à cet autre grand Français, M. POINCARÉ. Hélas! les asssemblées oublient vite! Mal conseillé, certains ont dit : mal entouré, en tout cas mal renseigné sur ce qui se passe dans les coulisses, il est battu, le 16 janvier 1920, par cette chambre horizon qu'il vient de faire élire. Les déçus, les envieux, les ingrats ne se sont pas en vain ligués pour assurer son échec, et, pour lui emprunter la forte parole que, d'avance, il s'était appliquée, le Tigre périt, comme Shere-Kan dans la Jungle, étouffé par une troupe de veaux. Précipité des honneurs, il rentre dans le rang. Jusqu'à sa mort, il garde, sur les événements et sur les hommes, un silence qui n'est pas sans grandeur.

***

Orateur, il l'était assurément, mais non à la manière abondante et fleurie d'un JAURÈS! Nerveux, incisif, allant droit au but, maître de sa parole comme de sa pensée, il excellait, au Parlement, à désarçonner ses adversaires. Lequel d'entre nous ne se rappelle sa foudroyante interpellation qui, au lendemain de la défaite de Langson, décida la chute du ministère FERRY? En juillet 1927, au cours d'une dramatique séance au Sénat, il jette à la face d'un ministre cette cinglante apostrophe : « Je vous accuse d'avoir trahi les intérêts de la France! » Qu'au cours d'une discussion d'après-guerre, un obscur député lui fasse de l'obstruction, voilà CLEMENCEAU dressé à son banc : « Je vous reconnais, Mon« sieur. C'est vous qui êtes venu, l'an dernier, dans mon « cabinet, me proposer la paix avec le déshonneur! » En pleine Chambre, il déclare un jour aux radicaux « qu'il ne se laissera pas étrangler derrière une porte par les muets du sérail ». Au général de LACROIX, alors généralissime, il dit en 1909, au moment des incidents de Casablanca : « Si c'est une solution qu'ils veulent, nous la trouverons, mais si c'est une humiliation, ils nous trouveront. La France n'est pas de celles qu'on humilie deux fois! » Que d'autres discours, où, en parlant des destinées de la France comme des souffrances des nôtres, il a, d'un coup d'aile, atteint les sommets de l'éloquence, soit qu'il conduisît à la statue de Jeanne d'Arc les députés anglais, soit qu'il célébrât, à la Chambre l'héroïsme de nos soldats, grâce à qui « la France, hier soldat de Dieu, aujourd'hui soldat de l'humanité, sera toujours le soldat de l'idéal! »

***

Il laisse de nombreux ouvrages : *La mêlée sociale*, *Le grand Pan*, *Au fil des jours*, *Les embuscades de la vie*, *Les plus forts*, *Le voile du bonheur*, *Démosthène*, *Au seuil de la pensée*, tous riches d'idées, tous fortement documentés, tous d'une âpre philosophie, mais dont la concision, le tour elliptique et la profondeur rendent parfois la lecture difficile. Combien préférables ses articles de polémique à la *Justice*, à l'*Aurore*, au moment de l' « Affaire », à l'*Homme enchaîné*, où il se retrouve tout entier avec ses froides colères, ses mots à l'emporte-pièce, sa verve corrosive, mais aussi avec cette puissance de raisonnement et cette clarté souveraine qui font, de lui, l'héritier de P.-L. COURIER et d'Armand CARREL!

***

Il lui est arrivé de se tromper. Au lendemain de la guerre de 1871, il propose de donner la Corse à l'Italie. Il poursuit de sa haine des hommes dont le patriotisme ne peut être mis en doute. Il rend J. FERRY responsable d'un de ces désastres si fréquents au cours des expéditions coloniales. Il ne comprend pas que, sans la diplomatie de DELCASSÉ, ni l'Angleterre, ni l'Italie ne se seraient, à une heure décisive de notre histoire, rangées à nos côtés. Ses ennemis disaient de lui que, s'il adorait la France, il détestait les Français. Ils sont allés partout proclamer qu'après avoir gagné la guerre, il nous a fait perdre la paix. Mais quel est l'homme politique qui n'a point commis d'erreurs? Quel est-il, l'homme tout court qui ne se laisse pas guider par ses sympathies et par ses antipathies? Au reste, il a racheté ses fautes, et au delà. D'abord, par ses « mots » qui, on l'oublie trop, savaient à l'occasion être heureux et montrer qu'au fond — très au fond de lui-même — ce bourru, ce grincheux, était un tendre. Il avait violemment combattu le général MARCHAND. Au lendemain du jour où celui-ci a été grièvement blessé, il va le voir, l'embrasse et lui dit : « Jusqu'à présent, la politique nous séparait. Maintenant, entre nous, il y a la France! » Apportant la Légion d'honneur à un prêtre, au cours de la guerre, il lui adresse ce charmant petit discours : « Monsieur l'aumônier, voici un présent, que, je suis sûr, vous ne refuserez pas, car c'est une croix que je vous apporte, et je vous la donne au nom de la France! » Puis par sa fidélité à ses amis : de GONCOURT, RAFFAELLI, CARRIÈRE, Claude MONET, Gustave GEFFROY, pour ne parler que des morts. Enfin et surtout par les services qu'il a rendus au pays, lors de la grande guerre. Ces services, la France ne les oublie pas! Elle l'a bien montré à l'anxiété avec laquelle, ces derniers jours, elle attendait les nouvelles de l'illustre vieillard, aux vœux ardents qu'elle formait pour sa guérison. Si THIERS a été le libérateur du territoire, CLEMENCEAU a été l'ouvrier de la victoire. Il a, selon la belle expression de M. TARDIEU, ouvert, aux générations du lendemain, les routes de l'espérance. Et vers lui monte à jamais, comme au jour de l'armistice, l'hommage de la patrie reconnaissante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1929)

Les spirochètes récurrents marocains du groupe « hispanicum » ne sont pas séparables en espèces. — MM. Ch. NICOLLE et Ch. ANDERSON.

Sources minérales sous-marines. — M. J. THOULET.

Sur une méthode d'inscription graphique de la pression du liquide céphalo-rachidien. — MM. LOEPER, André LEMAIRE et Jean PATEL.

Recherches sur l'antagonisme de la base tropine (tropanol) et de la pilocarpine sur le cœur. — M. René HAZARD.

Présence d'anticorps dans le pus d'abcès de fixation. — M. M. BELIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1929)

Eloge de M. Clemenceau. — En ouvrant la séance, M. le Président annonce la mort de M. Clemenceau, membre libre depuis 1918 :

« En 1918, au lendemain de la victoire, l'Académie de médecine voulut se souvenir que Georges Clemenceau appartenait à la famille médicale et, dans un geste d'enthousiasme le fit un des siens dans la section des membres libres.

Pas plus qu'à l'Académie française, jamais Clemenceau, à notre grand regret, n'est venu prendre place au milieu de ses collègues. Il semblait, après une vie si agitée, si remplie d'événements, couronnée d'une telle apothéose, avoir soif de silence et de recueillement. Nous n'en étions pas moins fiers de le compter au nombre des nôtres.

Aujourd'hui l'Académie de médecine adresse un pieux hommage au grand patriote, à l'homme qui, aux jours de détresse, incarna l'âme de la France et ne désespéra jamais de la patrie.

Elle présente à tous les siens l'expression de sa très haute sympathie. »

Cet éloge est écouté debout par les membres de l'Académie.

M. HAYEM dépose ensuite sur le bureau une médaille, dont il est l'auteur, représentant Clemenceau.

La séance est levée en signe de deuil.

Rapport sur la vaccination préventive contre les maladies typhoïdes pour les travailleurs de laboratoire. — A la reprise de la séance, M. Léon BERNARD donne lecture de son rapport sur cette question. L'Académie vote sur sa proposition le vœu déposé par M. Achard dans une précédente séance : Que la vaccination préventive contre les maladies typhoïdes soit obligatoire pour toute personne employée dans les laboratoires publics ou privés où sont manipulés les microbes de ces maladies.

Rapport sur des demandes de reconnaissance de stations climatiques. — M. POUCHET.

Discussion du rapport de M. Rouvillois sur le diplôme de chirurgien. — Comme il fallait s'y attendre ce rapport (1) a donné lieu à une discussion très vive.

C'est d'abord M. VAQUEZ qui s'élève avec force contre toute création tendant à diminuer la valeur du titre de docteur en médecine. Après lui, M. HAYEM déclare que les droits conférés depuis des siècles par le diplôme de docteur sont imprescriptibles, il soulève une fois de plus la question de la sévérité aux examens, et il propose un amendement tendant à la création d'un certificat spécial ne portant pas atteinte à l'intégrité du diplôme de docteur.

La discussion se poursuit avec des interventions de MM. BALTHAZARD, SERGENT, BAR, Pierre DELBET, SIEUR et CARNOT.

M. J.-L. FAURE, avec sa grande autorité, déclare que l'intérêt des malades doit passer avant tout. Nous ne voulons pas, dit-il, qu'un médecin quelconque puisse, sans préparation, s'intituler, dans les annuaires, chirurgien spécialiste.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 94, p. 1684.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES – ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES &
ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures } par jour ; Enfants : 1/2 dose

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St DENIS (Seine)

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE : par la bouche : 6 à 8 PILULES PAR JOUR ; par voie hypodermique : UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Lactolaxine FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS

1 à 3 comprimés le soir au coucher

AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

Remarquable par ses effets dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

CAMPHYDRYL ROBIN

Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %

TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS

ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS

INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES — ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ — INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES

PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

Les malades, ajoute-t-il, les femmes surtout, sont d'ailleurs responsables de la situation. Chacun ou chacune veut avoir découvert son chirurgien. Avec la plus incroyable des légèretés on choisit son chirurgien comme on choisit sa couturière ou son coiffeur...

Sur une dernière intervention de M. QUÉNU, l'Académie tombe d'accord pour adopter à l'unanimité l'amendement de M. Hayem demandant la création d'un certificat, non obligatoire, n'enlevant aucun droit au diplôme actuel de docteur en médecine, et *indiquant* simplement que le titulaire a suivi des cours spéciaux de chirurgie, comme cela se fait actuellement pour la médecine légale ou l'hygiène.

Septicémie aiguë colibacillaire grave chez un homme de soixante-dix-huit ans. Hémoculture positive. Traitement par le sérum anticolibacillaire de Vincent. Guérison. — MM. R.-J. WEISSENBACH, F.-H. DE BEAUFOND et G. BASCH. Un homme de soixante-dix-huit ans, ayant dû interrompre une cure à Vichy, arrive à Paris avec de grands accès de fièvre.

La constatation immédiate d'une pyurie à colibacilles oriente les recherches qui font conclure à une septicémie colibacillaire confirmée par l'hémoculture.

En dépit de l'âge, d'une arythmie et d'une légère congestion des bases, sous l'action énergique du sérum de Vincent, ces accidents aigus se calment, puis disparaissent en même temps que se rétablit complètement un état général sérieusement ébranlé.

L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon. — M. TRÉMOLIÈRES.

Une nouvelle forme de médication iodée par l'absorption d'huîtres ayant fixé et organisé de fortes quantités d'iode. — MM. LOUBATIE et SALLES.

Action du tribromométaxylénol sur quelques cas de tuberculose humaine. — Mlle DUBOC et M. H. PALFRAY.

Contribution à l'étude de la chimiothérapie de la tuberculose. — Mlle DUBOC et M. H. PALFRAY.

INFORMATIONS

(SUITE)

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (2e liste). — L'Académie des sciences vient d'attribuer les prix suivants :

Prix Montyon de médecine et chirurgie. — Trois prix de 2.500 fr. sont décernés : à M. Gaston Cotte, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; à M. F. Rathery, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris; à MM. David et Jean Olmer (de Marseille).

Trois mentions honorables de 1.500 fr. sont attribuées : à M. Ch. Joyeux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; à M. Camille Simonin, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de Strasbourg; à Mlle Suzanne Guéry, interne des hôpitaux.

Prix Barbier (2.000 fr.) à MM. P. Merklen, professeur, et M. Wolf, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix Bréant. — Sont décernés : un prix de 3.000 fr. à M. Marcel Léger, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar; un prix de 2.000 fr. à MM. Pierre Lereboullet, professeur, et G. Boulanger-Pilet, chef de clinique à la Faculté de médecine.

Prix Godard (1.000 fr.) à M. François Aman-Jean.

Prix Mège (1.000 fr.) à M. René Monceaux, chef de laboratoire à l'hôpital Cochin.

Prix Bellion (1.400 fr.) à M. Paul Chavigny, médecin général.

Prix du baron Larrey (1.000 fr.) à M. Joseph Uzac, médecin général, directeur du Service de santé du 5e corps.

Prix Argut (1.200 fr.) à M. Leroux-Robert, chef des travaux de physiothérapie oto-rhino-laryngée de l'hôpital Saint-Louis.

Prix Montyon de physiologie (1.500 fr.) à M. André Strohl, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Pourat. — Deux prix de 1.000 fr. sont décernés : à M. L. Velliez, docteur ès sciences; à MM. Henri Bulliard, chef de travaux, et Antoine Giroud, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. Louis Proust, externe à l'hôpital général à Tours.

LE Xe ANNIVERSAIRE DE « BRUXELLES MÉDICAL ». — Notre grand et si sympathique confrère belge vient de fêter le Xe anniversaire de sa fondation.

C'est avec fierté que notre ami, le professeur Léopold Mayer, a pu faire le bilan de cette période de bon journalisme, d'initiatives souvent audacieuses, mais toujours heureuses comme les croisières médicales, ou triomphantes comme les *Journées médicales*.

Si *Bruxelles médical* en si peu d'années a pu s'imposer dans le monde entier, il le doit à l'estime et à l'amitié qu'ont su inspirer ses fondateurs Mayer, Beckers et Bernard.

C'est de tout cœur que la *Gazette des hôpitaux* leur adresse ses félicitations et ses vœux.

A PROPOS DE LA CAMPAGNE DIFFAMATOIRE CONTRE LES STATIONS FRANÇAISES. — On nous communique la protestation suivante :

« La Société internationale d'hydrologie médicale, à sa réunion annuelle à Budapest, ayant eu connaissance par le délégué français au conseil de la campagne de diffamation menée ces dernières années contre certaines stations françaises par certaines organisations étrangères actuellement démasquées, réprouve énergiquement de semblables procédés incompatibles avec l'honnêteté scientifique la plus élémentaire.

La Société, ayant la charge morale de protéger et de défendre le bon renom de la science hydrologique, déclare les affirmations contenues dans ces circulaires calomnieuses et se réserve d'envisager à l'avenir des sanctions contre les organismes responsables de telles manœuvres.

Ont signé : Forteseue Fox, président; Burt (Angleterre), Fr. Dalmady (Hongrie), Daniehewsky (U.R.S.S.), Faber (Danemark), Ferreyrolles (France), Fudor (Autriche), Pr. Gabbi (Italie), Pr. Gunsburg (Belgique), Hirsch (Allemagne), Kahlmeter (Suède), Pr. Matsuo (Japon), Scherbakoff (Yougo-Slavie), Schmidt (Tchéco-Slovaquie), Taipole (Finlande), Van Bremen (Hollande), Wassermann (Bohême), Wateff (Bulgarie). »

HOMMAGE A GEORGES CLEMENCEAU. — La Fédération des médecins du front, sous la conduite du professeur Balthazard, participera le dimanche 1er décembre au cortège des anciens combatants en l'honneur de Georges Clemenceau.

Tous les étudiants ayant servi au front pendant la guerre, et en particulier les titulaires de la carte du combattant, sont cordialement invités à se joindre à ce cortège.

Rassemblement à 9 h. 45, à la passerelle du pont de la Concorde, côté Concorde.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Harlet (de Roubaix), Renoux (de Viroflay), Charles Souligoux, chirurgien des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur; le professeur Oscar Beuttner, chirurgien en chef de la Clinique obstétricale de Genève.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927),

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures ;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

INDICATIONS : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, chorée, névralgies chroniques, etc.

PRÉSENTATION : Boite de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante

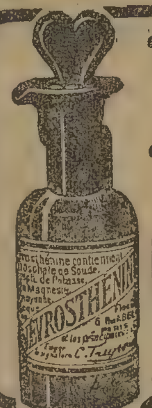
Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.

DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

LIPIODOL du Dr. LAFAY

o.gr. 54 d'iode par cm.3

69 Rue de Provence PARIS IXe

R. C. 225 781 B

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

CIRCULATION D'UN WAGON-LITS DE 1re ET 2e CLASSES ENTRE LYON-PERRACHE ET MILAN. — Les rapides Bordeaux-Milan et Milan-Bordeaux comportent un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan, ce qui permet d'effectuer, avec tout le confort désirable, le trajet de nuit entre ces deux villes.

Départ de Lyon-Perrache, 22 h. 58 ; de Lyon-Brotteaux, 23 h. 17. Arrivée à Turin, 8 h. 45 ; Milan, 11 h. 35.

En sens inverse : départ de Milan, 19 h. 10 ; de Turin, 22 h. 40. Arrivée à Lyon-Brotteaux, 6 h. 03 ; Lyon-Perrache, 6 h. 21.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de CHARBON TISSOT

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 357.143, Seine.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure

3 flacons dans la matinée

Cure de Régime

1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50 — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 27 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des paraplégies syphilitiques. — Signes et diagnostic de l'obstruction calculeuse du cholédoque. »

MM. Lance et Descarolo, 23; de Pariente, 25; Bridgman et Golsztajd, 17; Guillemin, 23; Reboul, 24; Demoulin, 25; Forestier, 20; Lieffring, 26.

Séance du 28 novembre. — Questions données : « Symptômes et complications des oreillons. — Signes et diagnostic des ruptures de grossesse tubaire. »

MM. Marse, 23; de Langre, 28; Vaultrin, Deparis, Friedman et Béchet, 25; Olivier (H.), 29; Gabriel, 26; Gallot, 29; Mlle Laquerrière, 26.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 novembre. — MM. Lacaisse, 29; Sassier, 23; Béal, 24; Dechaume, 30.

Classement : MM. Dechaume, 133; Lacaisse, 131; Sassier et Béal, 111.

Sont proposés à la nomination par M. le directeur général pour occuper les deux places mises au concours :

MM. Dechaume et Lacaisse.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — *Epreuve sur titres.* — Séance du 28 novembre. — Sont reçus dans l'ordre suivant :

MM. Surmont, 10; Brunet et Ponteuil, 9; Godet, 8 1/2; Mme Kaufmann, MM. Bernard, Piffaut, Rebout et Barreau, 8; Chenilleau, Deliencourt et Corbier, 7.

— PRIX CIVIALE. — Le jury est composé de MM. René Marie, Auclair, Labbé, Cuéno, Robineau.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Le concours pour la nomination de trois chirurgiens adjoints des hôpitaux d'Orléans qui a eu lieu à l'Ecole de médecine de Tours s'est terminé par la nomination de MM. Chevreau, Lheureux et Lepage.

Le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux d'Orléans s'est terminé par la nomination de M. Darcier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Georges Fayot, interne des hôpitaux, a été nommé chef de clinique gynécologique.

— TOULOUSE. — M. Marie, ancien professeur de physique biologique et médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Le concours d'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Leblond.

Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Callens et de Mlle Senellart comme internes titulaires et M. Cordonnier comme interne provisoire; MM. Lefebvre et Druelle rempliront les fonctions d'internes.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes : MM. Leblond, Playoust, Langrand, Delaunay, Mlle Marieu, MM. Jacquemart, David, Deshorger.

ÉCOLES DE MÉDECINE — ANGERS. — A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur H. Fruchaud a été nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1929.

LA TRANSFORMATION EN FACULTÉ DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Nous avons annoncé brièvement dans notre dernier numéro la disjonction par le Sénat, du

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche. Insuffisance ventriculaire droite. Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

chapitre 17 *bis* de l'Instruction publique dans lequel la Chambre avait inscrit un crédit de 369.958 fr. destiné à permettre l'ouverture à partir de la rentrée de novembre de la Faculté de médecine de Marseille.

On n'a pas oublié qu'un décret du 11 novembre 1922, pris sur la proposition de M. Léon Bérard, alors ministre de l'Instruction publique, avait décidé la création de cette faculté, sous réserve que les dépenses en seraient entièrement couvertes par la ville de Marseille à laquelle certaines conditions étaient imposées.

Ces conditions ont-elles été remplies?

Ce fut l'objet d'une ardente discussion au cours de laquelle le ministre fit connaître au Sénat qu'une Commission spéciale envoyée récemment par lui avait bien constaté que les conditions imposée par le décret de 1922 étaient remplies.

« J'ajoute, a dit le ministre, qu'il n'est pas exact que l'Etat se soit, comme on l'a dit, engagé à intervenir pour 50 p. 100 dans la dépense de construction des bâtiments à Marseille. Cette dépense sera couverte par l'Université de Marseille; il est vrai qu'elle pourra recevoir une subvention de 50 p. 100, mais vous aurez alors à examiner le crédit.

La Commission d'enquête que j'ai envoyée sur place a déclaré très nettement que, dès maintenant, la faculté en question pouvait fonctionner à Marseille, les conditions imposées par le décret de 1922 étant remplies. »

Mais comme il est matériellement impossible d'ouvrir la faculté de Marseille d'ici à la fin de l'année, le ministre de l'Instruction publique a accepté la disjonction proposée par la Commission, le crédit devant revenir devant le Sénat avec le budget de 1930.

La disjonction, mise aux voix au scrutin public, a été prononcée par 214 voix contre 84.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. le docteur Jubert (de la Garenne-Colombes).

GUERRE. — (Active.) Mutations :

Médecin lieutenant-colonel. — M. Beyne, du laboratoire d'études médico-physiologiques de l'aéronautique, région de Paris, est affecté au ministère de l'air, direction générale des forces aériennes.

Médecins commandants. — M. Bertein, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon, est affecté à l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles.

Médecins capitaines. — MM. Decroocq, de la 6e compagnie autonome du train à Metz, est affecté au 9e bataillon de chasseurs alpins, à Antibes; Carrosse, des troupes du Maroc, est affecté au 7e spahis algériens, à Orange; Retat, du 10e bat. de chasseurs à pied, à Saverne, est affecté aux territoires du Sud algérien.

— (Active.) Est nommé spécialiste des hôpitaux militaires (dermato-vénéréologie) :

M. le médecin capitaine Lemaire, médecin des hôpitaux militaires, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire.

— Sont nommés :

Médecins des hôpitaux militaires. — MM. les médecins capitaines Saby, de la légion de la garde républicaine; Liégeois, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire; Hugonot, du 19e escadron du train.

Chirurgien des hôpitaux militaires. — M. le médecin capitaine Debrie, de la 19e région.

— NOMINATIONS ET PROMOTIONS. — Sont nommés :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — MM. Cornu, hôpital militaire de Strasbourg; Serres, Adam, Blondel, Falconnet, Gouyrand, Izac, hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon; Pépin, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris; Soleil, hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon; Touzard, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris.

MARINE. — M. le docteur Jeanniot, médecin de 1re classe, est promu au grade de médecin principal.

UNION MÉDICALE LATINE. — DÎNER D'AUTOMNE DE L'UMFIA. — Sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique et de M. le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, l'Union médicale latine donnera son prochain dîner d'automne dans les salons du Palais d'Orsay, le lundi 9 décembre, à 8 h. très précises du soir. Prière de s'inscrire dès maintenant au siège social : Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 29e décade (11-20 octobre 1929), 1.143 décès totaux, dont 946 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 903 pendant la décade précédente et de 1.025, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 197 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 946 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 30 au lieu de 33 pendant la décade précédente (moyenne 37).

La rougeole a causé 1 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 3, au lieu de 14 pendant la décade précédente (moyenne 21).

La scarlatine n'a causé aucun décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 36; il s'élevait à 37 pendant la décade précédente (moyenne 47).

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 98, au lieu de 40 pendant la décade précédente (moyenne 67).

La diarrhée infantile a causé 41 décès de 0 à 2 ans, au lieu de 44 pendant la décade précédente (moyenne 35).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 98 décès, comme pendant la décade précédente, et au lieu de 122, moyenne décadaire correspondante.

COLLÈGE DE FRANCE. — COURS DES MALADIES INFECTIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 4 décembre 1929, à 5 h., et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Les maladies de nature fuso-spirochétienne. Etude clinique, étiologique et épidémiologique. »

Les cours auront lieu, jusqu'à nouvel avis, au laboratoire du professeur situé provisoirement 277, rue Saint-Jacques (Val-de-Grâce).

(Voir la suite des « Informations », p. 1756.)

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e.

LABORATOIRES CLIN

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

(Métaux colloïdaux électriques à petits grains. — Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes ou dérivés métalliques).

ELECTRARGOL (Argent)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Ampoules de 25 c.c. (2 par boîte).
Flacons de 50, 100 et 250 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (Tube de 30 grammes).

ELECTRAUROL (Or).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTROPLATINOL (Platine)
ELECTROPALLADIOL (Pd)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL (Rhodium)
Ampoules de 5 c.c.
(Boîtes de 3 et de 6 ampoules).

Toutes maladies infectieuses sans spécificité pour l'agent pathogène

N. B. — L'Electrargol est également employé dans le traitement local de nombreuses affections septiques (Anthrax, Otites, Epididymites Abcès du Sein, Pleurésie, Cystites, etc...)

ELECTR=Hg (Mercure)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).

Toutes formes de la Syphilis.

ELECTROCUPROL (Cuivre)
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).
Ampoules de 10 c.c. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes de 10 c.c.

Cancer, Tuberculose, Maladies infectieuses.

ÉLECTROSÉLÉNIUM (Sélénium)
Ampoules de 5 c.c. (3 par boîte).

Traitement du cancer.

ELECTROMARTIOL (Fer)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).
Ampoules de 5 c.c. (6 par boîte).

ARRHÉNOMARTIOL
(Fer colloïdal + Arsenic organique).
Ampoules de 1 c.c. (12 par boîte) et Gouttes.

Traitement du Syndrome anémique.

COLLOTHIOL (Soufre)
Ampoules de 2 c.c. (6 par boîte).
Elixir — Pommade.

Toutes les indications de la Médication sulfurée.

IOGLYSOL (Complexe iode-glycogène)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).

Cures iodée et iodurée.

ELECTROMANGANOL (Manganèse)
Ampoules de 2 c.c. (12 par boîte).

Affections staphylococciques.

1395

COMAR & Cie — PARIS

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS - CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e - Tél. Auteuil 44-09

**


Le Neptal
est un DIURÉTIQUE éprouvé puissant et sûr
en injections intra-musculaires
INDICATIONS
HYDROPISIES des CARDIAQUES
ASCITES
ÉPANCHEMENTS de toute NATURE
CONTRE INDICATIONS
HYPERTHERMIE
GRANDES CACHEXIES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
SOCIETE PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e


FORMULE :
Nucléino-phosphoglycérate de Soude 0,100
Cacodylate de Soude . 0,050
Sulfate de Strychnine. 0,001
Eau de mer isotonique. 5.000
Déficiences générales cellulaires
Une injection indolore sous-cutanée profonde tous les 2 jours ou plus souvent suivant l'état du malade de
Thalassotonine Vadam
Triade Leucocytogène et tonique associée à l'action catalytique de l'Eau de Mer
exalte la phagocytose, reconstitue la cellule, agit rapidement dans tous les cas de dépressions, convalescences, neurasthénie, asthénie lymphatisme, prétuberculose, paludisme, pyrexies, soins ante et post opératoires.
Littérature et échantillons franco à Messieurs les Docteurs.
Laboratoires J. PLÉ
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Licencié es-sciences.
111 bis, Rue de Turenne, Paris (3e)
Teléphone : Archives 08-27
DE GARANTIE
Thalassotonine Vadam

LES MODIFICATIONS DE LA PROTÉINÉMIE AU COURS DE L'ECZÉMA

Par MM. H. GRENET et G. BONNET.

Les récents travaux de Ribadeau-Dumas et de ses élèves (1) sur les variations de la protéinémie chez les nourrissons eczémateux nous ont engagés à poursuivre quelques recherches sur cette question. Nous nous sommes adressés surtout à l'eczéma *de l'adulte* : là nous pouvons en effet opposer les eczémas diathésiques de cause obscure, aux eczémas artificiels dont la cause, sinon essentielle, du moins provocatrice, est souvent évidente; et il devient facile d'étudier dans son ensemble la protéinémie au cours des diverses variétés d'eczémas (2).

Dans l'ensemble, les résultats de nos recherches (3) confirment ceux de Ribadeau-Dumas, quoique nous ayons eu recours à une méthode différente de celle qu'il a employée, mais qui ne mérite pas le discrédit dans laquelle elle est tenue par quelques auteurs : nous voulons parler de la réfractométrie.

C'est une méthode simple, rapide, donnant une approximation suffisante, constante dans ses résultats; c'est donc une méthode clinique par excellence, n'exigeant pas de connaissance physique ou chimique particulière. Elle est aussi fidèle que la méthode de Kjeldhal et beaucoup plus pratique.

La protéinémie normale de l'adulte et de l'enfant à partir de huit mois ou un an est relativement constante et se maintient aux environs de 7gr85 p. 100 comme moyenne, avec 7gr35 comme minima et 8gr35 comme maxima.

Elle est influencée dans des sens différents par l'alimentation, le jeûne, l'effort, la stase sanguine, mais dans de très faibles proportions.

Toutefois, il suffit, pour se mettre une fois pour toutes à l'abri des causes d'erreur, de pratiquer les prises de sang dans des conditions identiques (malade à jeun), au repos, prise de sang sans garrot, et de préserver le sang de l'évaporation et de l'hémolyse.

*
* *

Nos observations portent sur 31 malades atteints d'eczémas des types les plus divers, généralisés, localisés, erratiques; des eczémas secs ou suintants; des eczémas essentiels et des dermo-épidermites toxiques; des eczématisations secondaires. Mais tous avaient un caractère commun, celui de répondre à la description clinique de l'eczéma.

Avons-nous réussi à mettre en évidence un trouble constant de la protéinémie dans toutes ces formes? La simple lecture des résultats permet de répondre : non. Il n'y a pas un type uniforme de protéinémie répondant à l'entité clinique eczéma. Bien mieux, nous avons observé plusieurs cas d'hypoprotéinémie, quelques cas de protéinémie normale, et enfin, mais rarement, un taux d'albumine supérieur à la moyenne.

Est-ce à dire qu'il n'y ait aucun rapport entre la quantité de protéines du sérum et l'existence de l'eczéma? Il ne semble pas, car, en sériant les cas, en examinant méthodiquement chaque dossier, nous avons abouti à des conclusions dignes de retenir l'attention.

I. *La protéinémie et la cause de l'eczéma.* — Nous nous sommes tout d'abord demandé s'il existait un rapport quelconque entre la protéinémie et la cause de l'eczéma.

En effet, il est souvent possible de démêler dans les antécédents des malades, sinon la cause efficiente, du moins la cause occasionnelle qui a déclenché l'affection.

Suivant le facteur étiologique on peut donc grouper les eczémas en : 1° eczéma professionnel (laveuses, cimentiers); 2° eczéma toxique de cause externe (topiques irritants); 3° eczéma toxique de cause interne (dépuratifs, certains médicaments); 4° enfin, l'eczéma essentiel ou eczéma diathésique, celui dont l'étiologie demeure inconnue dans l'état actuel de nos connaissances, et qui s'oppose aux trois autres que l'on peut grouper sous le terme d'eczéma artificiel.

Cette division étant établie, le problème se pose ainsi : les eczémas artificiels et essentiels ont-ils un substratum humoral commun? La protéinémie reflète-t-elle la différence qu'on observe en clinique?

Après groupement des eczémas selon leur cause, abstraction faite de toute autre considération, nous avons trouvé dans les deux catégories des cas avec hyperprotéinémie, des cas avec protéinémie normale et des cas s'accompagnant d'hypoprotéinémie.

En faisant la moyenne on trouve une différence minime (7,34 p. 100 pour les eczémas essentiels contre 7,59 p. 100 pour les eczémas artificiels) qui reste dans les limites de la protéinémie normale.

Il ne semble donc pas y avoir de rapport entre la teneur du sang des eczémateux en albumines et la cause de leur affection.

II. *La protéinémie et la durée de l'eczéma.* — Mme Erna Lévy, nous apprend que le taux des protéines est d'autant plus bas que l'eczéma évolue depuis plus longtemps.

Si nous envisageons l'ensemble des eczémas et que nous les classions seulement par ordre d'ancienneté, les taux d'albumine semblent n'obéir à aucune loi.

Mais si nous les scindons en deux groupes : eczémas essentiels et eczémas artificiels, nous arrivons à établir deux courbes très démonstratives.

---

(1) L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu, Mme et M. Max Lévy. Notes sur le taux des protéines du sérum sanguin au cours de l'eczéma des nourrissons, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 janv. 1928. — L. Ribadeau-Dumas, Max Lévy, J. Dupuy et S. Mignon. Les troubles du métabolisme de l'eau chez les nourrissons eczémateux, *Le Nourrisson*, mars 1929. — Erna Lévy. Etude sur le taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons, en particulier des nourrissons eczémateux, *Th. de Paris*, 1928; — Les variations du taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons eczémateux, *Le Nourrisson*, mars 1929.

(2) La plupart de nos observations ont été recueillies à l'hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Lortat-Jacob, que nous remercions de son obligeance.

(3) Voir pour le détail des résultats : G. Bonnet. Les modifications de la protéinémie au cours de l'eczéma, *Th. de Paris*, 1929.

Nous retenons 27 cas, dans lesquels la date du début de l'eczéma est suffisamment précisée.

La première courbe (fig. 1) se rapporte aux *eczémas essentiels*. Nous avons porté en ordonnées le taux des protéines, et en abscisses les cas rangés par ordre d'ancienneté décroissante.

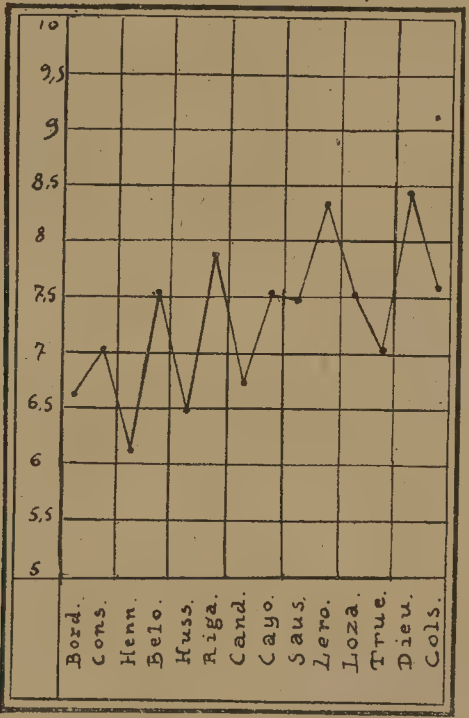


FIG. 1.

Temps depuis lequel le malade est atteint d'eczéma :

Bord....	7 ans	Cayo	1 mois
Cons....	2 ans	Saus.....	1 mois
Henn....	6 mois	Lero	1 mois
Belo	4 mois	Loza....	1 mois
Huss....	2 mois et demi	Truc.....	15 jours
Riga....	2 mois	Dieu.....	15 jours
Caud ...	40 jours	Cols.....	8 jours

La courbe n'est certes pas d'une pureté parfaite, elle montre cependant clairement que les eczémas les plus anciens sont ceux qui ont les protéinémies les plus basses. Nos résultats sont donc ici, d'accord avec ceux de Mme Erna Lévy.

La deuxième courbe (fig. 2) est celle des *eczémas artificiels* construite sur le même type.

Temps depuis lequel le malade est atteint d'eczéma :

Grav....	toujours (?)	Moui...	3 semaines
Dela	8 ans	Boch...	3 semaines
Kals	1 an	Mail ...	3 semaines
Delm ...	2 mois	Mari...	18 jours
Le Hu...	1 mois et demi	Roba...	15 jours
Thom...	1 mois	Lamb...	15 jours
Bart....	3 semaines		

Le résultat est exactement inverse : le taux de protéines est d'autant plus élevé que l'eczéma est plus ancien. Cette courbe est plus démonstrative que la précédente, ne présentant presque pas d'accident.

Il semble donc y avoir sur la teneur en albumine du sang des eczémateux et, par suite, sur l'indice réfractométrique, une influence du temps que l'on peut formuler ainsi :

Dans les eczémas essentiels, eczémas diathésiques. la protéinémie est d'autant plus basse que l'eczéma évolue depuis plus longtemps.

Dans l'eczéma artificiel, la protéinémie est d'autant plus élevée que l'eczéma évolue depuis plus longtemps.

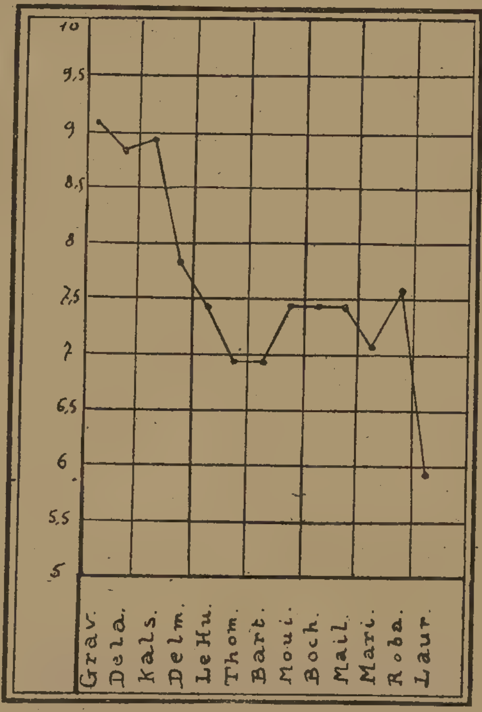


FIG. 2.

III. *La protéinémie et le suintement.* — Il semblerait, à priori, que les eczémas les plus suintants dussent être aussi ceux dans lesquels le sang serait le plus pauvre en matières protéiques, en raison de la grande déperdition de substances albuminoïdes par l'émonctoire cutané.

Des tableaux comparatifs établis sur les résultats de nos observations nous ont montré qu'il n'en était rien : on peut voir aussi bien des indices réfractométriques normaux ou même élevés dans les eczémas très suintants, que des indices abaissés dans les eczémas secs.

Il semble donc qu'il n'y a pas un rapport défini entre le suintement et le taux d'albumine sérique du sujet considéré.

IV. *La protéinémie et l'extension des lésions.* — Enfin nous avons recherché s'il existait un rapport entre les taux d'albumines sériques et le degré d'extension de l'eczéma, sa localisation ou sa généralisation.

Indépendamment de tous autres caractères, nous avons donc rangé nos eczémas d'après leur étendue topographique, à partir des plus localisés en progressant jusqu'aux grands eczémas généralisés.

Il va sans dire qu'un tel classement n'est pas exempt de défaut, et, certainement, tel ou tel n'est pas à la place exacte qu'il devrait occuper, eu égard à l'extension de sa dermatose : mais c'est là un obstacle inévitable dans un classement où l'appréciation

personnelle joue un si grand rôle. Dans l'ensemble, cependant, l'ordre est respecté, et l'on peut imaginer, sans forcer les faits, que si le classement était plus en rapport avec la réalité, la courbe serait encore plus démonstrative (fig. 3).

Telle qu'elle est, elle montre bien que de tous les eczémas quels que soient leur cause, leur ancienneté et leur suintement, les plus étendus sont ceux qui s'accompagnent du plus grand abaissement de la teneur du sang en protéines;

Que les plus fortes protéinémies sont celles des eczémas localisés;

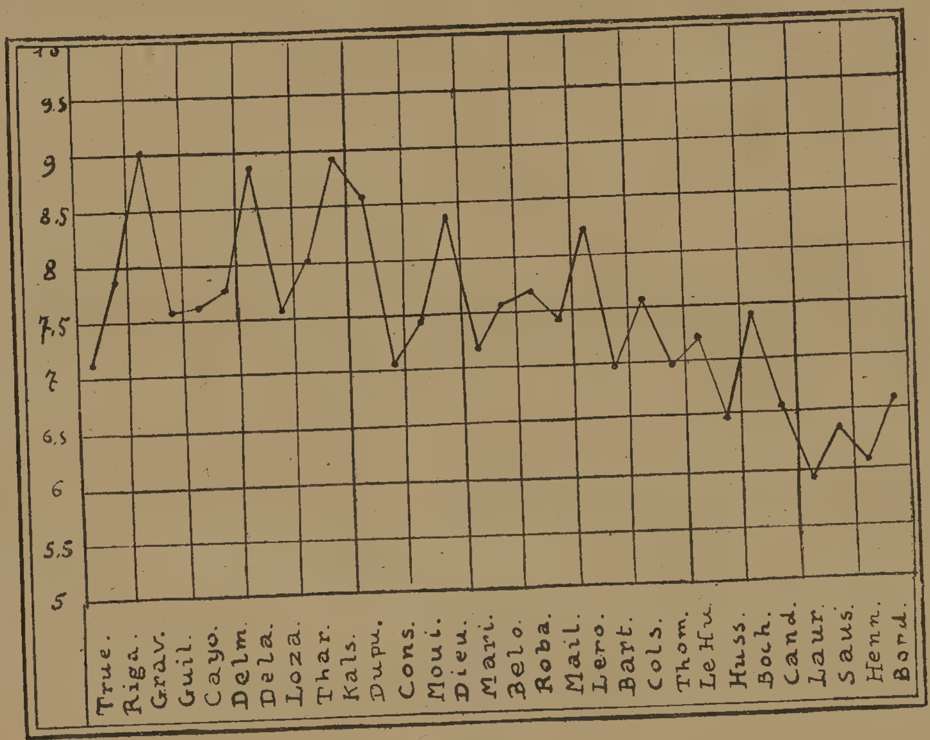


FIG. 3.

Que celles qui s'abaissent au-dessous de la normale correspondent aux eczémas généralisés, à quelques exceptions près.

Nous pouvons donc formuler ainsi l'influence de l'extension des lésions :

Le taux des protéines sanguines est d'autant plus bas que l'eczéma est plus étendu.

*
* *

En somme, le fait le plus saillant de ces recherches est la fréquence de l'hypoprotéinémie, d'où abaissement de l'indice réfractométrique du sérum des eczémateux.

Nous nous sommes demandés si ce trouble n'était pas plus apparent que réel, et s'il ne provenait pas, par exemple, d'une augmentation de la masse sanguine, qui entraînerait une dilution du sang, et si l'abaissement de l'indice réfractométrique ne relevait pas de la même pathogénie que celui que l'on observe dans l'hydrémie des brightiques.

Mais s'il en était ainsi, la dilution sanguine se manifesterait par une diminution parallèle de tous les éléments du sang, globules, urée, chlorures, cendres. Or la numération globulaire pratiquée chez les malades qui présentaient la plus faible protéinémie nous a toujours montré un chiffre sensiblement normal. De même nous avons trouvé une tension artérielle normale, alors qu'elle eût été augmentée en cas de dilution et d'augmentation de la masse du sang.

Nous devons donc considérer la diminution des protéines comme un phénomène isolé, non contingent.

Il ressort de ces recherches qu'il existe dans l'eczéma un trouble du métabolisme azoté, comme l'avaient déjà mis en évidence Ribadeau-Dumas et ses élèves. Ces auteurs avaient noté également un trouble portant sur le rapport $\frac{\text{albumines}}{\text{globuline}}$, qui est généralement abaissé dans l'eczéma. La réfractométrie ne permet pas de faire ces dosages séparés.

Nous voyons aussi que les variations de la protéinémie sont fonction d'une part de l'extension des lésions, et d'autre part de l'ancienneté de l'eczéma : mais cette ancienneté semble agir dans un sens différent suivant qu'il s'agit d'eczéma dit essentiel ou d'eczéma artificiel.

La pathogénie du trouble du métabolisme azoté n'est pas aisée à élucider; car s'il est parfois possible d'améliorer l'eczéma des nourrissons en ajustant leur ration azotée, c'est au contraire en imposant au malade adulte le régime végétarien, c'est-à-dire hypoazoté, qu'on le met dans les meilleures conditions pour guérir; en outre la guérison clinique obtenue par un traitement externe approprié se double d'une guérison sérologique, soit le retour de l'indice réfractométrique à la normale, comme nous avons pu nous en assurer.

Ces constatations, riches d'enseignement chez le nourrisson puisqu'elles ont une sanction possible dans les modifications à apporter au régime alimentaire, sont sans doute plus spéculatives chez l'adulte où elles ne semblent pas devoir orienter la thérapeutique dans une voie nouvelle.

A PROPOS DU TRAITEMENT DES « ANÉMIES CHIRURGICALES »

EMPLOI D'UN SÉRUM DÉSALBUMINÉ

Par M. Louis BERGOUIGNAN,
Interne des hôpitaux de Paris,

Les cas sont fréquents dans lesquels, en pratique chirurgicale, on est appelé à relever le chiffre des globules rouges chez des malades anémiés et incapables de supporter une intervention quelque peu importante.

C'est en *chirurgie digestive*, et en particulier au cours de l'évolution des ulcères gastro-duodénaux, des cancers de l'estomac et du gros intestin : ces lésions saignent peu, en général, mais saignent continuellement, entraînant parfois un degré d'anémie très marqué.

C'est aussi en *gynécologie*, et il n'est pas rare de voir des femmes amenées à un état d'anémie extrême par des hémorragies répétées, consécutives à un fibrome ou à un cancer de l'utérus.

Enfin, dans toute la *pratique chirurgicale courante*, on voit fréquemment des malades fatigués, pâles, anémiés, et chez lesquels on estime qu'une intervention doit être précédée d'un *temps de préparation* plus ou moins long, afin de diminuer dans une large proportion les risques opératoires.

Et l'on sait combien les chirurgiens attachent actuellement d'importance à cette *préparation* des opérés, préparation qui leur a permis d'améliorer notablement leurs statistiques opératoires.

Les moyens sont nombreux, que l'on a employés pour remonter les malades, les « doper » en quelque sorte, avant l'intervention chirurgicale.

Le sérum artificiel, soit par voie sous-cutanée, soit par goutte à goutte rectal, a l'avantage appréciable de réhydrater ces sujets; mais son action stimulante est peu rapide, son action hématopoiétique à peu près nulle.

On emploie beaucoup aussi, depuis quelque temps, la méthode de Whipple, ingestion de foie de veau, méthode qui donne des résultats fort intéressants, mais qui a le gros inconvénient d'être très coûteuse, et, d'autre part, d'inspirer à certains malades une répulsion invincible.

Enfin, il nous faut faire une large place aux sérums hématopoiétiques, auxquels on ne peut faire qu'un seul reproche, mais combien important : c'est celui de provoquer souvent de graves *accidents anaphylactiques*. Ces accidents sont surtout marqués au cours de l'introduction sous-cutanée, et c'est pourquoi l'on a préconisé la voie d'absorption digestive; ils deviennent alors beaucoup plus rares, mais les résultats obtenus sont insuffisants et trop peu rapides pour les cas qui nous occupent, où il faut aller vite et fort.

Toutes ces considérations nous ont amené à expérimenter un *sérum de cheval désalbuminé*, pensant que nous obtiendrions ainsi la même action hématopoiétique qu'avec le sérum de cheval ordinaire, mais en évitant les accidents anaphylactiques.

Nos expériences ont été faites avec une préparation connue sous le nom de sérosérum Rivier et ont porté sur des malades chirurgicaux porteurs d'affections très diverses, comme on pourra le voir à la lecture des observations qui suivent (1).

Observation I. — P... (Jean), vingt-cinq ans. — **Ulcère duodénal.**
Ulcère du duodénum avec hémorragies intestinales et melœna fréquents. Malade fatigué, anémique.

Numération globulaire le 2 novembre 1928 : 3.170.000 G. R.

On décide de faire une transfusion sanguine au malade avant de l'opérer.

Cependant, on commence le sérosérum le 5 novembre, à raison de deux injections par jour.

Le 10 novembre, soit cinq jours après le début des injections, le malade est monté à 3.850.000 G. R., et, dans ces conditions, on continue le sérosérum *sans faire de transfusion sanguine*.

Le malade est opéré le 16 novembre, gastro-entérostomie postérieure, et une dernière numération faite le 19 novembre montre un chiffre de 4.030.000. Suites opératoires absolument normales.

Ce sujet avait eu, l'an dernier, des injections de sérum antidiphtérique et n'a, cependant, présenté aucune réaction à la suite du sérosérum.

Obs. II. — G... (Pierre), cinquante-cinq ans. — **Biloculation gastrique par ulcère de la petite courbure.**
Malade très affaibli par des hématémèses successives. Sang dans les selles. Hématémèses fréquentes.
Le 5 novembre : 3.000.000 de G. R.
On met le malade au sérosérum ; 2 centimètres cubes par jour pendant quinze jours.
Dès la huitième injection, le malade se sent plus fort et se lève un peu.
Le 20 novembre : 4.000.000 de G. R.
Pas de sang dans les selles.
Intervention chirurgicale supportée normalement.

Obs. III. — B... (Georges), trente-cinq ans. — **Ulcère prépylorique.**
Malade pâle, fatigué, ne pourrait supporter une intervention chirurgicale.
Le 10 novembre : 2.300.000 G. R.
On institue un traitement à hautes doses : 10 centimètres cubes par jour.
Au bout de cinq jours, une nouvelle numération montre : 4.100.000 G. R.
Le malade a un état général amélioré et n'a présenté aucune réaction, locale ou générale, à la suite des injections.
Opération et suites opératoires bien supportées.

Obs. IV. — J... (André), cinquante-deux ans. — **Ulcère pylorique.**
Malade ayant beaucoup saigné. Hématémèses et melœna.
Le 6 novembre : 2.800.000 G. R.
Sang dans les selles.
2 centimètres cubes de sérosérum pendant huit jours.
Le 15 novembre : 4.300.000 G. R.
Plus de sang dans les selles.
Gastro-entérostomie bien supportée.

Obs. V. — R... (Paul), quarante-huit ans. — **Cancer du pylore.**
Malade très affaibli, pâle.
Le 6 décembre : 2.800.000 G. R.
On fait, pendant six jours, une injection de 8 centimètres cubes par jour.
Le 12 décembre : 4.200.000 G. R.
Le malade n'a présenté aucune réaction locale, ni générale.
Il supporte fort bien les deux temps de l'opération : gastroentérostomie, puis amputation pylorique.

Obs. VI. — Th... (Jean), cinquante ans. — **Cancer du pylore.**
Gros amaigrissement. Asthénie.
Le 18 novembre : 2.400.000 G. R.
Cinq injections de 8 centimètres cubes chacune, une par jour.
Le 24 novembre : 3.800.000 G. R.
Supporte normalement la gastro-entérostomie.

Obs. VII. — R... (Anne), cinquante-cinq ans. — **Cancer de l'utérus.**

(1) Toutes ces observations ont été recueillies dans le service de M. le professeur A. Gosset, Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Le 7 décembre 1928 : 3.000.000 de G. R.
Cinq jours de sérosérum à 8 centimètres cubes par jour.
Recoloration des muqueuses. Relèvement du tonus général.
Le 13 décembre : 4.300.000 G. R.
Hystérectomie élargie bien supportée.

Obs. VIII. — A... (Liliane), vingt-trois ans. — **Salpingite tuberculeuse.**
Malade opérée d'une salpingite bacillaire droite.
L'état général se relève difficilement. La malade se fatigue dès qu'elle se lève.
Le 7 décembre : 3.900.000 G. R.
On fait à la malade cinq injections de 8 centimètres cubes chacune.
Le 14 décembre : 4.300.000 G. R.
Mieux très sensible. La malade se fatigue beaucoup moins vite et se lève plus volontiers.

Obs. IX. — R... (Pierre). — **Ancienne fracture de la diaphyse fémorale. — Tuberculose pulmonaire.**
Malade très fatigué, amaigri, ayant mal supporté son traumatisme, à tel point que l'on pense lui faire une transfusion sanguine. Avait eu du sérum antitétanique.
Cependant, on essaie d'abord le sérosérum.
Le 15 novembre : 3.000.000 de G. R.; 11.800 G. B. Polynucléose.
Dix jours de sérosérum à 2 centimètres cubes par jour.
Le malade reprend des forces, va nettement mieux.
Le 26 novembre : 4.200.000 G. R. ; 5.100 G. B.
Aucune réaction générale d'ordre anaphylactique.

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir au cours de notre période d'expérimentation.

Elles sont intéressantes à un triple point de vue.

Hémostatique, et, en effet, certains de nos malades qui présentaient des hémorragies gastriques ou duodénales ont marqué un arrêt très net de ce processus (obs. I, II, IV).

Hématopoiëtique, surtout. — Tous nos malades ont présenté une augmentation sensible et rapide du chiffre des globules rouges, avec amélioration notable de l'état général, ce qui a permis dans deux cas (obs. I et IX) de leur éviter une transfusion sanguine.

Innocuité absolue, enfin, et **absence totale d'accidents anaphylactiques**. — Deux de nos malades (obs. I et IX) avaient eu auparavant d'autres injections de sérum antidiphtérique ou antitétanique.

Nous avons injecté le sérosérum sans prendre aucune des précautions habituellement préconisées en pareil cas. Nous n'avons eu aucune réaction anaphylactique.

De plus, les malades auxquels nous avons fait d'emblée 8 et 10 centimètres cubes de sérosérum (correspondant à 20 et 25 centimètres cubes de sérum de cheval) n'ont, eux non plus, présenté aucune réaction locale, ni générale.

Enfin, il nous a semblé que, pour obtenir un résultat intéressant, il fallait — comme nous le disions plus haut — aller vite et fort. Les résultats obtenus en cinq à six jours avec des injections de 8 ou 10 centimètres cubes sont, dans l'ensemble, nettement supérieurs à ceux que nous avons obtenus avec 2 centimètres cubes quotidiens pendant dix ou quinze jours.

OBSERVATIONS	GLOBULES ROUGES Avant	GLOBULES ROUGES Après	DURÉE du traitement	AUGMENTATION
I	3.170 000	4 030 000	13 j. à 2 cm^3	860.000
II	3.000.000	4.000.000	15 j. à 2 cm^3	1.000.000
III	2.300.000	4.100.000	5 j. à 10 cm^3	1.800.000
IV	2.800.000	4.300.000	8 j. à 2 cm^3	1.500.000
V	2.800.000	4.200.000	6 j. à 8 cm^3	1.400.000
VI	2.400.000	3.800.000	5 j. à 8 cm^3	1.400.000
VII	3.000.000	4.300.000	5 j. à 8 cm^3	1.300.000
VIII	3.900.000	4.300.000	5 j. à 8 cm^3	400.000
IX	3.000.000	4.200.000	10 j. à 2 cm^3	1.200.000

XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Montpellier, 15-17 octobre 1929 (1)

COMMUNICATIONS

Nutrition générale, maladies du foie, des reins et des glandes endocrines.

Le vieillissement précoce dû à des malformations congénitales et malpositions des organes digestifs. — M. A. L. Soresi (de New-York). Contrairement à l'opinion courante que certaines conditions inflammatoires des organes digestifs sont causées par les micro-organismes, l'auteur peut démontrer que les micro-organismes jouent un rôle secondaire, c'est-à-dire que des malformations et malpositions des organes digestifs ont créé des conditions telles que les micro-organismes peuvent exercer une influence funeste et apparemment être la cause des conditions pathologiques observées. La vérité est que si les malformations ou les malpositions n'existaient pas, les micro-organismes, même s'ils étaient présents, n'auraient pu exercer aucune influence. Ces malformations et malpositions dérangent la fonction digestive de telle façon que l'organisme n'est pas nourri convenablement, l'élimination des matières à éliminer ne s'accomplit pas d'une façon parfaite et par conséquent l'organisme vieillit prématurément. L'importance du sujet présenté dans cette communication, spécialement pour les médecins, est que les malformations et malpositions mentionnées plus haut peuvent très facilement être diagnostiquées et aussi facilement corrigées chez les enfants avant qu'elles aient causé des changements pathologiques, c'est-à-dire des vraies maladies, ou dérangé profondément les fonctions digestives.

Recherches sur le métabolisme de la guanidine. — MM. A. Rémond (de Metz) et H. Colombies (de Toulouse). La guanidine est facilement dosable par le procédé colorimétrique de Ralph Major et Weber. Son taux normal chez l'individu sain atteint 2 centigrammes pour 1.000 centimètres cubes de sang.

La quantité de guanidine contenue dans le sang ne donne aucune indication sur la valeur fonctionnelle hépatique et rénale.

Son métabolisme est réglé par l'action de glandes parathyroïdes dont l'hypofonctionnement entraîne l'augmentation de la guanidine sanguine. Au contraire, la médication parathyroïdienne chez les sujets présentant de l'hyperguanidinémie amène le retour aux doses normales.

La guanidine présente avec l'hypertension des rapports étroits, mais il y a des exceptions.

L'augmentation de la guanidine a un rôle défavorable sur les fonctions des deux parenchymes hépatique et rénal, ainsi que le montrent les améliorations observées après traitement parathyroïdien. L'insuffisance parathyroïdienne joue donc un rôle de tout premier ordre dans l'ensemble des facteurs de l'azotémie pour insuffisance hépato-rénale.

A propos des rétentions chlorées sèches. — MM. P. Cristol, A. Puech et P. Monnier (de Montpellier) étudient les chlorémies en fonction du taux de l'urée, de la réserve alcaline, du rapport Cl plasmatique/Cl globulaire, de la teneur en Cl par litre d'eau et de l'eau du sang total. Ils montrent que dans les hyperchlorémies on note en général de l'hyperazotémie, un rapport Cl plasmatique/Cl globulaire bas, de l'acidose (mais que celle-ci n'est pas proportionnelle à l'abaissement du rapport Cl plasmatique/Cl globulaire), un

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 87, p. 1541; n° 92, p. 1640; n° 94, p. 1681, et n° 96, p. 1732.

taux de Cl par litre d'eau égal au taux du chlore plasmatique (rétention sèche véritable) et une teneur du sang total en eau fortement augmentée (rôle du Cl dans le maintien de la pression osmotique en remplacement des protéines fortement abaissées).

Un moyen d'exploration fonctionnelle du foie dans l'azotémie : le coefficient $\frac{\text{cholestérine}}{\text{Az. résiduel}}$ — MM. A. Rimond, (de Metz) et H. Colombiès (de Toulouse). Les variations du taux de la cholestérine et de l'azote résiduel au cours de l'azotémie nous fournissent un moyen précieux d'étudier la valeur fonctionnelle du parenchyme hépatique.

L'établissement du rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{az. résiduel}}$ nous donne des chiffres permettant de la mesurer : chiffres variables suivant que l'on s'adresse au sérum sanguin ou au sang total. Dans le premier cas la valeur normale atteint 16,5 à 18; un chiffre variant entre 11 et 14 indique une légère atteinte; le pronostic devient grave aux environs de 5 à 7, il est fatal à brève échéance au-dessous de 2. Dans le second, chez un sujet normal la valeur du coefficient oscille entre 8 et 6; aux environs de 5, le foie se réagit et défend; entre 3,5 et 4, le pronostic devient fâcheux, au-dessous de 2, il est fatal.

La médication anti-toxique et stimulante hépatique (traitement par la paratyphoïde, opothérapie hépatique, médication phosphorée) améliore la valeur du coefficient; ces améliorations s'observent parallèlement au rétablissement clinique.

Les variations du coefficient $\frac{\text{cholestérine}}{\text{az. résiduel}}$ sont dans la grande majorité des cas parallèles à celles des coefficients d'Ambard et de Balavoine. Elles ont par rapport au parenchyme hépatique, la même valeur que celle de ces derniers coefficients par rapport au parenchyme rénal.

Le mode d'action de la morphine sur le foie-glande. — MM. I. Pavel, St-M. Milcou et J. Radvan (de Bucarest). Après avoir rappelé l'action inhibitrice de la morphine sur les fonctions du foie qu'ils ont mise en évidence antérieurement les auteurs s'occupent ici du mode d'action de cette drogue. Tout porte à croire que c'est par une action directe sur la cellule hépatique que cette action a lieu. Les vagues paralysés par l'atropine ou sectionnés au niveau du cou n'empêchent pas l'action inhibante. Par contre, si l'on augmente le pouvoir antitoxique de la cellule hépatique par une alimentation hypersucrée, l'inhibition des fonctions hépatiques diminue sensiblement. De même l'apparition d'une urobilinurie post-morphinique semble plaider pour une action directe de la cellule hépatique.

Traitement radonthérapique dans les états rhumatismaux. — M. R. Castagné (de Montpellier). Le radon émanation de radium est employé en inhalation ou ingestion, exceptionnellement en applications externes à la dose de 150 à 500 millimicrocuries, les plus fortes en ingestion, grâce à des appareils encore inédits. Dans des rhumatismes très divers avec ou sans hyperuricémie, goutte, insuffisance endocrinienne, troubles post-infectieux, 30 observations échelonnées de 1924 à 1929 donnent 26 cas d'amélioration; 2 cas de *statu quo*; 2 cas de déterminations chez des goutteux de nouvelles crises. L'auteur présente des graphiques de la diurèse, de l'uricémie, de la cholestérolémie, de la réserve alcaline.

L'asthénie par déficience surrénale. — MM. J.-E. Abelous et H. Lassalle (de Toulouse). L'asthénie est, on le sait, le symptôme le plus constant et le plus important de la suppression des fonctions des glandes surrénales.

Nous avons fait de nombreuses expériences sur la grenouille et le crapaud pour élucider : 1° le mécanisme; 2° l'origine de cette asthénie.

La détermination de la rhéobase et de la chronaxie est la méthode la plus précise pour mesurer le degré d'excitabilité des nerfs et des muscles. En appliquant cette méthode avant et après la destruction complète des surrénales, nous avons constaté qu'après l'opération on voit croître progressivement la chronaxie du muscle par rapport à celle du nerf, de telle sorte, que dans les instants qui précèdent la mort, la chronaxie du muscle arrive pour la grenouille à être cinq fois supérieure et pour le crapaud sept à huit fois supérieure à celle du nerf.

Or Lapicque a montré que cet hétérochronisme entre le nerf et le muscle est la caractéristique de l'empoisonnement par le curare.

L'asthénie des animaux à la suite de la suppression des surrénales peut donc légitimement être assimilée à la paralysie produite par des substances curarisantes.

Les expériences d'Abelous et Langlois (1892) avaient montré que le sang des animaux mourant à la suite de l'ablation des glandes surrénales injecté à des animaux venant de subir cette opération déterminait une paralysie progressive et la mort.

Si on fait des déterminations chronaximétriques sur des animaux ainsi injectés, on constate un accroissement rapide et progressif de la chronaxie musculaire par rapport à celle du nerf. La chronaxie du muscle sur le crapaud arrive à être neuf fois plus grande que celle du nerf.

Si l'injection du sang est faite à des animaux dont on a détruit les surrénales ils succombent rapidement et fatalement.

Si elle est faite à des animaux normaux, ceux-ci présentent les mêmes troubles parésiques mais grâce à la sécrétion interne surrénale ils se rétablissent peu à peu et recouvrent leur mobilité.

Le sang des animaux mourant à la suite de la suppression des surrénales contient donc des substances dont l'action est analogue à celle du curare.

De quelle nature sont ces substances? Sont-ce des toxines ou des leucomaïnes? La rapidité avec laquelle se produisent les troubles à la suite de l'injection du sang semblerait montrer que son action toxique est due à des leucomaïnes plutôt qu'à des toxines dont l'effet est en général plus tardif.

Enfin, quel est dans la sécrétion surrénale le produit qui exerce vis-à-vis de ces poisons une action défensive? Est-ce l'adrénaline ou d'autres substances qui l'accompagneraient?

Ce sont là des questions auxquelles des recherches en cours nous permettront peut-être de répondre.

Appareil respiratoire (tuberculose exceptée).

De la désinfection des lésions suppurées des bronches et des poumons par l'inhalation systématique médicamenteuse à haute pression. — Méthode du docteur Arnold (d'Aubervilliers).

L'entraînement respiratoire objectivé. — M. J. Pescher (de Paris). L'entraînement respiratoire méthodique, dosé, progressif et objectivé au moyen du spiroscope donne la possibilité, en toutes circonstances, d'améliorer et d'exalter la fonction respiratoire.

Ses indications illimitées et les résultats qu'elle donne, aujourd'hui confirmés de tous côtés, ont fait prendre à cette méthode de douceur et de précision une extension considérable. Elle s'est transformée peu à peu en une véritable médication nouvelle : la spirothérapie spiroscopique.

La respiration étant progressivement améliorée et éduquée sous les yeux mêmes du sujet, l'hématose devient plus parfaite; chaque organe donne, dans l'harmonie de l'ensemble, un meilleur rendement; un véritable coup de fouet est donné à la vitalité générale, et souvent l'état des malades s'en trouve transformé.

En toute occurrence, le sujet, encouragé par les progrès réalisés, qu'il voit se marquer à mesure sur le flacon gradué

de l'appareil, se trouve en meilleure posture, soit pour éviter la maladie, soit, le cas échéant, pour arriver à la guérison.

Abcès du poumon et pleurésie interlobaire. Quelques remarques sur leurs rapports et leur sémiologie physique. — M. Creyx (de Bordeaux). Jusqu'à la guerre, classique était la notion de l'extrême rareté de l'abcès du poumon par rapport à la suppuration de l'interlobe (pleurésie interlobaire). Les termes de rapport sont maintenant inversés : l'abcès constitue la règle, la pleurésie interlobaire l'exception (Sergent et Kourilsky, Bezançon).

La pleurésie interlobaire conserve cependant à nos yeux droit de cité, mais ses critères sont peu nombreux. Il en est deux auxquels nous attachons une grande valeur. Sur le vivant, c'est la forme suspendue entre deux zones claires de l'ombre projetée sur l'écran, ombre à direction oblique de dedans en dehors et de haut en bas, image à contours extrêmes *anguleux*, véritable bande géométriquement *rectangulaire*. Une telle image ne se montre qu'au début du processus car rapidement une forme plus ou moins arrondie succède à la précédente.

Sur le cadavre, la poche interlobaire se distingue de celle de l'abcès par son développement *égal*, *symétrique* de part et d'autre de la scissure. Tous les autres éléments sémiologiques demeurent communs aux deux entités.

Il existe d'ailleurs des formes *mixtes* de suppuration primitivement interlobaires, secondairement pulmonaires par propagation, après effondrement du feuillet viscéral de la plèvre scissurale. Ces cas seront d'autant mieux identifiés que les constatations radiologiques auront été plus précoces et les examens nécroscopiques plus minutieux.

Quelques études sur la genèse de l'asthme en Espagne. — MM. C. Jimenez Diaz, B. Sanchez Cuenca et J. Puig Leal (de Madrid).

Appareil circulatoire et sang.

L'hypotension artérielle et l'électrocardiogramme. — M. F. Herles (de Prague). A la base d'une revision des recherches électrocardiographiques chez 54 hypotendus, les auteurs sont parvenus aux conclusions que l'électrocardiogramme ne possède une forme caractéristique dans l'hypotension artérielle que dans des cas rares de l'infarctus du myocarde. Dans ce cas il possède une valeur de diagnostic de premier ordre. Dans les autres hypotensions symptomatiques il n'y a pas d'altérations nettes dans l'électrocardiogramme. L'onde T est parfois plus basse que chez les normaux, la prépondérance du ventricule droit est plus fréquente. Ces altérations dépendent plutôt des maladies qui conditionnent l'hypotension que de la maladie elle-même.

Un signe tensionnel de la petite insuffisance cardiaque : l'arythmie d'indice. — MM. L. Rimbaud et J. Chardonneau (de Montpellier) ont constaté qu'il existait chez certains sujets au cours de la prise de tension avec l'appareil de Pachon, au voisinage de la tension maxima surtout, des variations dans l'amplitude des oscillations successives de l'aiguille. Au même moment, le pouls pris à la radiale opposée était parfaitement régulier. Parfois même, il manque complètement une ou plusieurs oscillations successives. Ce phénomène qu'ils désignent sous le nom d' « arythmie d'indice » est à rapprocher de l'arythmie de tension décrite par l'un d'eux avec Boulet et Puech. Ils le considèrent comme un signe précoce de la petite insuffisance cardiaque plus sensible même que l'arythmie de tension, puisqu'elle disparaît la dernière, sous l'influence des toni-cardiaques. Rarement elle existe aussi aux environs de la pression minima, plus rarement encore durant toute l'étendue de la courbe oscillométrique. Provoquée à coup sûr par des variations dans l'énergie de l'impulsion cardiaque il faut, dans son interprétation, tenir parfois compte des résistances périphériques.

Les échanges respiratoires chez les cardiopathes. — MM. C. Jimenez Diaz, J. Monterde et J. Mansera (de Madrid) font part de leurs résultats à ce sujet. En harmonie avec d'autres auteurs ils trouvent une augmentation du métabolisme basal dans la décompensation, augmentation qui vient à diminuer lorsque l'état circulatoire s'améliore, et qu'ils estiment due à l'excès de production d'acide lactique qui a besoin, pour se résynthétiser, d'oxygène; ils trouvent aussi une augmentation d'exigence d'oxygène lors d'un exercice, plus considérable que chez le sujet normal et dont la cause est semblable. Ils étudient de deux en deux minutes la consommation d'oxygène chez des malades à qui ils font faire un exercice type dans l'ergographe, et ils apprécient une augmentation de la consommation d'oxygène qui est strictement parallèle, et partant consécutive à la diminution de la capacité vitale. Ils se rapportent ensuite à des études comparatives chez des malades respiratoires qui présentent un abaissement plus grand ou plus petit de la circulation veineuse et trouvent que les malades dont la circulation veineuse est très basse ont un comportement identique à celui des cardiaques décompensés. En résumé, les auteurs estiment que les résultats en question sont la conséquence et non la cause de la décompensation cardiaque, tout en constituant à leur tour une plus grande exigence de travail du cœur, exigence par laquelle le cercle vicieux de l'asystolie vient à se fermer.

L'électroangiogramme et la part des artères dans la circulation sanguine. — MM. Luisada (de Padoue) présente les courbes électriques qu'il a enregistrées sur des artères vivantes d'animaux par le moyen d'un galvanomètre à miroir, d'un amplificateur et d'électrodes impolarisables. Les ondes sont indépendantes du cœur, sont modifiées par des médicaments vasculaires, précèdent l'onde de pression, ont très souvent une forme diphasique. Elles doivent être considérées comme des courants d'action. Cela permet d'affirmer encore une fois l'action active des artères dans la circulation et fait prévoir qu'on pourra assez tôt enregistrer ces courbes d'électro-angiographie sur l'homme même.

Essai d'étude pléthysmométrique de la circulation périphérique des membres. — MM. L. Payan et E. Giraud (de Marseille). Réplétion veineuse sanglante et réplétion globale sont deux méthodes voisines, mais sans similitude absolue; dans la réplétion veineuse le débit circulatoire est le facteur prédominant, énergie contractile du ventricule gauche, résistance périphérique des artérioles et des capillaires. Dans la réplétion globale, au débit circulatoire s'ajoute souvent la transsudation plus ou moins aisée de la lymphe au travers des parois capillaires comprimées, c'est-à-dire l'œdème.

La réplétion globale est une méthode plus sensible que l'oscillométrie et d'application clinique plus aisée. Elle est parfois beaucoup plus sensible que celle-ci, comme le montre l'épreuve du bain chaud. D'autre part, dans un grand nombre de cas où la disparition du pouls et des oscillations au niveau d'un membre pouvaient faire penser que sa circulation était gravement compromise, l'étude de la réplétion globale nous a toujours permis de nous rendre compte de la persistance d'un débit circulatoire plus ou moins suffisant, parfois presque normal.

Les données fournies par cette méthode se sont toujours montrées en concordance avec les troubles présentés par le malade, troubles que vérifièrent l'évolution spontanée ou thérapeutique et parfois les constatations nécropsiques.

Projections graphiques des bruits du cœur. — M. Roch (de Genève).

Circulation sanguine sous l'influence de l'insuline. Rapports de l'hypoglycémie provoquée avec la pression artérielle. — M. Vratislav Jonas et Mme Lydia Vitkova (de Prague). L'influence des injections intraveineuses de l'insu-

line Wellcome sur la circulation du sang, en particulier sur la pression artérielle, fut étudiée chez 27 malades, en partie diabétiques et en partie à glycémie normale.

Les changements de la pression artérielle variaient suivant les cas. Dans les premières minutes, aussitôt après l'injection, la tension s'élevait faiblement et d'une façon temporaire chez la plupart des hypotendus et chez les sujets à tension normale, tandis que chez les hypertendus les changements étaient minimes. En étudiant les courbes on constate que la tension baisse chez la moitié des malades. Cette baisse fut constatée surtout chez les hypertendus et chez les hyperglycémiques, elle commençait régulièrement dès les premières dix ou quinze minutes et se maintenait consécutive pendant toute la durée de l'épreuve chez les malades, sans hypoglycémie. On peut attribuer cet effet hypotensif à l'influence directe de l'insuline sur la pression artérielle. Cette action hypotensive commence à un moment où l'insuline ne produit pas encore un effet sensible sur la glycémie, dans certains cas elle est même accompagnée d'une élévation faible de la glycémie. Elle ne paraît donc pas être produite par la substance spécifique de l'insuline qui provoque l'hypoglycémie.

Chez tous les malades chez lesquels on a constaté des symptômes d'hypoglycémie, la tension systolique s'élève, chez la plupart la tension diastolique baisse, la pression systolique est particulièrement évidente chez des sujets hypotendus (élévation maxima 43,5 p. 100) et chez des sujets à tension normale (48,4 p. 100). L'élévation de la pression artérielle au moment de l'hypoglycémie peut s'expliquer par une sécrétion augmentée d'adrénaline et doit lutter contre l'hypoglycémie.

Sur 54 diabétiques traités par l'insuline pendant une période plus ou moins longue, dans 11 cas seulement la tension baissa d'une façon durable.

Critique des procédés de mesure indirecte de la pression veineuse. — MM. L. Payan et E. Giraud (de Marseille). La mesure indirecte de la pression veineuse n'est possible que si l'on dispose d'un appareil pléthysmographique de grande sensibilité et mis à l'abri par un dispositif spécial de l'influence des pulsations artérielles.

Consistant à rechercher la compression minima qui, exercée sur un membre, en provoque l'augmentaiion de volume, elle se ramène à établir le seuil de ce que nous appelons la réplétion globale de ce membre.

Il est logique d'admettre que la mesure de la tension veineuse ne peut être obtenue de façon suffisamment précise que dans les cas où la réplétion globale (celle que donne par exemple une compression égale à la tension diastolique ou à la moitié de celle-ci) est suffisamment marquée et suffisamment rapide (enfants, etc.). Cette condition semble assez souvent réalisée : dans 80 p. 100 des cas, au moins, la mesure indirecte a donné des résultats très voisins de ceux que donne la mesure directe.

Le purpura provoqué par hypertension veineuse (signe du brassard). — M. Roskam. L'éruption purpurique survenant au niveau de la peau de l'avant-bras sous l'influence de la compression du bras pendant un quart d'heure par le brassard d'un sphygmomanomètre (contre-pression égale à $\frac{Mx+Mn}{2}$) est, de façon générale, d'autant plus dense que la tension artérielle du sujet est plus élevée. Cette règle souffre toutefois des exceptions. Ainsi, suite à l'administration de certaines drogues comme au cours de certains états morbides, des signes du brassard très positifs peuvent coïncider avec des pressions sanguines basses. Un exemple entre plusieurs : à pression égale, le signe du brassard est plus positif chez les sujets souffrant de glaucome chronique que chez les malades atteints de cataracte sénile, argument en faveur de la conception du glaucome, manifestation locale d'une maladie générale. L'épreuve du brassard paraît donc une méthode susceptible d'apporter des données nouvelles dans l'analyse pathogénique de maints états morbides.

Etudes cliniques sur l'utilisation de l'acide lactique. — MM. C. Jimenez Diaz et B. Sanchez Cuenca (de Madrid) font part de leurs travaux relatifs à la lactacidémie normale dans des conditions basales et ses variations par suite de l'exercice musculaire, afin d'établir, au moyen d'un exercice type, une technique exploratrice de la vitesse de récupération de la lactacidémie. Ils exposent leurs résultats chez des malades du foie chez lesquels apparaissent des lactacidémies basales élevées et surtout une prolongation notable de l'hyperlactacidémie après l'exercice, ce qui a une plus grande importance encore. Ils font une étude des maladies qui se comportent de cette manière et de celles dont le comportement est différent ; les premières étant des maladies à caractère diffus et dégénératif avec diminution du glycogène hépatique. Ensuite ils parlent des trouvailles qu'ils ont faites chez des malades circulatoires, chez lesquels on observe une hyperlactacidémie basale parallèle à l'état de compensation, et ils fournissent des preuves de ce qu'il s'agit là d'une hyperproduction en vertu de l'asphyxie tissulaire et qui disparaît par l'administration d'oxygène. Ils analysent ensuite les résultats subséquents à l'exercice et montrent par de nombreux graphiques une élévation anormale de la lactacidémie après l'effort type avec une prolongation de cette élévation, faits sur lesquels ils s'appuient pour expliquer divers phénomènes de l'hyposystolie. Enfin, ils exposent les résultats obtenus dans les myasthénies qui présentent un trouble de résynthèse permettant de les classer comme maladies du métabolisme musculaire.

COMMUNICATIONS DIVERSES

L'école de Cos et l'école de Montpellier. — M. Vires (de Montpellier).

Nouvelle méthode de traitement des fissures et des sphinctéralgies anales par la dilatation diathermique progressive. — M. Cambres (de Chatelguyon). Le traitement des fissures peut être chirurgical, c'est la dilatation sous anesthésie générale ou locale. Mais ce traitement n'est pas sans danger, à cause de l'anesthésie; aussi a-t-on longtemps considéré comme le meilleur traitement celui proposé par Doumer de Lille, sous forme de courants de haute fréquence en application monopolaire intrarectale.

Cette méthode, suffisante dans les fissures superficielles, récentes et peu douloureuses est impuissante à guérir les fissures récidivantes, très douloureuses et les sphinctéralgies chroniques, avec hémorroïdes internes ou externes.

La dilatation diathermique progressive en bipolaire ou tripolaire est nettement supérieure, parce qu'indolore permettant de hautes intensités (2.500 à 3.000 m. a.) en application trans-hépatorectales, à l'aide d'une électrode spéciale le diathermanal, que nous avons fait construire par la Verrerie scientifique de Paris. Cette électrode utilisable chez l'enfant comme chez l'adulte, est formée de deux olives de grosseur progressive séparées par une partie rétrécie sur laquelle se place la virole du sphincter anal spasmé.

On peut atteindre dans le rectum une température de 40 à 45 degrés, indiquée par le thermomètre dont est muni l'appareil (le thermodiathermanal) que l'on utilise après quelques applications du diathermanal. Les séances ont lieu tous les deux jours, durant de quinze à vingt minutes, et l'intensité du courant varie de 400 m. a. au début à 2.000 ou 2.500 m. a. à la fin du traitement.

La guérison survient en général après une quinzaine de séances de diathermo-dilatation progressive.

Considérations nouvelles sur les eaux de Saint-Gervais-les-Bains. — M. Roux. Les eaux de Saint-Gervais doivent

être classées non pas dans les sulfureuses, mais dans les sulfatées et chlorurées sodiques.

Indications : dermatoses prurigineuses nervotoxiques. Malades insuffisants hépatiques par trouble du métabolisme azoté — uricémiques — pH à tendance acidosique.

Contre-indications : azotémiques chlorurémiques par trouble rénal.

Rôle d'une cure thermale (type Néris) sur le déséquilibre vago-sympathique et les états endocrino-sympathiques. — M. BERNARD (de Néris-les-Bains). Dans le cercle vicieux où ils évoluent, sans vouloir préciser le rôle de cause ou d'effet des déséquilibres vago-sympathiques liés à une dysharmonie endocrinienne, l'auteur ne retient que leurs actions interférentielles indiscutablement admises, pour expliquer pourquoi et comment, à la faveur de la cure hydrothermominérale de Néris à propriétés éminemment sédatives, équilibrantes et décongestionnantes, on peut non seulement obtenir rapidement l'amélioration et le retour à l'équilibre de ces troubles fonctionnels vago-sympathico-endocriniens, mais une indication plus précise sur l'opothérapie de choix à employer ultérieurement — s'il est besoin — pour la guérison de ces états morbides si fréquents et si pénibles.

A. PUECH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1929)

M. CUNÉO, président, annonce avec tristesse la mort de M. Tuffier et celle de M. Lecène, secrétaire général de la Société. Après quelques mots émus de M. Cunéo, la séance est non pas simplement levée en signe de deuil, comme il est d'usage, mais complètement supprimée. La Société de chirurgie unanimement tient à rendre cet hommage absolument exceptionnel à la mémoire de son secrétaire général.

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1929)

Injections intraveineuses de bactériophages. — M. GOSSET a obtenu un excellent résultat, par l'emploi d'une injection intraveineuse de stock-bactériophages. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans qui présentait un phlegmon du bras avec phlébite. La guérison fut rapide. Dans 11 cas de mastite il a obtenu de très bons résultats par l'emploi des bactériophages.

Rachi-anesthésie suivie d'incidents. — M. BASSET rapporte cette observation de M. Murard (du Creusot) : cette femme fut opérée de fibrome, il persista toute une série de troubles subjectifs et en particulier du prurit vulvaire. La névrotomie du nerf bouleux interne améliora ces troubles. M. Basset se demande si la castration n'a pas été à l'origine de ces troubles et si on doit incriminer la rachi-anesthésie.

Volvulus du côlon pelvien. — M. BASSET rapporte cette observation de M. Polony (de Belfort) : résection du volvulus abouchement des deux bouts intestinaux à la peau. Fermeture ultérieure de l'anus. Guérison.

Drainage par Mikulicz dans la gastrectomie. — M. MÉTIVET fait un rapport sur un travail de MM. Corachon et Armandier (de Vera Cruz) qui ont utilisé le Mikulicz dans 34 cas de gastectomie et ont obtenu d'excellents résultats.

Iléus biliaire. — M. BROCQ rapporte une observation de M. Gueullette, intéressante à plusieurs points de vue : il existait une occlusion par deux calculs enclavés entre deux rétrécissements intestinaux; résection de cette anse, suivie d'enterroraphie. Guérison.

M. BROCQ rapporte ensuite un cas d'iléus biliaire observé avec MM. Brodin et Aimé et qui aboutit à un échec. Mais les documents radiographiques de cette malade sont très intéressants et avaient montré la situation du calcul.

M. SAUVÉ, croyant opérer une appendicite, a découvert un calcul biliaire à quelque distance de la valvule iléo-cæcale. Il ne pouvait opérer à froid. Il se produisit une fistule les jours svivants. L'auteur se demande s'il n'aurait pas dû faire une entérostomie d'emblée.

M. ROUX-BRRGER a opéré et guéri une malade de soixante ans par extraction simple du calcul.

M. MONDOR, qui a obtenu jadis un beau cliché dans l'iléus biliaire, se demande si on n'aggrave pas les occlusions par obturation par l'emploi de la baryte.

M. MOCQUOT demande sur quels points on s'est basé pour poser le diagnostic de calculs biliaires.

M. BROCQ indique que la nature des calculs a été vérifiée par radiographie et par examen clinique. Il pense également qu'un examen radiographique peut aggraver une occlusion aiguë.

Atélectasie pulmonaire post-opératoire. — M. MOCQUOT rapporte cette observation typique au point de vue clinique, mais sans examen radiologique; point de côté droit, crise asphyxique, diminution du murmure vésiculaire du côté gauche. De ce côté, l'hémithorax était rétracté, le cœur était repoussé vers la droite. Ni râles, ni souffle. Guérison en quelques jours. L'auteur ne pense pas qu'on puisse admettre une pathogénie purement mécanique pour expliquer ces accidents, car il existe souvent de la fièvre, de la leucocytose. Les examens histologiques et les autopsies ont démontré des lésions infectieuses.

M. DUVAL expose les avantages qu'il retire avec MM. Béclère et Porcher, de l'emploi de bandes cinématographiques qui permettent d'exposer rapidement tous les documents iconographiques d'une observation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1929)

La réaction de fixation gonococcique au cours de la gestation et de la puerpéralité. — MM. Ed. LÉVY-SOLAL, Jean PARAF et PARIENTE ont étudié la réaction de fixation chez la femme enceinte et récemment accouchée. Ils concluent des nombreuses réactions qu'ils ont pratiquées dans ces conditions que la gono-réaction est le plus souvent négative au cours des infections gonococciques de la gestation et de la puerpéralité et est dépourvue de toute valeur diagnostique. La fréquence des réactions est liée au terrain humoral spécial conditionné par la gestation et le post-partum et qui se manifeste dans d'autres circonstances : réactions de Bordet-Wassermann souvent négative, anergie tuberculinique, etc.

Résistance du lapin aux saignées répétées. — MM. S. DEJUST et R. VAURS résument leurs constatations expérimentales sur l'anémie par saignée du lapin. Ayant pratiqué 138 saignées sur 21 animaux, d'ailleurs sans accidents, ils ont constaté qu'une diminution appréciable et durable du nombre des hématies s'obtenait seulement après des saignées suffisantes et suffisamment répétées.

Sur la sensibilité cutanée à la tuberculine chez les nourrissons ayant ingéré du vaccin B. C. G. (Première note). — MM. Robert DEBRÉ et E. COFIÑO montrent tout l'intérêt qui s'attache à la recherche des réactions tuberculiniques chez les enfants vaccinés suivant la méthode de M. Calmette,

non seulement à cause des rapports entre l'allergie et l'immunité, mais surtout parce que cette allergie peut fournir la preuve de l'absorption réelle du vaccin que l'on a donné à ingérer au nouveau-né.

Leur étude fut poursuivie chez des enfants dont la séparation a été absolue dès la naissance et dont le placement, dans des centres, permet d'affirmer la non contamination par des bacilles virulents d'origine humaine ou bovine. La recherche des réactions tuberculiniques fut réalisée à l'aide de la cuti-réaction et surtout de l'intradermo-réaction, cette dernière réaction étant recherchée avec des doses croissantes de tuberculine.

Ces réactions furent pratiquées chez deux catégories d'enfants en tous points comparables : les uns ont été vaccinés, dans les jours qui suivirent leur naissance; les autres n'ont pas été vaccinés et servirent de témoins.

Chez les témoins, l'on pratiqua exactement dans les mêmes conditions que chez les enfants vaccinés, des cuti-réactions et des intradermo-réactions avec des doses croissantes de tuberculine. Toutes sont restées négatives. Chez 132 enfants vaccinés, le pourcentage absolu des réactions positives a été de 88,6 p. 100, la sensibilité tuberculinique, loin d'être rare chez les enfants vaccinés, est donc dans la majorité des cas. Parmi les 117 réactions positives, l'on n'obtient que 42 cuti-réactions positives alors que l'on a 75 intradermo-réactions positives. Ainsi, l'intradermo-réaction est beaucoup plus sensible que la cuti-réaction chez les enfants vaccinés par l'ingestion du B. C. G. La sensibilité vis-à-vis de la tuberculine des enfants vaccinés est moindre que celle des enfants infectés naturellement par le bacille de Koch.

Sur la sensibilité cutanée à la tuberculine chez les nourrissons ayant ingéré du vaccin B. C. G. Variations de la sensibilité à la tuberculine suivant l'âge. (Deuxième note.) — MM. Robert Debré et E. Cofiño. La date d'apparition de la sensibilité tuberculinique semble précoce, sans qu'il nous soit possible de préciser actuellement le moment exact de son apparition. Cette sensibilité diminue au fur et à mesure que l'enfant vieillit. Elle peut, sinon disparaître, tout au moins fortement diminuer chez les enfants vaccinés, notamment après deux ans.

Du reste, à la tuberculine, elle se modifie avec l'âge des nourrissons vaccinés, c'est-à-dire que, plus l'enfant vacciné prend de l'âge, plus il faut de tuberculine introduite dans la peau pour obtenir une réaction positive.

Agglutination des hématies de mouton par le sérum des individus ayant reçu une injection de sérum de cheval. — MM. Lesné et Waitz. Normalement, le sérum humain agglutine les hématies de cheval, de porc, de lapin, de chat, de cobaye, de rat, mais il n'agglutine pas les hematies de mouton, de bœuf et de singe. Après l'injection sous-cutanée de sérum de cheval les propriétés du sérum humain vis-à-vis des hématies du singe ou vis-à-vis des hématies humaines des divers groupes ne sont pas modifiées, par contre ce sérum agglutine les globules rouges du mouton et du bœuf. Les agglutinines atteignent presque d'emblée leur taux maximum et persistent pendant huit mois au moins, elles ne se retrouvent ni dans le liquide céphalo-rachidien ni dans les urines.

Les variations de l'excitabilité des fibres cardio-inhibitrices du pneumogastrique dans l'insuffisance mitrale expérimentale. — MM. D. T. Barry et A.-B. Chauchard, au moyen d'un tube spécial introduit dans les cavités cardiaques, réalisent chez le chien une insuffisance mitrale réversible à volonté. Cette insuffisance a pour effet d'augmenter la chronaxie du pneumogastrique nerf d'arrêt du cœur. Le résultat est le même qu'il s'agisse du bout périphérique du nerf ou de son bout central. C'est là un exemple de variations de l'excitabilité d'un nerf par suite de modifications physiologiques qui ne l'affectent pas directement.

Etude biologique du lait modifié, dans sa constitution, par élimination des lipides et par addition de divers glucides. — Mme L. Randoin et M. R. Lecoq ont pensé qu'il était intéressant de rechercher l'influence, sur la valeur nutritive du lait de vache, de modifications couramment réalisées dans la pratique, telles que l'élimination des lipides (écrémages) et l'addition de glucides (maternisation). Ils ont utilisé pour les recherches, le pigeon, cet animal-réactif se montrant tout particulièrement sensible aux déséquilibres et surtout aux déséquilibres créés par des proportions non convenables de glucides et de vitamines B.

Leurs conclusions sont les suivantes :

I. L'élimination de la plus grande partie des lipides du lait de vache rend cet aliment incapable de subvenir aux besoins de l'organisme du pigeon, même quand on lui adjoint les substances de lest indispensables, alors que dans les mêmes conditions l'emploi de lait entier permet, au contraire, une vie normale.

II. L'addition de lactose au lait de vache entier ou écrémé intervient toujours comme une cause de grave déséquilibre alimentaire.

III. L'addition au lait écrémé, de glucides tels que le saccharose, le maltose et le glucose (en remplacement des lipides éliminés et de telle façon qu'ils apportent approximativement la même quantité d'énergie), rééquilibre en partie cet aliment; tandis que la dextrine le rend pratiquement satisfaisant. Il est à signaler que les mêmes additions faites au lait entier, et dans les mêmes proportions, ne paraissent pas porter préjudice à la valeur nutritive du lait.

Etude expérimentale du mécanisme de la concentration de l'indoxyle urinaire. — MM. Guy Laroche, A. Grigaut et Poumeau-Delille. Les crises polyuriques provoquées par l'absorption d'une grande quantité d'eau, celles consécutives aux cures de digitale, d'ouabaïne ou de neptal, ainsi que celles qui surviennent au cours des infections aiguës s'accompagnent d'une élimination très augmentée de l'indoxyle urinaire. Les auteurs pensent que ce phénomène est en rapport avec l'apparition de certaines conditions circulatoires qui favorisent la résorption de l'indol intestinal. A l'appui de cette hypothèse, ils rapportent des expériences relatant l'augmentation de l'indoxyle urinaire sous l'influence des chocs, augmentation qui est corrélative d'une vaso-dilatation intense des capillaires intestinaux.

La réaction de Manoïloff. — M. Gayet-Laveyne constate que, dans les modifications proposées à la réaction de Manoïloff, les auteurs qui s'éloignent le plus des procédés types préconisés obtiennent des résultats beaucoup moins nets. Il en résulte que, malgré tous ses défauts, cette réaction a cependant des qualités pour faire apparaître les différences chimiques séquelles.

Infiuence de la castration sur les glandes anales et péri-anales du lapin. — M. Badisco (présenté par M. Champy) montre l'influence de la castration sur les glandes anales et péri-anales du lapin. Les premières, semblables dans les deux sexes, aussi bien que les deuxièmes, différentes de l'un à l'autre, sont sensibles aux influences séquelles. Badisco montre le rôle que les odeurs de ces glandes prennent dans le rapprochement et la reconnaissance du sexe.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 3 décembre. — Jury : MM. Brindeau, président; Carnot, Gougerot et Rathery. — M. Dervé. Précisions sur les indications de la technique et les résultats de revision utérine. — M. Alvarez. Ictère chronique par pancréatite curable. — M. Morel. Etude sur l'infection de l'organisme

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN _ Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"

(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

Indolore _ Incolore _ Propre
Injection facile

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8ᵉ
Téléph: Laborde 15-26

R.C Seine 333.204

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3. Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

humain. — M. BESOMBE. Michel Cullerier, chirurgien (1758-1827). — M. MONNIER. Etude de l'hypotension artérielle permanente idiopathique.

INFORMATIONS

(SUITE)

AVIS DE CONCOURS. — Il est ouvert un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé dans les Alpes-Maritimes.

Les candidats à cet emploi devront être français, âgés de 45 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Adresser les dossiers au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, jusqu'au 20 décembre 1929.

HÔPITAL TROUSSEAU. (Service du docteur LESNÉ.) — Depuis le 23 novembre, M. Lesné fait tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Marquézy et Turpin, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, Mme Hardouin, MM. Héraux, Laporte et Lemaire, anciens internes du service.

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE SUR LES AFFECTIONS DES MEMBRES. — Sous la direction de M. le docteur Charles Dujarier, directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. les docteurs Lenormant, Mathieu, Moure, professeurs agrégés; Braine, Moure, Petit-Dutaillis, chirurgiens des hôpitaux; Iselin, aide d'anatomie.

Ces conférences gratuites auront lieu du 9 au 19 décembre 1929, de 16 h. 1/2 à 17 h. 1/2, à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin. Elles seront faites en liaison avec le cours de technique chirurgicale des membres, fait aux mêmes dates, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

S'inscrire à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en douze leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 9 décembre 1929, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours sera fait en liaison avec un cours de thérapeutique chirurgicale portant sur les affections des membres, et sous la direction de M. le docteur Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut; cours qui aura lieu à la même date et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boult Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227 76
R. C. 133, Aubenas.

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

CAMPHYDRYL ROBIN
Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %
TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS
ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS
INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES
PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 – RUE D'ASSAS – PARIS

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 – RUE D'ASSAS – PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

SIGNES ET DIAGNOSTIC, SANS LES COMPLICATIONS

GÉNÉRALITÉS

Maladie infectieuse, aiguë, fébrile, de cause inconnue, mais certainement *spécifique*, le rhumatisme articulaire aigu est caractérisé par une polyarthrite aiguë fébrile, signe bruyant de l'affection, et par des manifestations viscérales, surtout *cardiaques*, qui en font la gravité.

Nous n'insisterons pas sur ces dernières. Notons simplement leur importance majeure, et telle que certains auteurs font du rhumatisme articulaire aigu une infection cardiaque évolutive à manifestations articulaires.

Insister d'emblée sur l'importance du SALICYLATE *longtemps poursuivi*.

CLINIQUE

Affection de l'*adulte jeune* et de l'*enfance*. Type de description : forme d'intensité *moyenne*.

Début. — A côté d'un malaise vague, de courbature, parfois déjà d'arthralgies, l'*angine* est le signe le plus important : on devra toujours le rechercher par l'interrogatoire. C'est une angine *rouge, diffuse*, exceptionnellement opaline avec adénopathie cervicale inconstante, *fièvre à 38 ou 39. Le gonflement douloureux du corps thyroïde* peut se voir dès le début, ainsi que la *diarrhée*.

Etat. — *A*. **Les douleurs articulaires** constituent ici le signe caractéristique. Le malade étendu, les cuisses demi-fléchies, en *position de relâchement* musculaire, craint le moindre choc. La douleur est aiguë, térébrante, atteignant les *grosses articulations*, rarement les petites, et celles du rachis.

A l'examen, les articulations apparaissent *tuméfiées, luisantes*, et parfois se dessine un réseau veineux sous-cutané. Œdème et *rougeur* sont très nettement délimités aux poignets, aux pieds où ils peuvent dessiner les *gaines synoviales*.

La palpation montre l'*hyperthermie*, parfois une *hydarthrose du genou*, et surtout le caractère surtout *péri-articulaire* de la douleur, cette intégrité relative des surfaces articulaires et de l'interligne étant caractéristique, car elle ne s'observe pas dans les pseudo-rhumatismes. Elle permet, comme l'a montré Lasègue, par des manœuvres prudentes et douces, de mobiliser l'articulation.

Symptôme fondamental. — Ces douleurs sont MOBILES, libérant en quelques heures ou jours les premières articulations atteintes pour se localiser à d'autres quitte à revenir aux premières. *On ne saurait trop insister sur ce fait*.

B. **Signes généraux**. — La *fièvre*, constante, revêt des types variés. Une grosse hyperthermie est souvent la marque d'une forme grave. Une poussée fébrile sans fluxions articulaires nouvelles doit faire craindre une complication. Le *pouls* est rapide, souvent dicrote. Des *sueurs* abondantes, d'odeur *aigrelette* provoquent parfois des sudamina. Enfin, la *pâleur spéciale* de ces malades trahit une anémie marquée : le rhumatisme articulaire aigu est une maladie *déglobulisante*. Dans les urines *albumineuses*, on recherchera le passage du salicylate.

Compléter l'examen par l'*auscultation du cœur que l'on fera quotidiennement*, l'examen de la plèvre et des poumons, l'examen général du malade.

ÉVOLUTION

Sous l'influence du salicylate de soude à très forte dose, mais en prises fragmentées, on voit la fièvre céder, les arthralgies diminuer. Elles persistent parfois, intermittentes mais tenaces, pendant des semaines, prouvant que l'infection continue. La durée de la crise va de quelques jours à quelques semaines. Il n'y a *jamais de séquelles articulaires*.

Ce qui est *capital*, c'est de savoir le caractère essentiellement RÉCIDIVANT du rhumatisme articulaire aigu, car cela justifie la crainte de l'avenir et la prolongation du traitement salicylé.

FORMES CLINIQUES

I. **Formes graves prolongées**. — Hyperthermiques, très douloureuses, salicylo-résistantes, nécessitant un traitement salicylé intraveineux auquel on a récemment conseillé d'adjoindre un traitement soufré ; elles sont inquiétantes, car presque toujours compliquées de lésions cardiaques ou viscérales.

II. **Formes frustes**. — Il faut leur opposer ces formes frustes, qui, bien qu'en ait dit Bouillaud peuvent aussi bien léser le cœur. Elles se voient surtout chez l'enfant, sont parfois étiquettées douleurs de croissances et peuvent passer inaperçues.

De ces formes discrètes, il faut rapprocher celles où le rhumatisme articulaire aigu se manifeste *sans arthralgies*, uniquement par l'angine, la fièvre, les lésions cardiaques, l'allure infectieuse de troubles cardiaques. Mais nous touchons ici au rhumatisme cardiaque évolutif qui ne fait pas partie de la question.

III. **La chorée** peut succéder au rhumatisme articulaire aigu, ou alterner avec lui et l'on sait les discussions *pathogéniques* que ce point soulève.

IV. **Formes anormales** par le siège de la douleur : *a*. rhumatisme *cervico-sciatique* (Nobécourt) ; *b*. rhumatisme *musculaire* dont la nature rhumatismale ne saurait être affirmée que s'il se complique d'endocardite.

DIAGNOSTIC

I. **Positif**. — La *mobilité* des arthralgies qui disparaissent sans séquelles, la signature cardiaque fréquente de l'infection le rendent généralement facile. Dans les formes frustes, surtout chez l'enfant, il est capital de penser au rhumatisme articulaire aigu pour prescrire le salicylate.

II. **Différentiel**. — Très facilement on élimine les rhumatismes infectieux de l'érysipèle, la scarlatine, les oreillons. Le diagnostic est évident.

Plus délicat est le rhumatisme *blennorhagique dans sa forme polyarticulaire* mais rechercher écoulement (gono plus difficile à trouver chez la femme), faire une spermoculture, une gonoréaction.

Certaines *septicémies* surtout *méningococciques* ont souvent un début *arthralgique*.

Il faut faire des hémocultures, et l'évolution tranchera la question.

Chez certains malades, bacillaires ou imprégnés tuberculeux, on soulève l'hypothèse du *rhumatisme tuberculeux* de Poncet, si discuté.

La *goutte*, les *arthrites syphilitiques* ne simulent guère le rhumatisme articulaire aigu.

Chez l'enfant : un gros diagnostic : l'OSTÉOMYÉLITE au début, mais douleur au cartilage de conjugaison, articulation libre.

En cas de rhumatisme *vertébral*, éliminer Pott sous-occipital et torticolis.

Terminer en insistant sur l'importance du traitement salicylé qui doit être donné à dose suffisante et longtemps prolongée même dans les formes très frustes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ÉLIXIR VIRENQUE

Pepsine - Diastase - Cocaïne

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Digestif des aliments azotés et respiratoires

TONIQUE SPÉCIFIQUE DE L'ESTOMAC

DOSE : Un verre à liqueur à la fin des deux principaux repas

R. C. 27.894, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

G. DEGLOS, 1 rue d'Alembert, — PARIS

LIPOÏDES H. I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL

Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE. AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL

Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

THÉOSALVOSE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparféinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.



THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.



EN GYNÉCOLOGIE

Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE

Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

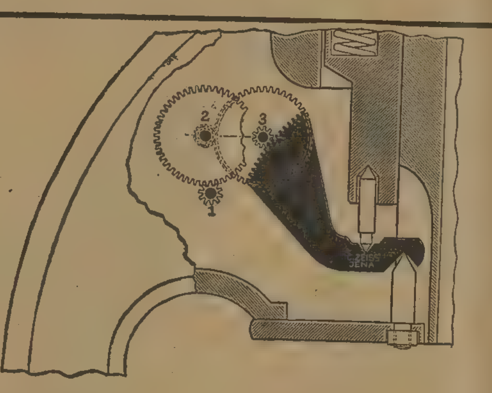
RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

R. C., 127.006, Seine.

CARL ZEISS JENA

Le Mouvement Lent



Tous les Microscopes Zeiss sont maintenant pourvus du mouvement lent à roues dentées de Meyer. La marche en est comparable à celle d'un mouvement d'horlogerie de haute précision et toute "perte de temps" est évitée par la pression d'un ressort sur les roues dentées qui les ramène toujours dans la même position. Le mécanisme est absolument étanche et ne nécessite aucun graissage; il est garanti contre toute usure.

Le mouvement lent est actionué par un bouton moleté avec tambour divisé permettant la lecture d'un déplacement du tube de 1/100e de m/m. Les mouvements lent et rapide agissent en concordance parfaite dans la direction du déplacement du tube. Une butée limite la course du mouvement lent et protège la préparation.





MICROSCOPES

ZEISS

Grand Microscope pour recherches scientifiques
F. C. E. 222 "MINIAS"
Grossissement 70 — 1550 ×

Grande platine à chariot, appareil d'Abbe complet, condensateur écartable, revolver quadruple, 2 objectifs achromatiques, 1 objectif à immersion homogène (1/2 fl.), 1 objectif apochromate à immersion pour fond noir, 3 paires d'oculaires en boîte armoire à clef.

— Fr. 9 400 —

Se référer à ce journal en indiquant le but d'utilisation pour obtenir gratis et franco, sans aucun engagement, une offre détaillée pour un équipement approprié.

Brochure Micro N° 255 sur demande adressée à la
SOCIÉTÉ OPTICA
18-20, rue du Faubourg-du-Temple, PARIS (XIe).
representant de

CARL ZEISS JENA

N° 98. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1929. — N° 98.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS.
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 30 novembre. — Questions données : « Maladie d'Addison. Signes et diagnostic. — Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. »

MM. Martel, 8 ; Regaud, 22 ; Lepart et Meillaud, 25 ; Lemaitre, 27 ; Leroy, 17 ; Lejeune, 26 ; Mlles Bernard, 27 ; Picandet, 19 ; M. Ducosté, 24.

Séance du 3 décembre. — Questions données : « Formes cliniques et diagnostic du rhumatisme blennorragique. — Luxation antéro-interne récente de l'épaule. »

Mlle Jammet, 24 ; Mme Cachera, 23 ; MM. Corlotti, 22 ; Gaudin, 25 ; Boquet, 27 ; Durel et Périer, 28 ; Bréhier et Boudreau, 27.

Séance du 4 décembre. — Questions données : « Pleurésies interlobaires. Signes et diagnostic. — Signes et diagnostic de la tuberculose rénale. »

MM. Olive, 24 ; Lellouche, 27 ; Lehmann, 24 ; Beaufils, 21 ; Hurez, 26 ; Lecadre, 25 ; Mlle Delahaye, 28 ; MM. Hécart et Beletre, 24 ; Levannier, 22.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 décembre. — MM. Kalt, 20 ; Veil, 19.

Classement : MM. Lagrange, 38 ; Favory et Veil, 37.

M. Lagrange est nommé ophtalmologiste des hôpitaux.

— PRIX CIVIALE. — Le jury est provisoirement composé de MM. René Marie, Fournier, Cuéno, qui acceptent ; Apert et Gosset, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Médecine.*) — Le jury est provisoirement composé de MM. Lesné, Crouzon, Marchal, qui acceptent ; Jacob, Léon-Kindberg, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est provisoirement composé de MM. Ombrédanne, qui accepte ; Brocq, de Gaudart d'Allaines, Prélat, Lévy-Solal, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le jury est composé de MM. Haguenau, Jacob, Bopp.

— RÉPARTITION, DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1930. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1930, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 5 janvier 1930) : internes et externes en premier, le vendredi 20 décembre 1929, à 14 h. 30,

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 janvier 1930) : ceux de 6e, 5e et 4e année, le lundi 6 janvier 1930, à 14 h. 15 ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1927), le mardi 7 janvier, à 14 h. 15 ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1928), le jeudi 9 janvier, à 14 h. 15 ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1929), le samedi 11 janvier, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Les articles 35 et 284 du règlement général sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont complétés ainsi qu'il suit :

ART. 35 . . . .

§ 3. — En ce qui concerne l'hôpital des Enfants-Malades, le professeur de clinique chirurgicale infantile chargé de la consultation spéciale d'orthopédie pourra, en dehors de ses

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

deux assistants réglementaires, se faire assister par un moniteur d'orthopédie qui recevra une indemnité annuelle.

Ce moniteur sera agréé par le directeur général de l'administration, sur la proposition du professeur de clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades pour un stage préalable de six mois à l'issue duquel il pourra, sur attestation du chef de service, être nommé « moniteur d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades pour une période d'un an. Il aura la faculté d'être réinvesti dans ces fonctions, pour des périodes de même durée.

Le moniteur d'orthopédie sera choisi parmi les docteurs en médecine de nationalité française anciens internes ou externes des hôpitaux de Paris ou parmi les internes ou externes des hôpitaux en fin de scolarité. Ces derniers devront alors se faire recevoir docteurs avant l'expiration de la période de stage de six mois.

L'article 284 (in fine) est ainsi complété : ....
5.400 fr. aux assistants d'électro-radiologie des hôpitaux situés hors Paris, 3.900 fr. au « moniteur d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades ».

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours ouvert pour la nomination de deux médecins du dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs René Chevallier et Louis Vachez.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes en pharmacie titulaires : M. Dorche, Mlle Beau, M. Leynaud, Mlle Rentenauer, M. Pauget, Mlle Kopp, M. Darniat, Mlle Garitey, M. Bouchon, Mlle Busch.

Internes en pharmacie provisoires : Mlle Bouvier, MM. Lardet, Moraux, Mathais-Martin, Mlle Pauze, MM. Charpenel, Sémon, Chambron, Mlle Tissier, M. Lamaizière, Mlle Lèbre, MM. Chol, Burlet, Cuche, Mlle Faure.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont nommés agrégés pour une période de neuf ans à dater du 1er décembre 1929.

Paris. — Histologie, M. Millot. Neurologie et psychiâtrie, M. Lévy-Valensi.

Lille. — Médecine, MM. Gernez et Nayrac.

Montpellier. — Chirurgie, M. Aimes.

Nancy. — Obstétrique, M. Vermelin.

— BORDEAUX. — *Prix de la Faculté* (1928-1929, section médecine) :

Prix de la Faculté. — 1re année : Prix, médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Lemarchand; mention honorable, M. Torqueau.

2e année : Prix, médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Guillerm; mention très honorable, M. Guilbert; mentions honorables, MM. Bugard, Merveille et Ubertino.

3e année : Prix, médaille d'argent et 165 fr. de livres, M. Marty; mention très honorable, M. Bargues.

4e année : Prix, médaille d'argent et 185 fr. de livres, M. Soubigou; mention honorable, M. Beauchesne.

5e année : Prix, médaille d'argent et 185 fr. de livres, M. Chevalier; mention très honorable, M. Lafferre.

Prix de la ville de Bordeaux. — Médecine : Prix, 250 fr. (médaille de vermeil et livre), M. Beauchesne; mention honorable, M. Lafferre.

Chirurgie : Prix, 250 fr. (médaille de vermeil et livre), M. Philip.

Prix Godard : Prix des thèses de l'année. — 1er prix, médaille d'or et 350 fr. espèces, docteur Wangermez; — 2e prix, médaille d'argent et 125 fr. espèces, docteurs Boulnois, Genaud, Le Coulant, Orly; — 3e prix, médaille de bronze, docteurs Daydrein, Fischer, Guichené, Laubie, Mazé, Parlange.

— LYON. — Les concours du clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Chef de clinique chirurgicale, service du professeur Tixier : M. le docteur Clavel.

Chef de clinique médicale, service du professeur Paviot : M. le docteur Lagèze.

Chef de clinique neurologique, service du professeur Jean Lépine : M. le docteur Christy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle de l'Académie de médecine, au cours de laquelle seront proclamés par M. Quénu, président, les prix et récompenses décernés en 1929, aura lieu le mardi 10 décembre, à 3 h. précises.

M. Renault, secrétaire annuel, présentera un rapport sur les prix, et M. Achard, secrétaire général, prononcera l'éloge de Laveran.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, a été élu dans la section des membres non résidant en remplacement du docteur Charles Dépéret, doyen de la Faculté des sciences de Lyon.

M. Charles Nicolle qui reçut naguère le prix Osiris et l'an dernier un prix Nobel est l'une des plus grandes figures scientifiques de notre époque.

Qui ne connaît ses travaux sur la fièvre ondulante, sur le trachome, le typhus, la bilharziose et l'ankylostomiase, ses belles recherches sur les affections inapparentes, sur les sérums de convalescents, les vaccins microbiens et sur toutes les maladies microbiennes. Grâce à lui l'Institut Pasteur de Tunis, où il a groupé autour de lui tant de collaborateurs éminents, est devenu un centre scientifique à la réputation mondiale.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 10 décembre 1929, à 4 h. 1/2 très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danion, sous la présidence de MM. les ministres de l'Instruction publique, de l'Agriculture, du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et de M. le professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris.

Ordre du jour. — « La question du soufre. »

M. Oliviéro : Pharmacologie du soufre (rapport). — M. le professeur Loeper : Le métabolisme du soufre (rapport). — MM. le professeur agrégé Paul Chevallier et Flandrin : Travaux récents sur la thérapeutique sulfureuse en médecine humaine (rapport). — M. le professeur Robin : Travaux récents sur la thérapeutique sulfureuse en médecine vétérinaire (rapport). — M. Dufrénoy : Travaux récents sur la thérapeutique sulfureuse chez les végétaux (rapport). — M. Bidault : Libération du soufre dans les conserves. — M. Lematte : Le dosage du soufre en biologie. Application au métabolisme et à la diététique. — M. Foveau de Courmelles : Les phototoxies. — M. Soituz : Mammite staphylococcique enzootique chez la lapine.

(Voir la suite des « Informations », p. 1774.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

HÔTEL PARTICULIER A VENDRE, pouvant être utilisé pour clinique ou pour médecine spéciale, cité Malesherbes.

Renseignements et visite : s'adresser MAGES, 1, rue de Villersexel. — Urgent.

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brulures, etc*

LENIFORME

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

NÉOLYSE

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

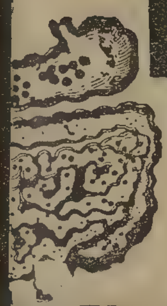
MALADIES ET FATIGUES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(Forme la plus parfaite du Charbon de Peuplier)

AGGLOMÉRÉS au GLUTEN MUCOGÈNE — AROMATISÉS à l'ANIS

GRAINS ANISÉS de

CHARBON TISSOT



Très légèrement additionnés de Benzoate de Naphtol.

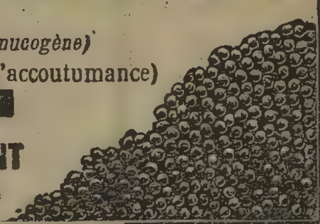
AGISSENT par leur FORME et leur VOLUME (gros grains diviseurs)
par leur AROME anis, par leur AGGLOMÉRATION (gluten mucogène)

Entretiennent l'activité normale de l'Intestin (pas d'accoutumance)

ABSORBENT — HUMECTENT — DIVISENT — EXPULSENT

DOSE : Une cuillerée à café après les repas ou au besoin 2 en se couchant.

DIGESTIONS PÉNIBLES - DILATATIONS - CONSTIPATION - AMAIGRISSEMENT
BALLONNEMENTS - DIARRHÉES - COLITES - DANGERS D'APPENDICITES



ECHANTILLONS aux MÉDECINS : 34, Boulevard de Clichy, PARIS — R.C. 169 072, Seine

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE — **calme la toux**

Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

GRANULÉ pouvant être croqué ou pris dans un peu d'eau, de tisane

Doses quotidiennes : 3 ou 4 cuillerées à café prises dans l'intervalle des repas

ECHANTILLONS ET LITTERATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ -- 30, Rue Armand-Sylvestre -- COURBEVOIE (Seine)

COURMONT

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au **SUC D'ORANGE**
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif – Délicieux

AUBRIOT 56, Boul^d Ornano PARIS



Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de **Drastiques**, de **Phtalleïne de Phénol**, de **Belladone.**

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. – 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE ◦ 17, B^d HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES – GRIPPE – RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

(*Paris, 16-19 octobre 1929.*)

PREMIER RAPPORT

INDICATIONS CRÉNO ET CLIMATOTHÉRAPIQUES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

MM. Henri Flurin (de Cauterets) et Jacques Vialle (de Nice), rapporteurs.

Les oto-rhino-laryngologistes ne peuvent plus faire aux médecins thermaux qu'un reproche, c'est l'imprécision de la thérapeutique hydrominérale. Ce rapport n'a qu'un but : établir, de façon schématique sans doute, mais nette et impartiale, les indications créno et climatothérapiques en oto-rhino-laryngologie.

Les renseignements les plus précieux seront fournis par les éléments cliniques suivants :

1° *Solidarité de l'appareil respiratoire.* — En médecine thermale, ce n'est plus le siège de la lésion, mais bien sa nature qu'il faut envisager, et nous n'avons pas le droit de séparer des organes dont la solidarité anatomique, embryologique et physiologique est absolument intime. La muqueuse respiratoire est continue, du nez jusqu'à l'alvéole pulmonaire.

2° *Evolution générale de l'affection.* — On n'enverra pas aux eaux minérales, c'est classique, les affections aiguës, mais simplement les affections dites chroniques qui sont, en réalité, constituées par une série de poussées évolutives. On n'y enverra surtout pas les malades, après avoir épuisé toutes ressources chirurgicales et pharmaceutiques. C'est quand les voies aériennes supérieures traduisent leur souffrance par leurs premiers accès spasmodiques ou par les premières manifestations hypertrophiques ou catarrhales de la muqueuse que l'on doit faire appel à la crénothérapie.

3° *Prédominance d'un symptôme.* — Le mode réactionnel le plus habituel de la muqueuse rhino-pharyngée, particulièrement riche en tissu lymphoïde et en glandes mucipares, c'est la sécrétion. De là, le rôle capital que joue le catarrhe dans la symptomatologie des affections oto-rhino-laryngologiques.

La division qu'il faut conserver, des catarrhes, en catarrhes purulents et catarrhes muqueux, est d'une grande utilité en clinique hydrominérale. Les catarrhes purulents réclament la médication sulfurée, le pus appelle le soufre (Lermoyez). Les catarrhes muqueux ont une indication crénothérapique moins nette et l'on doit faire appel à une nouvelle impression clinique qui est :

4° *L'allure générale des phénomènes morbides.* — Les malades justiciables d'une cure thermale, se rangent en deux catégories :

a. Malades torpides, non excitables, qui ont besoin d'être stimulés et qui sont justiciables du soufre.

b. Malades éréthiques, excitables, chez lesquels la cure hydrominérale ne doit rechercher que des effets sédatifs et décongestionnants.

5° *L'affection oto-rhino-laryngologique est-elle symptomatique du trouble d'un grand système organique?* — La réaction locale de la muqueuse respiratoire est souvent conditionnée par l'état diathésique du malade, et les auteurs montrent, dans un chapitre spécial, comment la crénothérapie générale, en traitant les troubles dyspeptiques, hépatiques, cardiorénaux, etc., peut aider indirectement à la cure des affections oto-rhino-laryngologiques.

Trois groupes de stations, par la qualité physico-chimique de leurs eaux, par la modalité de leurs installations thérapeutiques, et en vertu d'analogies basées sur l'expérience clinique, revendiquent la cure des affections oto-rhino-laryngologiques. Ce sont :

1° Les eaux sulfurées;
2° Les eaux indéterminées du Mont-Dore;
3° Les eaux arsenicales de la Bourboule;
4° Les eaux d'action indirecte.

I. Cures sulfurées. — La médication sulfurée doit sa première place, en oto-rhino-laryngologie à deux faits essentiels qui sont :

1° L'élimination du soufre par la muqueuse respiratoire, quelque soit son mode d'introduction dans l'organisme;

2° Le véritable rôle trophique du soufre dans la réparation des cellules mucipares de cette muqueuse.

L'examen rhinoscopique et laryngoscopique permet de suivre l'action des eaux sulfurées sur les sécrétions et sur la circulation de la muqueuse respiratoire.

La médication thermale sulfurée a une action sur la nutrition générale. Le soufre thermal stimule la fonction cholagogue et antitoxique du foie, diminue les fermentations intestinales et, d'une façon générale, excite la nutrition.

Lorsque le soufre est absorbé sous forme d'eau minérale son action locale et générale subit une exaltation manifeste qui tient à l'état physico-chimique très spécial dans lequel il se trouve et à son association avec d'autres substances qui viennent renforcer ou modifier ses propriétés physiologiques.

Le critérium de la valeur d'une eau minérale sulfurée tient dans le fait suivant :

Quand on veut introduire du soufre dans l'organisme, moins est avancée la combinaison du soufre avec l'oxygène, plus le soufre est efficace. Il faut donc qu'une eau minérale sulfurée ait du soufre non oxydé pour que ce soufre, parcourant dans nos tissus la série complète des stades d'oxydation progressive, puisse jouer le rôle constitutionnel et défensif qui lui est consigné dans l'organisme. Et ceci est surtout vrai quand il s'agit de voies respiratoires dans lesquelles le soufre a une double utilité, locale et générale.

Veut-on traiter la muqueuse rhino-bronchique, les eaux sulfurées sont seules utiles. L'action des eaux sulfitées est douteuse, quant aux eaux sulfatées (dont le soufre est très oxydé), leur action est nulle.

Les eaux sulfurées sont donc des eaux naturelles qui contiennent du soufre non oxydé à l'état de sulfure ou d'hydrogène sulfuré.

Elles se divisent en trois groupes :

1° Les eaux sulfurées sodiques;
2° Les eaux sulfurées calciques et sulfhydriquées;
3° Les eaux sulfurées mixtes (chloruro-sulfurées, sulfurées arsenicales).

Les indications des cures sulfurées sont basées sur cette action physiologique, locale et générale.

Si l'on tient compte des faits suivants que les grandes stations pyrénéennes : Cauterets, Luchon, Ax-les-Thermes, jouissent de l'heureux privilège de posséder à côté des eaux les plus excitantes des eaux à action douce et ont, par cela même, les applications thérapeutiques les plus étendues, que la question de doses permet à la source de Challes d'obtenir des effets stimulants variables, que Saint-Honoré a deux groupes d'eaux, l'un toni-excitant par l'association sulfo-arsenicale, l'autre faiblement minéralisé, d'action doucement tonique, et si on fait une exception pour Allevard, station essentiellement sédative et décongestionnante, on peut dire que la médication hydro-minérale sulfurée, excitante et tonique : 1° stimule la vitalité de la muqueuse; 2° agit directement sur le catarrhe.

Association de la Presse médicale française.

Les cures sulfurées revendiquent donc :

1° *La débilité rhino-bronchique*;

2° *Les affections torpides catarrhales* des voies respiratoires : la *rhinite chronique simple*, la *rhinite hypertrophique*, surtout les *catarrhes purulents*, le *coryza chronique purulent des enfants* « morveux », le *coryza purulent des adultes* qui est si souvent à l'origine de troubles laryngés et bronchiques. Enfin l'*ozène*. Les lavages du nez avec une eau sulfurée forte en débarrassant mécaniquement la cavité nasale des croûtes purulentes fétides qui l'encombrent, en réalisant un véritable massage de la pituitaire, donnent un véritable coup de fouet à cette muqueuse atrophiée et raniment son activité glandulaire.

Les *adénoïdites et pharyngites chroniques*, les *sinusites* dans lesquelles la muqueuse malade aura besoin d'être revitalisée à la suite de l'acte opératoire. Le soufre thermal agira de même indirectement sur les formes *bénignes* par son action d'ensemble sur les premières voies aériennes.

3° Les *otopathies et surdités*, la médication thermale se bornant au traitement de la muqueuse de revêtement, soit de la caisse, soit de la trompe et à leurs conséquences : *obstruction tubaire ou otorrhée tubaire*.

4° *Les laryngites chroniques, catarrhales et torpides* :

a. Les laryngites par propagation au larynx des infections rhino-pharyngées;

b. Les laryngites par inhalations irritantes;

c. Les laryngites professionnelles par malmenage vocal.

5° *Les affections syphilitiques des voies respiratoires supérieures*. — Grâce à l'heureuse association du soufre thermal au mercure et au bismuth dont il favorise la tolérance et l'élimination.

II. Cures arsenicales. — Les eaux de La Bourboule méritent, seules, le nom d'arsenicales.

La médication arsenicale a, dans la cure des affections oto-rhino-laryngologiques, un aspect tout différent de celui de la médication sulfurée.

La Bourboule est surtout une station d'enfants et sa thérapeutique s'adresse au terrain.

En ralentissant la dénutrition, en diminuant les échanges respiratoires, en favorisant la multiplication cellulaire et la régénération plasmatique du sang, la cure bourboulienne est indiquée pour les enfants anémiques, lymphatiques, scrofuleux.

Les *végétations adénoïdes* et l'*hypertrophie des amygdales* dominent la pathologie des voies respiratoires de l'enfant; ce sont les deux affections qui seront surtout traitées dans cette station arsenicale, elle servira de préparation ou de complément à l'intervention chirurgicale en tonifiant doucement la muqueuse et en combattant l'anémie qui est souvent liée à l'insuffisance respiratoire nasale.

III. Cures du Mont-Dore. — Si les cures sulfurées revendiquent les inflammations torpides catarrhales des voies respiratoires, la spécialisation du Mont-Dore n'est pas moins nette et très exclusive.

A la cure mont-dorienne sont réservées les *affections éréthiques, congestives, spasmodiques des voies respiratoires*, surtout si domine chez elles un élément spasmodique.

On enverra donc au Mont-Dore, station décongestionnante et antispasmodique, dans laquelle la technique joue un grand rôle :

1° *Les coryzas spasmodiques périodiques* (rhume des foins) ou *apériodiques*;

2° *Les rhino-pharyngites congestives*;

3° *Les congestions du larynx chez les surmenés de la voix, les laryngites spasmodiques, certains troubles névropathiques du larynx* (toux spasmodique, aphonies nerveuses, etc.).

IV. Eaux d'action indirecte. — Les affections de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx peuvent survenir à la suite de troubles dyspeptiques, hépatiques, cardio-rénaux, nerveux, etc., pour lesquels la crénothérapie semble toute indiquée (Plombières, Evian, Néris, Royat).

Le domaine oto-rhino-laryngologique de la climatothérapie apparaît assez restreint à côté de celui de la crénothérapie.

L'indication thérapeutique de premier plan que les cures climatiques trouvent en oto-rhino-laryngologie est constituée par la *tuberculose laryngée*.

Trois notions importantes dominent le traitement de la tuberculose laryngée. La première, c'est qu'il ne faut pas attendre du climat le traitement de la tuberculose, le climat constituant seulement le milieu optimum pour appliquer la cure hygiéno-diététique. La deuxième, c'est qu'il n'existe pas de climat spécifique de la tuberculose laryngée. La troisième, c'est que la forme anatomo-clinique de la lésion laryngée n'a guère à intervenir dans le choix de l'indication climatique.

Si l'on met à part certaines formes graves de tuberculose laryngée (comme la tuberculose miliaire, ou comme les formes infiltro-ulcéreuses à tendances rapidement extensives ou nécrosantes), on peut dire que c'est en fonction de l'état pulmonaire que devra être posée l'indication climatothérapique. Avec cette réserve cependant que l'apparition d'une localisation tuberculeuse laryngée devant être regardée comme l'indice d'une victoire momentanée de l'invasion bacillaire, l'indication climatique devra être plus circonspecte encore quand il s'agit, toutes choses égales d'ailleurs, d'un tuberculeux exclusivement pulmonaire.

En ne perdant pas de vue ces notions fondamentales, on posera toujours utilement l'indication climatothérapique.

A la montagne, on enverra les bacilloses pulmo-laryngées à évolution torpide. On réservera les stations de plaine : 1° aux *évolutifs*, c'est-à-dire aux malades en période fluxionnaire, avec envahissement progressif du champ pulmonaire, surtout lorsque leur état s'accompagne d'instabilité du pouls, de névrosisme, d'insomnie; 2° aux *congestifs*, sujets aux hémoptysies, principalement les hypertendus et les sujets jeunes atteints de tuberculose fibro-caséeuse à poussées successives et à évolution subaiguë.

On éloignera toujours les bacillaires du *climat maritime rude*, qui leur est régulièrement funeste. Par contre, le climat *maritime atténué*, tel qu'on le rencontre dans les diverses stations de la côte d'Azur (où il est facile, d'ailleurs, de le combiner dans l'Hinterland méditerranéen, à l'influence de la montagne proche), rendra de précieux services à toutes les formes ayant une évolution froide, torpide, apyrétique, non extensible, telles que les bacilloses fibreuses et, parmi les formes fibro-caséeuses, celles qui témoignent d'une forte réaction fibrosante, celles qui ne procèdent que par poussées évolutives rares, espacées, apyrétiques, celles enfin des sujets âgés.

Pour la cure de montagne, l'insuffisance nasale fonctionnelle dans laquelle il semble que l'altitude agisse comme succédané doux et progressif de l'exercice musculaire; les malades *relevant d'affections oto-rhino-laryngologiques graves* (laryngite ulcéreuse, phlegmons péri-pharyngés, septicémies oto-mastoïdiennes, etc...); les *grands opérés*, de la mastoïde, des sinus ou du larynx; les *spasmes laryngés récidivants* des enfants, *les parésies laryngées myopathiques; certains troubles vocaux fonctionnels* (la voix eunuchoïde, la débilité sénile de la voix), les *rhinobronchites* récidivantes des gazés de guerre, les anémies labyrinthiques, les *suppurations chroniques* des oreilles, du nez et des sinus.

A la plaine, s'améliorent : la *débilité neuroarthritique* des voies aériennes supérieures, les algies et les dysesthésies des névropathes, l'*otospongiose*.

Discussion.

M. de Parrel (de Paris). En ce qui concerne la thérapeutique hydrominérale du catarrhe tubo-tympanique chronique et de l'otite moyenne adventive, les vaporisations sulfurées

de Luchon et d'Ax ont une influence modificatrice plus puissante que les pulvérisations de Cauterets, l'asséchement des muqueuses rhino-tubaires est plus rapide et l'action mécanique plus intense. Les brides adhésives se rompent. Les obstructions tubaires se relâchent, la chaîne des osselets et les tympans récupèrent de l'élasticité. Cauterets a une valeur incontestable dans les affections catarrhales et inflammatoires des voies respiratoires. Challes est la station des voies malmenées, des nez ozéneux et Allevard convient plutôt aux pharyngites et aux bronchites à tendances congestives et spasmodiques.

M. DU PASQUIER (de Saint-Honoré). La thérapeutique habituelle est impuissante à modifier la fragibilité des voies respiratoires des malades qui, au moindre froid, au moindre excès vocal font des poussées de rhino-pharyngite ou de laryngite. La cure thermale et sulfureuse agit à la fois sur l'état local et général. Mais pour obtenir un bon résultat durable, deux ou trois cures au minimum sont indispensables.

M. BAQUÉ (de Luchon) insiste sur la différenciation à faire entre les divers modes d'insufflation de la trompe d'Eustache. Les unes sont de vraies vaporisations comme à Luchon, les autres constituent de la pulvérisation comme à Cauterets. L'auteur ne saurait accepter cette dernière parce que dangereuse par l'envoi de corps étrangers même liquides dans la caisse qui, d'ailleurs, les accepte très mal.

M. KOENIG (de Paris) a eu l'occasion de constater que les eaux de Luchon ont une action favorable sur la pyorrhée alvéolo-dentaire. Il pense que ce résultat est dû à l'action antiseptique du soufre à l'état ionique.

M. LAPOUGE (de Nice) n'est pas d'accord avec les rapporteurs qui écrivent que le climat maritime atténué de la Méditerranée représente un climat exceptionnel pour la cure hygiénique de la tuberculose laryngée. A part l'arrière-côte, la côte méditerranéenne est néfaste à toute tuberculose laryngée.

M. MIGNON (de Nice). En ce qui concerne la tuberculose laryngée, le climat méditerranéen paraît être assez dangereux. Les malades à tendance congestive ne doivent pas résider à proximité des côtes. Les mêmes réserves doivent être faites au sujet de malades atteints de lésions laryngées. Quant aux lésions chroniques des fosses nasales et des cavités annexes, elles sont favorablement influencées par le climat méditerranéen. Cette action se fait également sentir sur l'appareil auditif non seulement pour les otites catarrhales ou suppurées mais aussi pour l'oto-sclérose.

Les eaux chlorurées sodiques dans les affections des voies respiratoires. — M. LUSAGNA (de Parme). A côté des eaux sulfureuses et arsenicales, il ne faut pas oublier les eaux chlorurées sodiques surtout efficaces dans le lymphatisme et l'arthritisme. Elles ont une action locale plus dosable, rapide et définitive.

Appareil pour insufflation d'air chaud ou médicamenteux. — M. BAQUÉ (de Luchon) présente un appareil très simple et très ingénieux qui permet d'envoyer soit par à coups, soit par pression continue progressive et modifiable instantanément à la volonté de l'opérateur renseigné par l'otoscope, de l'air chauffé ou chargé de vapeurs médicamenteuses.

M. COME-FERRAN (de Lyon) a présenté jadis dans ce but un appareil construit sur des bases différentes. Il insiste sur l'efficacité de l'air chaud dans les lésions de l'oreille moyenne.

M. METZIANOU (de Bucarest) fait remarquer qu'à Luchon, on introduit dans l'oreille moyenne de l'air chaud, sec et chargé d'émanations sulfureuses venant directement des griffons et que, d'après les statistiques de l'établissement, plus de 80 p. 100 des surdités dues au catarrhe tubo-tympaniques sont guéris.

Traitement de l'ozène par la cure sulfureuse. — M. J. VINCENT (de Challes-les-Eaux). Le soufre, dans l'ozène, agit par son action antiseptique, par son action vaso-dilatatrice qui fait réagir utilement une muqueuse atrophiée, par son action reminéralisatrice sur l'état général et sur les cellules mucipares.

Challes est la station de choix pour cette affection par sa spécialisation et sa forte sulfuration.

M. GUNS (de Louvain). La question de la pathogénie et du traitement de l'ozène est encore très discutée. Pour l'auteur, un certain nombre de points seraient acquis (microbe non encore identifié, absence de lésion du ganglion de Meckel, absence de parenté avec l'anémie pernicieuse). Au point de vue thérapeutique, l'auteur préconise les lavages au bock et l'ingestion de pilocarpine.

M. BRINDEL (de Bordeaux) préconise l'action des eaux sulfureuses dans l'ozène nasal ou laryngo-trachéal en boissons, bains et lavages locaux. On arrive à une reconstitution de la muqueuse des cornets très remarquable qui dépasse parfois l'effet cherché en hypertrophiant la muqueuse.

M. LAFFITE-DUPONT (de Bordeaux). Le traitement sulfureux, en infiltrant la muqueuse, permet de continuer les injections de paraffine au moment où celles-ci ne paraissaient plus possibles.

M. DUTHEILLET DE LAMOTTE (de Limoges) indique que le traitement salicylé sur lequel il avait fondé des espérances ne lui a pas donné de résultats durables.

La paraffinothérapie est le seul procédé qui mérite l'attention.

M. COME-FERRAN (de Lyon) pense qu'il ne faut pas sous estimer le traitement chirurgical joint à la paraffinothérapie et à la cure de Challes.

Influence médicatrice du climat méditerranéen (climat de la Riviera) sur les maladies tuberculeuses des premières voies respiratoires. M. BAR (de Nice).

De quelques contre-indications à l'usage de certaines eaux minérales. — M. MOREAUX (de Nancy) signale l'action congestive et irritante pour les muqueuses des voies respiratoires des eaux thermales chlorurées sodiques chez les personnes saines en dehors de tout état morbide justifiant l'usage des eaux. Cette action est due à la fois à la composition qualitative des eaux et à leur titrage hypotonique. Il existe des piscines populaires d'eaux chlorurées sodiques et le public devrait être mis en garde contre la nocivité éventuelle de ces eaux.

M. le professeur JACQUES (de Nancy). Les accidents rhino-pharyngés et leurs conséquences otiques sont, en effet, très fréquents à la suite des bains de piscine trop prolongés dans une eau thermale.

M. HELSMOORTEL junior (d'Anvers). On rencontre dans toutes les régions thermales ou non thermales après le bain des récidives d'otite chez les perforés du tympan. Un tampon d'ouate vaseliné permet d'éviter l'accident.

DEUXIÈME RAPPORT

LES CÉPHALALGIES FRONTALES RHINOGÈNES ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

MM. G. DUTHEILLET DE LAMOTTE (de Limoges)
et Maurice SOURDILLE (de Nantes).

Les rapporteurs ont voulu montrer dans ce rapport que parmi les très nombreuses variétés de douleurs qui se localisent au niveau de la région frontale ou irradient aux régions voisines du crâne, un assez grand nombre résultent de troubles locaux : affections nasales, ethmoïdales et sinusales. A mesure que nos moyens diagnostiques et thérapeutiques se perfectionnent, nous arrivons à préciser, à supprimer des

causes longtemps méconnues et à guérir des douleurs rebelles confondues sous les diverses dénominations de névralgies, de céphalées, ou de migraines réputées incurables.

Prenant pour point de départ la discussion du rapport sur les céphalées au dernier Congrès des Sociétés O. N. O. qui eut lieu à Bordeaux en mai dernier, ils retiennent le terme de céphalalgies pour désigner ces manifestations douloureuses d'origine exo-cranienne, qui les différencie des endo-céphalées ou céphalées véritables, des névralgies essentielles du trijumeau ou des migraines proprement dites.

Laissant de côté les phénomènes douloureux liés à une lésion grossière, évidente, locale, telle qu'une sinusite frontale suppurée se déversant dans les fosses nasales, une tumeur profonde ou en voie d'extériorisation, les volumineuses crêtes de cloison, ils limitent leur étude aux céphalalgies frontales résultant de causes discrètes qu'il est nécessaire de rechercher avec soin pour les trouver.

Dans un premier chapitre, les auteurs rappellent quelques points d'anatomie chirurgicale normale, indispensables à la compréhension de la pathologie et de la thérapeutique complexe de cette région : partie haute des fosses nasales, région ethmoïdale antérieure, canal naso-frontal et sinus frontal; enfin vaisseaux et nerfs de la région naso-frontale.

Dans un deuxième chapitre, ils étudient les causes naso-sinusiennes de céphalalgie frontale et leur mode d'action. Pour eux, la cause fondamentale de ces céphalalgies réside dans des malformations anatomiques nombreuses :

Nasales : déviation haute de cloison, hypertrophie des cornets moyens.

Ethmoïdales : développement exagéré des cellules péri-infundibulaires, cellules aberrantes et interfrontales, obstruction du canal naso-frontal.

Sinusales : blocage et cloisonnements du sinus frontal.

Ces malformations entraînent des phénomènes de compression de vacuum sinus et d'infection le plus souvent atténuée de la muqueuse pituitaire.

Mais ces lésions n'arrivent généralement à déterminer des céphalalgies frontales qu'à la faveur d'un trouble des appareils nerveux sensitivo-vaso-moteurs de la région, trijumeau et sympathique.

Désirant éviter une discussion pathogénique sans limite, ils se contentent de rappeler brièvement les données principales du problème :

1° La projection de la douleur à une distance plus ou moins grande de la cause apparente.

2° Son intermittence malgré la permanence de la cause;

3° Enfin, la disproportion entre le peu d'importance de la lésion nasale apparente et l'intensité quelquefois extrême de la céphalalgie frontale.

Devant l'impossibilité actuelle de faire la part exacte de ce qui revient au sympathique ou à la sensibilité trigémellaire dans la production de ces douleurs, les auteurs tirent de cette pathogénie encore discutée la conclusion pratique suivante : à savoir que la suppression totale de la cause de l'excitation locale est encore le plus sûr moyen d'atteindre à une guérison définitive.

Ce troisième chapitre est consacré à l'étude clinique, symptômes et diagnostic. Ces céphalalgies frontales ont un certain nombre de signes communs; elles siègent au niveau de la région frontale, tantôt médianes ou latérales, tantôt uni ou bilatérales, irradiant vers la tempe, le vertex, l'occiput; elles sont souvent intermittentes malgré des lésions permanentes; elles sont d'une acuité disproportionnée à la cause générale discrète. Elles s'accompagnent de troubles vaso-moteurs et sécrétoires : sensation de nez bouché, éternuements hydrorrhée nasale, larmoiements et surtout de troubles oculaires.

La muqueuse nasale est rarement normale, l'œil exercé y découvre des altérations légères, résultat de l'infection atténuée à laquelle elle est chroniquement soumise.

Certaines formes cliniques peuvent s'individualiser : la céphalalgie des nez étroits, le vacuum sinus, le catarrhe muqueux douloureux à répétition de l'antre frontal, la sinusite frontale catarrhale chronique avec dégénérescence polypeuse kystique, la sinusite séreuse, l'empyème clos du sinus frontal, les céphalalgies pseudo-migraineuses.

Si quelques-unes de ces formes permettent un diagnostic d'emblée, le plus souvent le diagnostic ne se fait que par élimination. Il repose sur l'historique de la maladie, les constatations faites au cours de l'examen du malade; la radiographie, toujours obligatoire en cas de céphalalgie frontale et autant que possible stéréoscopique, les tests cliniques à la cocaïne et au jaborandi, les examens de laboratoire portant sur le sang, les urines, le liquide céphalo-rachidien, les sécrétions nasales et enfin divers traitements d'épreuve. Alors seulement, on est en mesure d'éliminer : les endocéphalées, par hypertension cranienne des tumeurs cérébrales, gommes, abcès du cerveau, les céphalées des syphylitiques, des urémiques, des scléreux, des goutteux, la névralgie essentielle du trijumeau, les migraines banales, les sympathalgies, les céphalées psychiques.

La douleur frontale reconnue de cause exo-cranienne, il faut encore la différencier des céphalalgies par troubles oculaires : ici la collaboration de l'ophtalmologiste est indispensable. Enfin, il restera à préciser la nature de la lésion naso-sinusienne.

Le quatrième chapitre est réservé au traitement chirurgical de ces céphalalgies, le seul que les auteurs aient à envisager dans ce rapport. Ce traitement vise avant tout à supprimer les malformations anatomiques initiales et leurs conséquences, la compression, le vacuum sinus et l'infection. Il est indiqué chaque fois que les divers traitements médicaux préalablement appliqués seront restés sans effet. Les auteurs croient, en effet, qu'il ne convient pas de laisser souffrir indéfiniment des malades qu'aucune médication n'a pu soulager et qu'ils doivent leur proposer un traitement chirurgical, dernière chance de guérison ou de soulagement.

Il comporte deux étapes :

1° L'une visant uniquement au rétablissement de la statique nasale et portant sur la cloison et les cornets moyens : résection sous muqueuse aussi haute que possible de la cloison, résection partielle et luxation des cornets moyens, opération de pratique journalière sur laquelle les auteurs n'insistent pas;

2° L'autre portant sur l'ethmoïde et le sinus frontal. Elle doit réaliser un double but : supprimer les cellules ethmoïdales exubérantes ou aberrantes, les cloisonnements sinusaux et assurer un drainage sinuso-nasal large et durable.

Trois méthodes permettent d'atteindre ces résultats :

1° La méthode endo-nasale par effondrement des cellules ethmoïdales et effraction à la curette, la râpe ou à la fraise du plancher du sinus frontal;

2° La méthode exo-nasale par trépanation du sinus frontal et suppression de l'ethmoïde antérieur;

3° La méthode combinée qui utilise les deux premières en un ou deux temps.

La méthode endo-nasale est plus simple, plus rapide, plus esthétique, mais elle ne s'applique pas à tous les cas.

La méthode exo-nasale est plus complexe, respecte moins le point de vue esthétique, mais permet une meilleure vision et par suite un traitement plus complet : elle convient à tous les cas.

Toutes ces méthodes peuvent se pratiquer sous anesthésie locale ou loco-régionale.

La technique opératoire par voie endo-nasale comporte deux temps principaux :

a. Le cathétérisme et l'élargissement du canal naso-frontal d'abord au stylet, puis aux différentes râpes de Vacher; le stylet et la petite râpe seront toujours tenus entre le pouce et l'index et maniés sans aucune force. Les grosses râpes, au

contraire, seront tenus à pleine main et maniées, sous réserve de précautions indispensables avec une certaine force;

b. L'ouverture et l'évidement de l'ethmoïde antérieur, surtout en avant, au moyen de la pince à bec de canard de Vacher-Hartmann, puis de la pince à mors perpendiculaires de Vacher et enfin de la curette ethmoïdale de Moure.

Les résultats sont particulièrement bons dans les cas de vacuum sinus par obstruction du canal naso-frontal et des sinusites discrètes à répétition ou hyperplastiques.

La technique opératoire par voie exo-nasale, utilisée spécialement pour ces cas de céphalalgie frontale, est un procédé double plastique interne et externe dérivant, pour les temps osseux, de l'opération du professeur Jacques : trépanation du plancher du sinus frontal et de la branche montante du maxillaire supérieur, et pour le temps muqueux du procédé à plastique interne du professeur Barany. Il comporte sept temps principaux : incision des téguments et découverte du plancher osseux; trépanation du sinus frontal; libération de la muqueuse du sinus et épreuve de la perméabilité du canal naso-frontal; trépanation de la branche montante du maxillaire supérieur et libération de la muqueuse nasale; résection du plancher du sinus frontal et découverte des cellules ethmoïdales pré-infundibulaires; taille des lambeaux muqueux et établissement d'une communication sinuso-nasale; traitement des lésions sinusales; drainage, tamponnement nasal, suture et pansement. Ce procédé très méthodique convient à tous les cas et donne une vision très nette de la région intéressée. Il laisse le minimum de traces, une simple ligne blanchâtre représentant l'incision cutanée, elle s'atténue d'ailleurs rapidement avec le temps.

Quelle méthode faut-il préférer?

Chaque fois qu'elle est possible, la méthode endo-nasale; mais si l'on se heurte à la moindre résistance pour l'introduction du stylet, ne pas insister et employer la méthode externe. Ici, comme pour la plupart des opérations faciales à multiples voies d'abord, il faut être éclectique et ne jamais sacrifier à l'esthétique la sécurité des opérés.

Discussion.

M. Tixier (de Nantes). Il ne faut proposer une opération portant sur le sinus frontal qu'après avoir épuisé toutes les ressources d'un traitement médical bien conduit. Quand il faudra intervenir, on devra le faire par voie endo-nasale et au besoin par étapes successives.

M. Kœnig (de Paris). Il ne faut pas méconnaître l'importance du terrain sympathicotonique sur lequel évoluent les céphalées et qui explique les récidives après interventions.

M. Guisez (de Paris). La simple résection d'une tête de cornet ou de la bulle ethmoïdale amène souvent la cessation des douleurs que l'on peut attribuer dans ces cas à l'obstruction du canal fronto-nasal ou à des troubles vaso-congestifs.

M. Halphen (de Paris). Toute céphalée frontale est loin de toujours conduire à une intervention. La plupart des algies peuvent guérir sans intervention. On les rencontre chez des femmes à système neuro-végétatif perturbé. Elles sont réveillées par le contact du stylet au niveau de la tête du cornet moyen ou de la queue du cornet ou de la paroi antérieure du sinus. Les malades sont soulagés par des badigeonnages au mélange de Bonain. Ils peuvent même être guéris si on les répète. Il est toujours temps en cas d'échec de réséquer la partie postérieure du cornet moyen.

M. Didsbury (de Paris). La migraine a un début dans l'enfance, elle est unilatérale et non fébrile.

M. Guns (de Louvain) reproche aux rapporteurs de trouver trop de contre-indications au procédé endo-nasal. Il recommande la technique de Van den Wildenberg.

M. Viela (de Toulouse), sans méconnaître la valeur des procédés endonasaux, désire attirer l'attention sur le procédé par voie externe transorbitaire, qui permet de traiter à la fois les lésions ethmoïdo-sphénoïdales et maxillo-sphénoïdales.

M. Citelli (de Catane) rappelle l'opération par voie externe qu'il a préconisée.

M. Tarneaud (de Paris) rapporte l'observation d'une céphalée fronto-orbitaire guérie par la section, sur les conseils du professeur Sicard, de l'artère temporale du côté de la douleur.

M. Lemaitre (de Paris) croit que la méthode de Halle (de Berlin) qui procède par dissection sous-muqueuse à la paroi externe des fosses nasales, est la méthode chirurgicale de l'avenir.

Les algies hétérolatérales des sinusites. M. Highuet (de Bruxelles). Au cours des sinusites les lésions hétérolatérales, douleurs croisées, sont peu connues : il s'agirait de douleurs, d'algie hétérolatérale, de spasmes de l'orbiculaire et de larmoiement du côté opposé à la lésion du sinus qui disparurent par ponction et lavage du sinus malade.

Sir Dundas Grant (de Londres). Il existe parfois des raisons anatomiques qui expliquent les douleurs du côté opposé (grande cellule ethmoïdale postérieure qui passe parfois de l'autre côté).

M. Bertein (de Lyon). Le larmoiement s'explique par les relations entre le trijumeau irrité et le nerf de la sécrétion des larmes.

M. le professeur Jacques considère que l'on a affaire à des troubles vaso-moteurs d'origine sympathique.

M. Barraud (de Lausanne). Dans les cas de sinusite même unilatérale, il existe du gonflement des deux cavités nasales et le larmoiement est fonction de ce gonflement.

M. Guisez (de Paris). L'ethmoïde est toujours malade au cas de sinusite frontale et la douleur hétérolatérale s'explique par une cellulite ethmoïdale bilatérale.

Traitement de certaines céphalées par l'effluvation de haute fréquence. — M. Caboche (de Paris) indique, après avoir cité les recherches initiales de Leroux-Robert, les beaux résultats obtenus par l'effluvation de haute fréquence dans les céphalées liées aux sinusites aiguës : cessation de la douleur souvent dès les premières séances et guérison pour ainsi dire constante, après une débâcle purulente. Dans les céphalées des sinusites chroniques, l'action sédative existe mais ne dure pas, en raison des lésions qui commandent l'intervention. La méthode prend plus d'importance quand elle s'adresse aux algies cranio-faciales d'origine faciale sans sinusite, à irradiations lointaines (nuque, vertex, région orbitaire, auriculaire), s'accompagnant d'insomnies, de poussées vertigineuses, de causalgie faciale, de perte de mémoire. La haute fréquence a donné à l'auteur des succès remarquables.

La notion des douleurs rapportées dans le diagnostic des céphalées. — M. le professeur Terracol (de Montpellier). Dans certains cas de céphalées, la lésion causale est difficile à diagnostiquer en partant du nerf sensible. L'auteur expose diverses théories qui permettent d'expliquer ces faits paradoxaux.

M. Aubriot (de Nancy) se demande si, dans ces cas, le sympathique ne jouerait pas le rôle d'agent de liaison entre les nerfs craniens ou craniens et rachidiens. Il cite le cas d'un évidé pétro-mastoïdien chez qui l'attouchement d'un point précis au cours des pansements provoquait dans la sphère du cubital des douleurs violentes avec éruption ortiée sur le cou et le thorax.

M. Causse (de Paris) a observé l'existence d'une polynévrite englobant les VIIIe, VIIe et VIe. Dans ce cas, on doit penser à une lésion de la pointe du rocher.

M. le professeur Jacques (de Nancy). Si les relations mutuelles et topographiques des nerfs craniens expliquent cer-

tains faits, je suis assez tenté d'incriminer les filets sympathiques périvasculaires. Il paraît difficile d'admettre l'ingérence de troubles circulatoires au voisinage du ganglion de Gasser en l'absence de toute réaction du côté du nerf de la VIe paire.

M. Caboche rappelle un cas d'otite moyenne aiguë avec douleurs oculaires qui guérit sans complications. Il ne faut pas généraliser l'indication de gravité. La valeur clinique d'un symptôme dépend des autres signes qui l'accompagnent.

M. Gault (de Dijon) rappelle par analogie la théorie centrothérapeutique de Bonnier.

(A suivre.)

P. TRUFFERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1929)

La radiothérapie de l'aérophagie. — M. Jean Saidman.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1929 [*fin*])

L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon. — M. F. Trémolières. Au cours d'un examen clinique ou d'une radioscopie, l'on constate parfois l'interposition du côlon au foie et au diaphragme.

Nul trouble fonctionnel, nul symptôme général n'appartient en propre à cette ectopie colique. Elle n'est révélée, à l'examen clinique, que par une zone sonore pré-hépatique, à la radioscopie que par une plage claire repoussant ou recouvrant l'ombre du foie. Un lavement baryté précise l'origine colique de cette sonorité ou de cette clarté.

Le segment interposé est le plus souvent l'angle sous-hépatique, seul ou accompagné du côlon ascendant. Ce peut être aussi le cæcum ou l'anse sigmoïde.

L'interposition hépato-phrénique du côlon évoque rarement un problème diagnostique. Sa pathogénie est très discutée. M. F. Trémolières en a repris l'étude à l'aide de deux observations nouvelles complétées par une intervention chirurgicale. Il attribue l'ectopie du côlon à deux facteurs principaux constants nettement accusés, une distension colique, totale ou partielle, et des adhérences consécutives à un ulcus gastrique ou à une appendicite chronique, reliant le foie à la masse gastro-intestinale. Un troisième facteur, contingent et d'importance minime, une modification de la pression thoracique due à une pleurite adhésive, par exemple, peut concourir à sa production.

Conséquence rare des périviscérites abdominales adhésives, l'interposition colique, si elle ne provoque pas par elle-même des troubles graves, participe aux accidents d'occlusion auxquels celles-ci peuvent donner lieu. Elle bénéficie de l'intervention chirurgicale justifiée par l'affection gastrique ou appendiculaire dont elle est la conséquence indirecte.

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1929)

Assurances sociales. — La séance a été occupée presque entièrement par deux communications sur les assurances sociales.

Les bienfaits des assurances sociales pour la santé publique. — M. Paul Strauss se basant sur des statistiques allemandes fait ressortir que la diminution du taux de la mortalité par tuberculose, en Allemagne, a été de 1890 à 1925 de 36,4 p. 100, alors qu'elle n'a été en France, pour la même période, que de 5,67 p. 100.

Avant le vote de la première loi allemande sur les assurances sociales, la mortalité générale était en Allemagne de 26 p. 1,000 habitants, alors qu'en France, elle était seulement de 22,9 p. 1.000.

En 1927, la mortalité générale s'est abaissée en Allemagne à 12 p. 1.000 habitants, tandis qu'en France, elle est encore, malgré les progrès réalisés, de 16,5 p. 1.000 habitants.

M. Paul Strauss considère que de « tels résultats marquent avec une force irrésistible l'efficacité des assurances sociales pour la lutte contre les fléaux sociaux et pour la sauvegarde de la santé publique. »

Les dangers des assurances sociales contre la maladie. — M. Weiss. Si des statistiques ont permis à M. Strauss de parler de *bienfaits*, d'autres statistiques, des constatations aussi faites, *de visu*, permettent à l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg de prononcer le mot de *méfaits*.

Répondant d'abord aux statistiques de M. Strauss, M. Weiss fait remarquer que la diminution de la mortalité générale en Allemagne est due aux progrès de l'hygiène, et il indique que la mortalité générale est plus faible encore aux Etats-Unis qui ne connaissent pas les assurances sociales, qu'en Allemagne sous les assurances sociales. Il apporte une statistique concernant l'hygiène de l'enfance, et nous voyons qu'avec le fonctionnement des caisses la mortalité infantile de zéro à un an est en Allemagne 9,7 p. 100, alors qu'en France, sans les assurances sociales elle est de 8,3 p. 100. D'autres statistiques citées par M. Weiss sont aussi instructives.

Passons aux méfaits :

On peut résumer ainsi l'expérience des assurances sociales faite en Alsace : *absence de soins donnés aux malades, démoralisation des médecins, dépravation des malades*.

Parmi les exemples de défauts dans les soins, que cite M. Weiss, il faut signaler une remarque faite par les chirurgiens de Strasbourg et en particulier par M. Leriche. Ils ont été frappés par le nombre de cancers inopérables qui se présentent à l'hôpital, retardés sans nul doute par la bureaucratie médicale des caisses. Pour d'autres affections chirurgicales, même constatation, les caisses exigent de leurs médecins des soins trop rapides pour qu'ils soient sérieux.

Se basant sur d'autres exemples encore, M. Weiss affirme que les malades ne sont ni examinés ni soignés.

Démoralisation du corps médical, ajoute avec une véritable émotion M. Weiss, et il montre la hâte avec laquelle trop d'étudiants bâclent leurs études, la négligence qu'ils apportent dans leurs études fondamentales pour se préparer de préférence à la médecine administrative. Cette baisse du niveau n'échappe pas au public.

Un vieil ouvrier alsacien disait récemment à M. Weiss : « Autrefois le médecin était un homme considéré et respecté que tout le monde saluait; aujourd'hui c'est un manuel comme nous. »

Dépravation des malades enfin qui prennent l'habitude de la paresse et se font simulateurs.

Un contrôle exercé en Alsace, sur 8.000 malades, a révélé 5.840 carottiers, soit 63,80 p. 100 de carottiers !...

On comprend qu'une semblable organisation coûte cher et soit inopérante.

Cela, tout le monde le sait sauf le ministre du Travail.

Accompagné de hauts fonctionnaires de son administration il s'est rendu, il y a trois semaines, à Strasbourg, pour étudier en détail l'organisation des caisses. C'était un dimanche, les caisses étant fermées, comment M. Loucheur a-t-il pu en saisir le fonctionnement?

En terminant son intervention qui a fait une profonde impression, M. Weiss s'adresse à MM. Pinard et Strauss et leur dit : « Je regrette de ne pouvoir vous suivre, mais je ne serais

pas digne de votre estime si je ne disais pas ce que je sais. »

M. BALTHAZARD, au nom de la Confédération générale vient déclarer avec force que le Corps médical n'est nullement l'adversaire du principe des assurances sociales, mais les médecins français, largement renseignés, tiennent à ce que les erreurs commises ailleurs ne soient pas étendues à tout le territoire français, ils veulent que les abus, qui démoralisent le malade et le médecin, soient rendus impossibles.

M. SERGENT ajoute quelques mots sur la répercussion qui se fera sentir dans les services hospitaliers.

Enfin, sur une intervention de M. HAYEM, la suite de la discussion est remise à quinzaine.

Rapport général sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France et dans les colonies en 1928-29. — M. CAMUS.

Les résultats de la malariathérapie chez les paralytiques généraux à la Clinique neurologique de la Salpêtrière. — MM. Georges GUILLAIN et Noël PÉRON apportent les résultats de la malariathérapie obtenus chez les paralytiques généraux pouvant être soignés dans un service neurologique en cure libre. Il s'agit, soit de cas de paralysie générale diagnostiqués précocement par les examens cliniques et les réactions biologiques, soit de cas de paralysie générale plus ancienne avec affaiblissement intellectuel, une légère excitation, une certaine euphorie, un état dépressif, mais tous sans réactions dangereuses ni idées de suicide actives.

Leur statistique porte sur 57 paralytiques généraux impaludés :

1° Le traitement a paru sans action dans 28,07 p. 100 des cas.

2° Le traitement a amené une amélioration nette de l'état physique et mental dans 24,56 p. 100 des cas. Cette amélioration comporte tous les degrés depuis une rémission simple jusqu'à une guérison apparente.

3° Le traitement a amélioré l'état physique mais n'a pas amélioré l'état mental; ce dernier est resté déficitaire et tel qu'il était avant le traitement, mais par contre ne semble pas avoir évolué ultérieurement d'une façon péjorative. Cette éventualité a été observée dans environ 35 p. 100 des cas.

4° Quatre décès se sont produits au cours de la malariathérapie, soit une mortalité de 7,01 p. 100.

MM. Guillain et Péron ont noté que dans les cas où ils ont observé une amélioration incontestable des troubles mentaux les signes physiques de la paralysie générale ont été relativement peu modifiés; le signe d'Argyll-Robertson subsiste, la dysarthrie persiste souvent. Ils insistent sur les modifications régressives du syndrome humoral du liquide céphalo-rachidien et spécialement sur les courbes de la réaction du benjoin colloïdal. En règle générale, la courbe de précipitation du benjoin colloïdal du type paralytique est lente à revenir à la normale, elle reste longtemps subpositive et élargie.

L'expérience montre que la malariathérapie peut être appliquée en cure libre, en dehors des services des aliénés internés quand on envisage certaines formes cliniques de la paralysie générale qui, d'ailleurs, sont fréquentes. Il paraît inutile d'insister sur le très grand intérêt qu'il y a pour les malades eux-mêmes et pour leur famille d'éviter un internement.

L'azotémie limite et son pronostic au point de vue de l'urémie chronique. — M. CASTAIGNE. Depuis que les médecins ont, très justement, pris l'habitude de baser le pronostic de l'urémie en grande partie sur la dose d'urée contenue dans le sang de leurs malades, ils se sont rendus compte que l'interprétation clinique de l'azotémie constatée n'était pas toujours aussi simple qu'on l'avait supposé d'abord.

Les cas les plus difficiles sont ceux que M. Castaigne a appelé l'azotémie limite (0g40 à 1 gramme).

La fréquence de ces faits d'azotémie limite est indiquée par les statistiques. Celle de M. Castaigne comprend actuellement plus de 600 malades soupçonnés d'urémie chronique parmi lesquels 73,5 p. 100 présentaient de l'azotémie limite.

Sur ces malades, 43 p. 100 sont revenus à une azotémie normale, 21 p. 100 restent au stade de l'azotémie limite, 20 p. 100 évoluent vers l'hyperazotémie, 16 p. 100 sont morts rapidement sans être devenus hyperazotémiques.

Le pronostic d'un cas d'azotémie limite est donc très difficile à déduire de la seule constatation de la dose d'urée sanguine mais cette appréciation est utilement guidée par l'aspect clinique des malades et quelques épreuves supplémentaires de laboratoire.

Aspect clinique. — Deux types principaux : l'un floride (néphrite chronique des pléthoriques, l'autre misérable (néphrite chronique avec anémie et fonte musculaire) ; pour les premiers, pronostic bénin s'ils se soignent; pour les seconds, pronostic réservé.

Epreuves complémentaires. — Mise au régime sans azote et sans chlorures pendant dix jours. Si azotémie normale, pronostic bon.

Si azotémie stationnaire, pronostic réservé.

Si ni rétention chlorée ni baisse de la réserve alcaline, pronostic meilleur.

Si rétention chlorée sèche, mais réserve alcaline normale, il s'agit de malades graves, mais une survie encore longue peut être envisagée.

Si acidose permanente et non réductible par le traitement, pronostic fatal à bref délai, bien que le dosage de l'urée sanguine fait à plusieurs reprises ait montré qu'il s'agissait d'un cas d'azotémie limite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1929)

Fistules duodénales. — M. MÉTIVET rapporte une observation de M. Niel (de Cherbourg) qui montre qu'une fistule duodénale peut se fermer seule. Cette fistule, consécutive à une perforation d'ulcère gastro-duodénal traité par gastro-entérostomie, tamponnement et drainage s'est fermée spontanément en quelques jours.

Fistulisation de l'anse sigmoïde à la fesse. Guérison après cure radicale par voie abdominale. — M. OKINCZYC rapporte cette observation de M. Vanlande : abcès de la fesse droite fistulisé avec douleurs sciatiques. Première intervention ouverture : on constate le passage de gaz par la fistule, et les examens rectoscopique et radiologique montrent que la fistule est d'origine sigmoïdienne. Nouvelle intervention : anus cæcal, puis anus iliaque en mettant la fistule dans le segment mis à la peau. Pose de l'entérotome de Dupuytren. Guérison.

Double perforation aiguë d'ulcère pyloro-duodénal. — M. DUVAL rapporte cette observation rare de M. Coureaud (marine) : les deux perforations sont toutes deux suturées et enfouies sous épiplooplastie, gastro-entérostomie complémentaire. Les perforations répondaient à deux ulcères distincts. Au point de vue symptomatologique le malade a présenté deux fois des crises douloureuses en coup de poignard à quelques heures d'intervalle. Guérison.

Fracture spontanée d'une apophyse transverse après cholécystectomie. — M. le professeur DUVAL rapporte cette observation de M. Leclerc (de Dijon). Un an après cholécystectomie difficile pour lithiase biliaire, suivie d'une fistule biliaire persistante, la malade dans un effort léger, mais nécessitant une contraction musculaire violente, se fit une fracture d'une apophyse transverse lombaire.

L'absence de décalcification locale ou générale fait penser à M. Duval que la fracture ne peut pas être attribué affirmativement à la déperdition prolongée des sels biliaires.

Inondation péritonéale par rupture d'un corps jaune menstruel. — M. GERNEZ fait un rapport sur cette observa-

tion assez rare de M. Murard (de Creusot) : ovariotomie sans salpingectomie. Guérison.

Trois observations d'occlusion par calculs biliaires. — Ces observations de M. Morice (de Caen) sont rapportées par M. Auvray : chez la première malade opérée au quatrième jour, on enleva deux calculs par entérectomie. La malade mourut au seizième jour par rupture de la fistule cholécysto-intestinale. La deuxième malade guérit de son occlusion mais mourut le trente-cinquième jour de pancréatite hémorragique. La troisième malade, opérée à l'anesthésie locale, guérit.

207 cas d'ulcères perforés gastriques et duodénaux. — M. Youden, chef du service des urgences à Moscou, a rassemblé ces cas opérés par son service en quatre ans. Sur 123 cas a complété 117 fois l'opération par gastro-entérostomie; mortalité de 24,4 p. 100, mais mortalité absolument proportionnelle à l'heure de l'intervention. Dans les résultats éloignés, il existait 20 p. 100 de troubles post-opératoires. Actuellement, lorsque l'état général est bon il fait une résection gastrique sous anesthésie splanchnique avec de bons résultats, réservant la gastro-jéjunostomie aux cas plus difficiles et plus tardifs. Il a fait dernièrement 8 gastrectomies totales et c'est à l'anesthésie splanchnique qu'il attribue surtout ses succès.

Hématémèses d'origine splénique avec thrombose de la veine splénique. Splénectomie. Guérison. — M. Pierre Duval a pensé chez cette malade qui présentait une rate volumineuse à une maladie de Banti. A la splénectomie on constate la thrombose des veines rénales. Après splénectomie, diminution des plaquettes.

M. Pierre Duval ne veut donner qu'un titre clinique à la nature de l'affection causale.

LIVRES NOUVEAUX

Le cancer (1), par G. Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut du cancer. Deuxième édition entièrement refondue, avec la collaboration de MM. Roger-Leroux et M. Wolf.

Le domaine du cancer s'étend chaque jour davantage, et son étude dépasse aujourd'hui le cadre des sciences purement morphologiques pour confiner de plus en plus au domaine de la biologie et de la pathologie générales. Le nombre des travaux publiés depuis plusieurs années sur le cancer est, il s'en suit, considérable.

Reprenant entièrement la première édition de cet ouvrage qui fut rapidement épuisée, le professeur Roussy et ses collaborateurs et élèves, MM. Roger-Leroux et Maurice Wolf font paraître une étude d'ensemble de la question du cancer.

Les auteurs ont fait, bien entendu, une part très importante aux travaux les plus récents, à ceux notamment qui, par l'étroite union de la physie, de la chimie, de la morphologie et de l'expérimentation, ont contribué à jeter les bases de cette nouvelle science qu'est la « Cancérologie ».

Il suffira de jeter un coup d'œil sur la bibliographie qui termine l'ouvrage et qui ne comprend pas moins de 2.000 numéros pour se rendre compte de la documentation considérable qui est à la base de ce nouveau travail.

(1) Un volume grand in-8 de 846 p. avec 284 fig. et 19 planches hors texte dont 4 en couleurs, relié demi-toile. — Fasci V, t. II du *Nouveau traité de médecine*, Roger, Widal, Tessier. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT
est NEUROTROPE
Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.
Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.
R. C., 88.031, Seine.
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE. BROMHYDRATE, SALICYLATE. GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 125, r. de Turenne — PARIS —
R. C., 167.148, Seine.

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étts MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule).— *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule). AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). *Injecter une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.* INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.* Durée du traitement: 10 à 15 jours.
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01). AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg. 0,015). *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.923

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN. PARIS 16e

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

Parmi les nombreuses figures et planches qui illustrent ce livre, une série représente quelques-uns des types de malades que l'on observe couramment dans les centres anticancéreux.

Divisions de l'ouvrage : Le cancer dans l'histoire de la médecine. — L'étiologie et la pathologie du cancer. — L'anatomie pathologique. — La physiologie pathologique du cancer. — Le cancer des animaux et le cancer expérimental. — Les tumeurs des plantes. — La sémiologie générale du cancer. — Les traitements du cancer. — Le cancer au point de vue social.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

INFORMATIONS

(SUITE)

HOMMAGE A M. DELAGÉNIÈRE. — Un groupe d'amis, de collègues, d'anciens élèves et élèves du docteur Henry Delagénière, désireux de lui offrir un témoignage d'affection, de respect et de reconnaissance, ont confié au sculpteur F. de Hérain le soin de graver à son effigie une médaille.

Le Comité est composé de MM. Abadie, Marcel Baudouin, Beauchef, Bérard, Collin, Couder, Dartigues, J.-L. Faure, Forgue, Hartmann, Langevin, Mauclaire, Meyer, Témoin, Papin et Vaquez.

Les souscriptions sont reçues par le docteur Georges Baillière, éditeur, trésorier du Comité, 19, rue Hautefeuille.

Envoyer les souscriptions, soit en chèque bancaire barré, soit en billets de banque, soit en chèque postal (compte J.-B. Baillière et fils à Paris, Paris 202).

Les souscripteurs ayant versé une somme de 100 fr. recevront au cours d'une cérémonie à laquelle ils seront conviés une réplique en bronze de la médaille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hugenschmidt (de Paris). Notre confrère, que des liens étroits unissaient à la famille impériale, avait été jadis assistant du docteur Evans, dentiste de l'impératrice Eugénie. Les relations constantes que M. Hugenschmidt conserva avec l'ancienne souveraine lui permirent à différentes reprises, pendant la guerre notamment, de faire parvenir au gouvernement français de précieux avis. A d'autres titres, et en particulier pour la défense contre les gaz asphyxiants, il rendit encore de grands services au pays.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Maurice Dussaussay, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Domingo Cabreo, aliéniste à Buenos-Aires; Salvador Fribourg, médecin colonel en retraite à Paris; J. Martin (d'Angers); R. Bobo, docteur en médecine des facultés de Paris et de Londres, ancien chef du pouvoir exécutif de la République d'Haïti, décédé à Paris; P. Flechsig, ancien professeur de la chaire de neurologie et de psychiatrie à Leipzig.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE. — L'Institut organise, chaque année, des conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et services, les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie, ou l'étude des problèmes qui sont à la base des recherches.

Les conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Magnan (hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au secrétariat de l'Institut (hôpital Henri-Rousselle), le matin, de 10 à 12 h.

Décembre. — Vendredi 13 : docteur Dupouy. La question de l'opium.

Mardi 17 : docteur Roubinovitch. Etat médico-psychologique des jeunes délinquants.

Vendredi 20 : docteur G. Petit. Sur quelques types cliniques de psychopathies infectieuses par virus neurotrope.

AVIS URGENT. — Nous apprenons avec plaisir que la Société médicale du littoral méditerranéen a avisé M. le directeur de l'Assistance publique, qu'elle mettait à la disposition de l'internat des hôpitaux de Paris, une place gratuite dans son voyage international de Noël (voyage bleu).

Cette place sera attribuée à l'un des internes de la promotion précédente qui en feront la demande, et selon le rang obtenu dans le concours. Par suite, les internes que cette offre intéresse, devront se faire connaître à l'avance, par lettre adressée à M. le directeur de l'Assistance publique.

Le bénéficiaire devra ensuite se mettre en rapport avec le président de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice, pour obtenir un permis de parcours à demi-tarif, à l'aller et au retour, et se conformer, pour le surplus, aux instructions du programme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 9 décembre. — Jury : MM. Loeper, président; Abrami, Clerc et Harvier. — M. BERTEAUX. Le diagnostic des leucémies aiguës. — M. GUILLERMON. Traitement des œdèmes des cardiaques et des cardio-rénaux. — M. EMOND. Etude clinique de la rate. — M. PRIET. Chimiothérapie de la méningococcémie.

Jury : MM. Legueu, président; Ombrédanne, d'Allaines et Fey. — M. DIAZ. Formes urinaires de l'appendicite. — M. TOULEMONDE. Les réactions sérologiques dans le pronostic des tuberculoses urinaires. — M. SAKSON. Etude du traitement de l'épithélioma de la cloison nasale.

Mardi 10 décembre. — Jury : MM. Ménétrier, président; Duval, Lejars et Olivier. — M. VILLARD. Etude des sarcomes primitifs de la synoviale du genou. — M. PINCOUYOUL. Un chirurgien lyonnais (Gensoul, 1797-1858). — M. CHAPERON. L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.

Jeudi 12 décembre. — Jury : MM. Achard, président ; Guillain, Chevallier et Sézary. — M. ARNON. Les critériums de guérison de la syphilis. — M. PÉCASTAING. De la topographie radiculaire du vitiligo. — M. COUTURAT. L'anesthésie au cours du tétanos.

Jury : MM. Nobécourt, président; Tanon, Gastinel et Joannon. — M. SAMBOA. Etude du pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire. — M. COURBIL. Essai de répartition géographique des helminthiases. — M. GROS. Les substances irradiées au point de vue de la santé publique. — M. ROSSI. Etude du rôle du streptocoque dans la scarlatine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL permet l'exploration radiologique de :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS & TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS & FISTULES, etc.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr. LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

Par sa richesse en IODE le LIPIODOL combat :

ASTHME & EMPHYSÈME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS, etc.

Lipiodol injectable

54 centigr. d'Iode par centim. cube.
Flacons de 5 et 20 cc.
Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc.

Capsules de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par capsule.
Flacons de 25 et 50 capsules.

Emulsion de Lipiodol

20 centigr. d'Iode par cuillerée à café.
Flacons de 125 et 250 cc.

Tous renseignements ou références bibliographiques sur demande.

André GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence. PARIS XIe (R. C. Seine 225-781 B)

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la
BLENNORRAGIE
Par l'**ARGYCUPROL**

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %) attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 5 décembre. — Questions données : « Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. — Signes et formes cliniques des invaginations intestinales. »
MM. Landrieux, 24 ; Kreis, 21 ; Demaldent, 23 ; Demirleau, 26 ; Beauchesne et Boulay, 22 ; Quilly, 28 ; Martin (Jean), 26 ; Ortega, 27.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Boudin, Joly (Pr.), Couderc, Mlle Valentin, MM. Bernard, Pergola, Rousseau, Boudreaux, Patey, Guilly,

11. Aboulker (P.), Sallet, Lardennois, Bourgeois, Mialaret, André, Fiehrer, Joly (H.), Haouert, Marx,

21. Herbert, de Langre, Cachin (M.), Bosquet, Lellouch, Salles, Mme Laquerrière, MM. Salomon, Messimy, Beauchesne,

31. Cuvillier, Bruneton, Bousser, Gabriel, Friedmann, Sterne, Chômet, Lemoine, Villechaize, Hécart,

41. Coste, Baussan, Postel, Rouher, Conte, Naulleau, Bridot, Tavennec, Béchet, Mlle Barnaud,

51. MM. Calvet, Catalette, Olivier (Henry), Brandy, Hurez, Coen (Albert), Joseph, Barrier, Regaud, Lemaitre,

61. Beaufils, Gallot, Deparis, Mariau, Gorecki, Klotz, Leroux-Robert, Mlle Delahaye, MM. Bréhier, Bons,

71. Jarrousse, Fabre, Roy, Bargeton, Ménétrel, Facquet, Thorel, Boidot, Demirleau, Maboudeau,

81. Lejeune, Lance, Mlle Le Diouron, M. Périer.

Externes en premier. — 1. MM. Roulin, Lecadre, Mlle Jammet, MM. Reboul, Delamarre, Nicolas, Olivier, Courtial, Pescarolo, Mlle Delon,

11. Lepart, Fort, Prost, Robert, Lieffring, Paul, Delinotte, Mlle Hallard, MM. Cacuira, Landrieu,

21. de Parienté, Vaidie, Terrasse, Malgras, Belètre, Carlotti, Arnal, Auzépy, Lehmann, Limoges,

21. Raymond, Mlles Sainton, Baguette, Lassery, M. Sidi, Mlle L'Hoir, MM. Ortega, Nomblot, Mlle Ducosté, MM. Durel,

41. Kreyts, Rousset, Carteret, de Soria, Viala, Dubois, Chevallier, Fresnay, Perachon, Huret,

51. Brunet, Chigot, Levaditi, Perreau, de Font-Réaulx, Bloch (Léon), Cohen (Asdriel), Gaudin, Demaldent, Lemelletier,

61. Cain, Labesse, Meillaud, de Palma, Albeaux, Pouey, Guillemin, Minet, Martin, Durieux,

71. Moline, Sanz, Mlle Fagnière, MM. Vautrin, Jomain, Royer de Véricourt, Mlle Jacob, MM. Levannier, Bouley, Schwartz,

81. Lachter-Pachter, Brunel, Fourestier, Bridgman.

— Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Lesné, Crouzon, Marchal, Jacob, Léon-Kindberg.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Ombrédanne, Brocq, de Gaudart d'Allaines, Prélat, Lévy-Solal.

— Concours de l'internat de Brévannes. — Le jury est provisoirement composé de MM. Jacob, qui accepte ; Haguenau, Bopp, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Aubin.

— Prix Civiale. — Le jury est définitivement composé de MM. René Marie, Fournier, Cunéo, Carnot et Gosset.

— Prix Fillioux. — *Jugement des mémoires.* — Séance du 5 décembre. — MM. Moatti, 30 ; Marc, 29.
Epreuve clinique. — MM. Moatti et Marc, 19.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

MÉDAILLE OFFERTE AU DOCTEUR LOUIS FUNCK-BRENTANO. — Les élèves et les amis du docteur Louis Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux, à l'occasion de son départ de l'hôpital Beaujon, ont l'intention de lui offrir une médaille souvenir dont l'exécution a été confiée à M. Charles Pillet, grand prix de Rome, médaille d'honneur du Salon des artistes français.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions à MM. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe). Chèque postal 237-73.

La souscription sera close le 15 janvier 1930.

(Voir la suite des « Informations », *p. 1787.)*

CHRONIQUE

LA COMMÉMORATION DU SÉJOUR DE PASTEUR A BORDIGHERA (1886-1887)

Le 3 janvier 1930 aura lieu à Bordighera une manifestation franco-italienne commémorant le séjour de Pasteur sur la Riviera.

Rappeler dans quelles circonstances l'illustre savant fut amené à faire ce séjour, c'est en même temps évoquer le souvenir de l'époque où Pasteur eut tant à lutter pour faire partager par l'Académie sa conviction de l'efficacité du traitement antirabique.

A la fin de novembre 1886, Pasteur surmené, ayant des intermittences du pouls, souffrant du cœur, cède aux instances de Grancher et de Villemin et accepte l'invitation que lui avait faite M. Raphaël Bischoffsheim d'aller se reposer dans sa villa de Bordighera, où la reine d'Italie, Sainte-Claire Deville, Léon Say et Gambetta avaient déjà reçu l'hospitalité.

Son départ, écrit M. René Vallery-Radot (1) fut triste. « Un groupe de dix-huit personnes, les disciples en tête, quelques amis, M. Bischoffsheim, des médecins étrangers, étaient venus saluer Pasteur qui s'en allait avec sa femme, sa fille, son gendre et ses deux petits enfants. » A Avignon on trouve le soleil, à Nice des médecins viennent en députation saluer Pasteur. » On aurait dit que les mots de l'Empereur du Brésil : « Longue vie à celui qui a tant fait pour prolonger celle des autres » fussent le souhait de tous.

« Le trajet de Vintimille à Bordighera se fit en voiture, sous le ciel d'un bleu profond, près d'une mer aussi bleue que ce ciel se détachent les oliviers aux troncs puissants, au feuillage léger. Ils s'étendent, couvrent des collines et sont comme les maîtres du pays. Çà et là se dressent de hauts palmiers. Les cactus épineux, les agaves aux feuilles épaisses bordent la route. La villa Bischoffsheim — avec son campanile ajouré, ses balustres de marbre blanc, son jardin plein d'orangers, sa profusion de boutons de roses et de camélias qui n'attendent que le mois de janvier pour fleurir — donna à Pasteur la notion de ce que peut être le repos dans ce climat si doux enveloppé d'une atmosphère si pure. »

Hélas le repos de Pasteur ne devait pas être de longue durée. Les soucis de la création des *Annales de l'Institut Pasteur* dont il charge Duclaux par une lettre du 27 décembre 1886, puis ceux de la grande offensive qui se déclancha contre le traitement antirabique à l'Académie de médecine le 4 janvier 1887, vinrent troubler le repos dont l'illustre savant avait tant besoin. Quel pouvait être l'état de son esprit lorsqu'il voyait Grancher et Brouardel puis Vulpian supporter seuls tout le poids de l'attaque ouverte par Peter et poursuivie par Dujardin-Beaumetz, Chauveau et Verneuil?

..... « Le bruit de ces discussions troublait Pasteur. Tout courrier lui donnait la fièvre. Chaque matin il voulait revenir à Paris pour répondre aux attaques.

..... « Je ne me croyais pas tant d'ennemis » disait-il un jour, avec tristesse. »

Après ces débats Pasteur a quelques jours de calme, il peut prendre un peu de vrai repos, fait quelques promenades, dans ce pays de rêve ou Garnier contruisit un jour sa propre villa. Pasteur rencontre des exilés, il voit passer « en robe de deuil l'Impératrice Eugénie ». Peu de temps après il reçoit la visite du prince Napoléon venu pour saluer son confrère de l'Institut.

Il était écrit que le repos de Pasteur après avoir été troublé par les attaques de ses adversaires le serait aussi par un bouleversement terrestre : le 23 février 1887, au petit jour, alors que se terminait le Carnaval un violent tremblement de terre secoue la Riviera. La villa Bischoffsheim est prête à s'écrouler. De Nice à San-Remo tous les habitants campent en plein air au milieu des ruines. Mme Pasteur ne veut pas exposer son mari au danger des nuits en plein air, elle l'emmène en voiture jusqu'à Vintimille et de là à Arbois.

Tel fut le séjour du grand Pasteur sur la Riviera italienne. C'est ce souvenir que la ville de Bordighera commémorera le 3 janvier 1930 en rendant un solennel hommage au grand bienfaiteur de l'humanité.

La *Société médicale du Littoral Méditerranéen*, à qui revient l'initiative de cette manifestation franco-italienne, recevra les pèlerins français et, sous la conduite de son très actif président, le docteur Maurice Faure, les emmènera le long de la route merveilleuse que suivit Pasteur de Vintimille à Bordighera (1).

Comment ne pas remercier nos confrères de Nice de nous ménager une fête de fraternité latine illuminée par de si grands souvenirs.

F. L. S.

(1) René VALLERY-RADOT. *La vie de Pasteur*, p. 586-592. — Paris, Ernest Flammarion.

(1) Voir le programme du voyage, *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 93, p. 1630 — Renseignements et inscription : Secrétariat de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, Nice.

NOTES DE PRATIQUE

EN PÉRIODE DE GRIPPES...

Il n'existe pas encore de traitement spécifique de la grippe, de là l'emploi de médications les plus variées, le plus souvent symptomatiques. L'expérience montre que la meilleure méthode de traitement de la grippe — comme de la plupart des infections aiguës — consiste à « parer » aux complications d'ordre pulmonaire et intestinal.

Le Cétémol, par sa composition judicieuse de produits volatils, introduit par la voie intestinale ou sous-cutanée, réalise au maximum l'antisepsie des voies digestives et de l'arbre pulmonaire; de plus, par son camphre, il soutient le cœur.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10. Impasse Milord. — PARIS-18e.

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparféinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16, Seine.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

SANÉDRINE

Ephédrine Lévogyre

AGIT PAR VOIE BUCCALE

EFFETS PERSISTANTS

TOUTES LES INDICATIONS DE L'ADRÉNALINE

TUBES DE 20 COMPRIMÉS à 0,025

ADULTES : 2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e

DRÉVILL

Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX quelle qu'en soit l'origine.



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

de toutes les Affections aiguës ou chroniques

des Voies Respiratoires

Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes

BRONCHOSEPTOL LAURIAT

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.

ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

Avaler sans sucer ni croquer.

Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

GLIOME CÉRÉBRAL A FOYERS MULTIPLES

(TYPE DE RAMOLLISSEMENT HÉMORRAGIQUE)

AVEC SYNDROME D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE A ÉVOLUTION TRÈS RAPIDE (1)

Par MM. Henri ROGER et ALBERT-CREMIEUX.
(de Marseille).

Quelques auteurs ont publié des cas d'HYPERTENSION INTRACRANIENNE LIÉS A UN RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

Globus et Strauss (*Arch. of neurol. and Psych.*, mai 1926, vol. 15, n° 5, p. 568), dans un mémoire consacré aux difficultés de diagnostic entre les lésions vasculaires et les tumeurs cérébrales, signalent des signes d'hypertension particulièrement accusés dans les lésions hémorragiques du cervelet ou de la protubérance, et même dans un cas de ramollissement sylvien.

Dans deux cas d'hémiplégie progressive, des crises jacksonniennes et des signes plus ou moins nets d'hypertension (hypertension au Claude, ou augmentation de la tension des vaisseaux rétiniens, ou hyperalbuminose) incitent Guillain et Thévenard (*Ann. de méd.*, janv. 1928, p. 67-74) à faire trépaner leurs malades : aucune tumeur n'est constatée. Une biopsie montre dans un cas une lésion d'origine vasculaire, diagnostic que l'évolution clinique permet également de porter pour le second.

Un malade, hypertendu artériel (22-12), fait un syndrome frontal (céphalée frontale gauche avec parésie faciale droite et troubles de l'activité); il présente de l'œdème papillaire. A l'intervention, Clovis Vincent (*Revue neurol.*, juin 1928, p. 817-818) trouve un foyer malacique au niveau de la première et deuxième frontales gauches: mort par hémorragie cérébrale dans le foyer malacique. Vincent considère avec Bailey, avec Abrami, l'hypertension artérielle comme susceptible à elle seule de faire de l'œdème papillaire.

Pauliau et Bistriceanu (*Bul. medico-therap.*, déc. 1928) observent un malade, âgé de quarante-deux ans, non hypertendu (12-9), dont les troubles psychiques (torpeur cérébrale, désorientation, amnésie, difficulté de l'attention) associés à une hémiparésie droite avec aphasie, font penser, malgré l'absence de stase papillaire et un liquide céphalo-rachidien normal, à une tumeur cérébrale : l'autopsie découvre un foyer hémorragique fronto-temporal gauche et un ramollissement dans une zone symétrique gauche.

Egaz Moniz, dans un article récent sur le syndrome de la pseudo-hypertension cranienne artério-scléreuse (*Encéphale*, avril 1929, p. 337-345) publie l'observation de deux malades atteints de troubles du caractère, de céphalées vives, de diminution de la vision avec, dans un cas, atrophie secondaire du nerf optique, et, dans l'autre, hémianopsie, de crises épileptiques (dans un cas). Celui de ces malades qui avait de l'atrophie optique avait un liquide céphalo-rachidien normal, non hypertendu, mais par contre sa tension artérielle était de 35-8. Le diagnostic d'hypertension intracranienne fut porté dans les deux cas. L'encéphalographie artérielle montra des artères cérébrales augmentées de volume, de calibre irrégulier, et coupées en un certain point que l'autopsie montra le siège de ramollissement.

Chez un malade, que de son vivant nous avions considéré comme atteint de tumeur cérébrale, les lésions de ramollissements hémorragiques multiples trouvées à l'autopsie nous font demander si l'hypertension intracranienne n'était pas, comme dans les cas précités, liée à des lésions cérébrales vasculaires. L'examen histologique confirme, par contre, notre premier diagnostic de tumeur.

Sal... A., trente-deux ans, employé au P.-L.-M., ne présente dans ses *antécédents* qu'une atteinte de paludisme à l'âge de dix-neuf ans; pas de syphilis; un enfant, pas de fausse couche chez la femme.

La *maladie actuelle* a débuté, un mois avant son entrée à la clinique neurologique, en pleine santé apparente, par de la faiblesse des membres inférieurs, avec hypoesthésie, que le malade recherchait en se pinçant la peau. Dix jours après, apparaissent : une céphalée frontale et occipitale, bilatérale, céphalée intense, plus marquée le soir, parfois nocturne empêchant le sommeil, puis bientôt des vomissements accompagnés de nausées, non influencés par les changements de position, survenant deux à trois fois par jour, — enfin tout récemment, depuis quatre ou cinq jours, une tendance marquée à la somnolence diurne.

Le malade n'accuse aucun autre symptôme.

A l'*entrée* à la clinique neurologique le 13 mars 1929 et dans les quelques jours qui suivent, nous constatons :

1. Une hémiparésie gauche sans contracture; avec Babinski, mais avec réflexes moins vifs que du côté droit, hémiparésie qui s'accompagne ensuite d'hémianesthésie, — une abolition des réflexes rotuliens.

2. Des troubles psychiques : au début amnésie, difficulté de l'attention, tendance à faire des jeux de mot, puis somnolence qui s'accentue très rapidement pour aboutir à un état presque comateux, sans délire ni agitation.

3. Du côté céphalique, une douleur assez vive à la pression du susorbitaire droit et à la percussion des régions frontale et temporale droites, moins vive à la région frontale gauche, — l'absence de paralysie des nerfs craniens.

4. Aux yeux, pupilles myotiques, la gauche plus que la droite, réagissant faiblement à la lumière, — une hémianopsie en quadrant inférieur gauche — une neurorétinite avec quelques hémorragies, contour flou de la papille et stase papillaire bilatérale, prédominant à gauche — à la période terminale du blépharospasme bilatéral et un léger strabisme externe OG avec mouvements lents des yeux vers la gauche.

5. Quelques petits signes de réaction méningée; raideur de la nuque et Kernig. Diverses ponctions lombaires montrent : de l'hypertension (80 au Claude à l'entrée à l'hôpital, quatre jours après 35, s'élevant à 50 par la compression des jugulaires et tombant à 20 après soustraction de 5 centimètres cubes — dix jours après, 50 avec retour à 30 après soustraction de 10 centimètres cubes), l'absence d'hyperalbuminose (0,25 à 0,30) et d'hypercytose (1 leucocyte par millimètre cube).

6. L'absence de signes sérologiques de syphilis : Bordet-Wassermann négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien à deux reprises. Azotémie 0,28. Pas de sucre ni d'albumine urinaire. Tension artérielle (Pachon-Gallavardin) 15-9,5.

Le malade devenant subcomateux, nous demandons au

(1) Communication à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est, 17 oct. 1929.

docteur Marcel Arnaud de pratiquer sous anesthésie locale une large *trépanation décompressive* et exploratrice dans la région temporopariétale droite (en raison de l'hémiparésie gauche et de la douleur temporale droite) : dure-mère ne battant pas sauf dans la région temporale, mais n'opposant aucune résistance à la palpation, ponctions cérébrales négatives.

Le malade succombe le soir de l'intervention avec une température à 39° et un pouls à 120.

A l'AUTOPSIE on distingue au premier abord : à la face externe des lobes temporal et occipital gauches une légère suffusion hémorragique sous pie-mérienne, — au lobe frontal gauche, près de la pointe et à cheval sur les faces interne et externe, une masse un peu indurée, faisant corps avec l'encéphale, de la dimension d'une pièce d'un franc, de coloration brun rougeâtre, qui ressemblerait à un foyer de ramollissement, si elle ne faisait légèrement saillie à la surface, — des artères non athéromateuses.

La coupe montre des ventricules non dilatés, sauf peut-être la corne occipitale droite, et trois foyers séparés ressemblant à des ramollissements hémorragiques récents; couleur rouge brun, aspect marbré, siège profond ou sous-cortical et n'effleurant la corticalité qu'en des zones restreintes, suivant la direction de petits sillons vasculaires méningés, auréole blanchâtre se distinguant à peine du tissu nerveux normal et ne présentant à la coupe aucune modification de consistance, sans ébauche de capsule.

1° Dans le lobe frontal gauche, correspondant à la plaque indurée et légèrement saillante visible extérieurement, un gros foyer, d'aspect truffé, occupant la substance blanche de la moitié supérieure du lobe frontal depuis la pointe jusqu'au voisinage de la corne ventriculaire, avec une expansion vers la périphérie au niveau du bord supérieur du lobe.

2° Dans l'hémisphère droit, un tout petit foyer occupant la partie supérieure et postérieure du noyau lenticulaire et paraissant centré par une minuscule artère thrombosée.

3° Un foyer plus volumineux rouge brunâtre, avec par places des zones plus rouges d'aspect marbré, de la dimension d'une grosse olive, situé dans la profondeur de la région moyenne et postérieure de l'hémisphère droit et dans le tronc cérébral droit, allant depuis la partie postérieure de la couche optique en avant jusqu'au lobe occipital d'une part et jusque dans le pédoncule cérébral et la partie supérieure de la protubérance d'autre part, ne dépassant pas la ligne médiane. Ce foyer est en grande partie contigu aux formations ventriculaires (ventricule latéral, corne occipitale et partie supérieure du quatrième ventricule), mais sans l'envahir ni le déformer.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, dû à l'extrême obligeance du docteur Rouslacroix, a porté sur les portions corticale et sous-corticale du foyer frontal gauche, sur la région moyenne du foyer du tronc cérébral gauche.

« Sur les coupes le tissu nerveux est profondément modifié et sa topographie normale apparaît seulement sur quelques points de l'écorce et quelques faisceaux centraux de fibres nerveuses. Encore est-il toujours très altéré, congestionné, les gaines périvasculaires dilatées, remplies de rayons de cellules rondes, les petites cellules névrogliques en prolifération, les méninges épaisses avec des vaisseaux gorgés de sang.

La plus grande partie des fragments examinés est constituée par un tissu néoplasique qui infiltre de toutes parts la masse encéphalique, sans limites nettes, et avec des zones de transition qui représentent soit des zones d'accroissement, soit au contraire des bandes de dégénérescence nécrobiotique ou de sclérose.

On peut distinguer dans ce tissu tumoral :

1. Un feutrage cellulaire polymorphe.
2. Des néoformations vasculaires.
3. Des zones de dégénérescence nécrobiotique et d'infarcissement hémorragique.

1° Les *cellules* plongées dans une substance interstitielle abondante, de constitution fibrillaire, sont essentiellement caractérisées par la présence de prolongements anastomotiques qui les unissent les uns aux autres, d'une façon plus ou moins étroite. — On distingue :

a. Des cellules fusiformes de dimensions variables à noyau ovalaire, ou très allongé, chromatine en grains assez denses, souvent nucléolé; ce nucléole apparaît d'ordinaire comme une petite tache claire ponctuée en son centre.

Ces cellules, dont les limites protoplasmiques sont très indécises, forment assez fréquemment des vaisseaux courts, les noyaux ébauchant une disposition palissadique; dans les zones d'accroissement, elles se disposent en une couche périphérique régulière de hautes cellules cylindroconiques, orientées en sens radiaire. Il en est de même autour de certains vaisseaux, où elles dessinent, en deçà de l'adventice épaissie, une couronne périthéliomateuse.

b. De petites cellules arrondies ou étoilées à prolongements anastomosés et mêlées à l'intrication des fibrilles d'une abondante substance interstitielle.

Ces deux variétés de cellules prédominent manifestement dans le néoplasme.

c. Cependant on peut distinguer en outre, au niveau du foyer profond de ramollissement frontal, de nombreuses cellules étoilées, très volumineuses, à gros noyau arrondi, avec prolongements anastomotiques particulièrement abondants et nettement visibles, qui s'identifient facilement aux astrocytes de la substance gliale.

d. A ce niveau également quelques formations plasmodiales multinucléées, ou quelques cellules irrégulières à noyau géant.

Toutes ces variétés de cellules présentent, comme nous l'avons indiqué, un cytoplasme mal limité, souvent indivis, légèrement acidophile, et traversé par de fines fibrilles. Elles sont plongées au sein d'une substance intestitielle, elle-même fibrillaire, disposée en faisceaux ou en réticulum, et dont les réactions tinctoriales se montrent variables ou ambiguës.

Dans les zones de prolifération active, l'hématose de Mallory la colore en bleu acier comme la névroglie; d'autres faisceaux plus anciens, tout en conservant la réaction gliale au Mallory, prennent également les colorants du collagène (vert lumière, bleu d'aniline); parfois on observe uniquement les réactions du collagène, précollagène, ou la teinte uniformément et faiblement rosée par l'éosine du collagène hyalin.

Il convient cependant de ne point confondre les affinités colorantes de ces fibrilles avec celles des fibres émanées des gaines périvasculaires, qui sont toujours formées par du collagène vrai d'origine conjonctive.

2° *Néoformations vasculaires.* — Le système vasculaire doit prendre une large place dans la descripion morphologique de ce néoplasme, car son développement est par endroit exubérant et parallèle à l'évolution de la tumeur, si bien qu'il est difficile de dire si ces néoformations ont la simple valeur d'un stroma ou obéissent à la même incitation hypergénétique que les autres cellules.

Initialement ce sont de simples nids de cellules réticulo-endothéliales, vaguement imbriquées en bulbe d'oignon, puis le capillaire se dessine, bientôt tunellisé, pénétré par le sang; en certains points les capillaires très dilatés donnent au tissu un aspect angiomateux. Les vaisseaux se développent par prolifération des cellules adventitielles, et cette adventice peut prendre un volume énorme, l'aspect de manchon fibroblastique riche en collagène, sur lequel G. Roussy a le premier retenu l'attention. Un fait remarquable c'est l'absence complète dans tous ces vaisseaux *de tunique, ou même*

de fibrilles éparses de tissu élastique. On peut dire que l'orcéine ne colore absolument rien dans cette tumeur.

Les seuls vaisseaux à tunique élastique sont ceux des méninges, vaisseaux perforants ou centraux.

3° Le *processus hémorragique* se dessine, soit sous l'aspect de petits foyers d'infiltration interstitielle ou périvasculaire, soit en larges zones d'apparence infarctoïde avec coagulum fibrino-cruorique.

Cet infarcissement sanguin se produit volontiers au sein de régions ramollies, dégénérées, de ramollissement *nécrobiotique banal d'origine ischémique.* La plupart des auteurs ont rattaché ces phénomènes hémorragiques dans les tumeurs cérébrales à la vasodilatation périlésionnelle, à la fluxion collatérale.

Nous devons signaler ici particulièrement une autre cause possible, la thrombose des vaisseaux de la tumeur. L'absence de tunique élastique ne permet pas de donner à ces vaisseaux souvent très volumineux une valeur certaine d'artères ou de veines, mais tous les foyers hémorragiques sont entourés par de nombreux vaisseaux *entièrement thrombosés*, leur lumière comblée par un caillot fibrino-cruorique ou plus souvent fibrinoleucocytaire.

La rétrostase et les ruptures vasculaires qui en résultent jouent certainement un rôle hémorragipare.

En résumé nous sommes en présence d'un gliome mou diffus, à cellules polymorphes, avec prédominance des éléments fuso-réticulés; variété télangiectasique ou angiomateuse. Les thromboses très étendues des vaisseaux tumoraux expliquent à la fois l'importance des foyers, de ramollissement nécrobiotique et leur tendance à l'infarcissement hémorragique. »

Un homme jeune présente un syndrome d'hypertension intracranienne : céphalée, vomissements, somnolence, stase papillaire, hypertension du liquide céphalo-rachidien sans réaction albuminocytologique, sans autres signes de localisation qu'une hémiparésie gauche, avec à la période terminale, hémianesthésie et hémianopsie en quadrant inférieur gauche. Nous portons le diagnostic de néoplasie de la région pariétale droite, s'infiltrant vers les radiations optiques. La mort survient au bout d'une quarantaine de jours d'évolution, dix jours à peine après l'entrée à l'hôpital, alors qu'une large trépanation exploratrice, pariétale droite, ne montre aucune lésion superficielle.

A l'*autopsie* nous sommes frappés par l'existence de trois foyers, deux assez volumineux (frontal gauche et tronc cérébral droit), un autre tout petit (lenticulaire gauche) donnant à la coupe l'aspect de ramollissements jeunes, du type ramollissement hémorragique.

Sans doute nous ne trouvons chez ce malade ni hypertension artérielle, ni athérome des vaisseaux de la base, ni syphilis; mais la multiplicité et l'aspect macroscopique tellement spécial des foyers nous font demander si nous ne serions pas en présence d'un de ces cas rares d'hypertension intracranienne liée à un ramollissement cérébral rappelés au début de cette communication.

L'*examen histologique* montre un gliome mou à foyers multiples, à forme télangiectasique ou angiomateuse, avec thromboses très étendues des vaisseaux tumoraux qui expliquent à la fois l'importance des foyers de ramollissement nécrobiotique et leur tendance à l'infarcissement hémorragique.

Dans un mémoire récent sur les TUMEURS CÉRÉBRALES MULTIPLES (*Ann. de méd.*, juin 1929, p. 1-29), nous avons insisté sur la fréquence relative des tumeurs multiples ayant leur point de départ dans les nerfs craniens ou les méninges, et la plus grande rareté des tumeurs multiples nettement encéphaliques, tout au moins en ce qui concerne les tumeurs cérébrales primitives. Notre cas, où il existe trois foyers gliomateux distincts, se range à côté de ceux de Kostewig et Winkler, Mingazzini, Costantini, Zanelli, Christiansen, Barré et Alfandary, Babonneix et Widiez, Daddi, déjà cités dans notre article et à celui plus récent de Egaz Moniz (*Soc. neurol.*, juin 1929).

Mais nous ne pouvons insister ici sur ces tumeurs cérébrales multiples, ni sur les caractères histologiques bien particuliers de notre gliome à forme nécrobiotique et hémorragique.

Nous désirons attirer simplement l'attention sur L'ÉVOLUTION SI RAPIDE DANS NOTRE CAS DU SYNDROME D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE, qui s'est installé en quelques jours, et qui a entraîné la mort au bout d'une quarantaine de jours de maladie : l'intervention, faite *in extremis*, n'a pu précipiter la terminaison que de quelques heures.

La question de la *durée* d'évolution des tumeurs cérébrales paraît avoir intéressé médiocrement les auteurs : elle est d'ailleurs difficile à fixer, les symptômes initiaux étant généralement peu bruyants (Tooth. *Brain*, nov. 1912, p. 61-109).

1° Grasset et Rauzier donnent une *moyenne* de un à trois ans, Thomas (*in* Traité de Sergent) de deux à quatre ans, Claude de un à deux ans. Sicard (*Soc. de neurol.*, 5 mars 1914) cite huit observations personnelles de sarcomes ou gliomes, avec contrôle opératoire ou anatomique, dont la survie fut dans un cas de dix-huit mois, dans trois de dix-huit mois à deux ans, dans deux de deux ans et dans deux autres de trois ans.

2° On connaît des tumeurs des nerfs craniens, en particulier des tumeurs de l'acoustique, à *évolution prolongée* pendant dix, quinze et même vingt ans.

3° Plus rares sont les *cas aigus*, dont la durée soit inférieure à un an. Verger, Parcelier et Lapervenche (*Soc. anat. clin. de Bordeaux*, 5 nov. 1923) parlent de marche rapide pour un gliome qui a entraîné la mort au bout de six mois. D'autres cas ne durent pourtant que quelques semaines : tel celui de Claude Schaeffer et Alajouanine (*Paris méd.*, 14 avril 1923), qui simule une encéphalite épidémique et se termine au bout de deux mois. C'est dans ce groupe de cas aigus que se range notre gliome, puisque la mort est survenue quarante jours après l'apparition de la céphalée.

4° Quelques cas ont une évolution presque *suraiguë*, foudroyante, apoplectique (Salvini, *Pensiero médico*, 10 août 1927) : courte phase d'excitation et de dépression, coma rapide et mort. Dans un cas de Bériel, la mort survint neuf jours après le début.

Nous croyons, avec Bériel qui a beaucoup insisté sur ce point à diverses reprises (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 avril 1928), que l'intensité de l'hypertension intracranienne (et par suite la durée du syndrome) est

facteur, non du volume de la tumeur, mais de sa nature. Les tumeurs fibreuses de la dure-mère ou des nerfs, les méningiomes, les neurofibromes, peuvent acquérir un volume considérable (Thèse Puig, Lyon 1927) sans modifier beaucoup la tension. Le gliome cérébral par contre, sans doute par suite de la réaction à distance qu'il provoque dans tout l'hémisphère, est facteur d'hypertension intense et parfois rapide.

Nous avons, dans notre article sur les tumeurs cérébrales multiples, signalé cette apparence paradoxale de tumeurs parfois nombreuses qui ne s'accompagnent pas néanmoins de céphalée, de vomissements, de stase papillaire, ou seulement à une phase tardive. C'est, croyons-nous, parce que la plupart de ces tumeurs multiples sont des méningiomes, des neurofibromes. Dans notre cas de gliomes multiples par contre, l'évolution a été rapide et sans doute d'autant plus aiguë que le processus était dans ce cas plus particulièrement congestif avec thromboses et infarctus hémorragiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1929)

Sur un cas de septicémie puerpérale à bacilles Perfringens. — MM. P. Baize et M. Mayer rapportent l'observation d'une femme de vingt-quatre ans qui, à la suite de manœuvres ayant entraîné l'avortement, présenta un ictère hémolytique aigu avec hémoglobinurie et laquage du sang, anurie, état général grave, et évolution mortelle en six jours. L'hémoculture révéla la présence dans le sang du bacillus Perfringens et l'autopsie montra l'infiltration gazeuse de tous les organes, en particulier du foie.

Un nouveau cas de septicémie à méningocoque à type pseudo palustre guéri par la chimiothérapie acridinique. — MM. Veillon, René Martin et Etienne Roux rapportent l'observation d'un malade atteint d'une septicémie à méningocoques B (forme pseudo palustre) qui évoluait depuis trois semaines et qui fut guéri très rapidement et définitivement par la chimiothérapie acridinique. Dès la deuxième injection intraveineuse de jaune d'acridine, la température tomba au-dessous de 37 degrés et s'y maintint par la suite.

Syndrome de Hanot et cirrhose biliaire. — MM. Noël Fiessinger, H.-R. Olivier et Guy Albot. Si le syndrome de Hanot possède une personnalité indiscutable, on ne peut en dire de même des lésions qu'il est classique de décrire comme caractéristiques de la cirrhose biliaire. Deux observations établissent la complexité du problème.

Dans les deux cas, les auteurs mettent en relief, malgré la lente évolution, des signes certains d'insuffisance hépatique sous forme d'élévation du coefficient ammoniacal corrigé et de l'indice de désamination, de glyco-lévulosurie et d'urobilinurie. Ces troubles fonctionnels associés aux renseignements histologiques prouvent qu'il existe bien de l'hépatite et que l'ictère semble dû à une trombose biliaire trabéculaire. L'infection en cause reste inconnue et toutes les constatations classiques demandent à être reprises avec des techniques modernes moins exposées aux erreurs.

Le tubage duodénal dans le traitement de l'urémie. — M. Charles Auguste (de Lille).

L'action du thorium X sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques. — MM. André Léri et J.-A. Lièvre rapportent l'observation d'une malade atteinte depuis dix ans d'un psoriasis intense et généralisé et, depuis six ans d'un rhumatisme chronique également généralisé, extrêmement douloureux, accompagné de poussées inflammatoires incessantes. Une sédation des douleurs, le décapage des plaques psoriasiques furent obtenus dès les premières injections de thorium X. Au bout de deux séries de huit injections, le psoriasis avait complètement disparu, l'infiltration dermique s'était résorbée, les douleurs articulaires étaient nulles, l'état général transformé; la malade, auparavant immobilisée de façon totale, avait repris ses occupations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1929)

Prurit vulvaire traité par résection des branches périnéales des nerfs honteux internes. — M. Mauclaire a observé un cas de prurit vulvaire après ovariotomie. La résection des branches périnéales des nerfs honteux donna un excellent résultat.

Section de la racine sensitive du trijumeau par la voie de Dandy. — M. Robineau fait un rapport sur une observation de MM. Petit-Dutaillis et Lœwy qui a utilisé le premier, en France, la voie de Dandy : voie postérieure occipitale, reclinaison du cervelet après ouverture de la grande interne, reconnaissance du nerf auditif, ligature d'une veine parfois très gênante, section de la racine sensitive. Les avantages de cette voie sont : l'absence d'hémorragie sérieuse, la possibilité plus grande d'éviter la kératite et de conserver la racine motrice. Mais le malade ne peut utiliser ses masticateurs, que s'il persiste une sensibilité bucco-dentaire ce que permet une section partielle de la racine sensitive. Malheureusement, les récidives après section partielle existent, mais sont très rares ainsi qu'il résulte des travaux de Fraser et des auteurs américains. M. Robineau discute les inconvénients de cette voie : la mortalité semble supérieure, les lésions de l'auditif existent; dans un cas, Dandy n'a pu poursuivre l'opération. M. Robineau conclut qu'il ne faut utiliser la voie occipitale que dans certains cas : dans les cas de troubles oculaires préexistants et dans les algies bilatérales.

Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. — M. Duval rapporte un important travail de M. Judden (de Moscou) : sur 207 cas opérés en quatre ans par le service d'urgence, M. Judden a obtenu de bons résultats. La mortalité croît proportionnellement au temps écoulé depuis la perforation. M. Judden emploie actuellement l'anesthésie des splanchniques et tend à remplacer la suture avec gastroentérostomie complémentaire par la gastrectomie. Ses résultats sont meilleurs dans la série des cas opérés par gastrectomie. M. Duval croit pouvoir conclure de cette statistique et de quelques autres que la gastrectomie est l'opération de choix dans les cas précoces, donnant peut-être de meilleurs résultats immédiats que la gastro-entérostomie et en tout cas, de meilleurs résultats éloignés.

Cystostomie. Hématurie grave consécutive. — M. Michon rapporte cette observation de M. Aumont (de Versailles) : la cystostomie pratiquée pour rétention d'urine fut suivie d'hématurie grave d'origine prostatique. L'ablation de la prostate pratiquée par M. Aumont mit fin à cette hématurie. C'est le vrai traitement de ces hémorragies d'origine prostatique.

M. Heitz-Boyer approuve la conclusion de M. Michon.

Résultats de l'étude du bactériophage. — M. SAUVÉ expose les résultats qu'il a obtenus avec M. Jacquemaire. Le bactériophage peut être rendu polyvalent ; il ne se développe qu'en présence des microbes vivants ; le bactériophage est très sensible aux antiseptiques ; il ne se développe qu'en milieu alcalin, son action est locale. La meilleure voie d'introduction est la voie directe. M. Sauvé a traité ainsi 79 cas, abcès locaux, panaris, anthrax, coli-bacilloses urinaires, phlegmon de la marge de l'anus, avec excellents résultats.

Présentation de radiographies. — M. LENORMANT présente les radiographies d'un homme qui ne peut faire de l'abduction du bras qu'après avoir repoussé ce bras en arrière. Il ne peut donner de nom à cette affection.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1929)

M. CUNÉO fait part du décès de M. Souligoux, ancien président de la Société de chirurgie.

Ulcères perforés de l'ulcère gastrique et duodénal. — M. MONDOR rappelle que dès 1908 Eliot rapportait dix-huit cas de perforations doubles ; plus de quarante cas de perforations doubles peuvent être rassemblés actuellement.

Voie transolécranienne pour le traitement des lésions traumatiques du coude. — M. ALGLAVE rapporte des observations de M. Aumont (de Versailles) et Yovtchitch (de Belgrade). M. Alglave recommande de placer les malades en position ventrale, de tracer une incision en H pour éviter de légers sphacèles possibles dans l'incision curviligne, de sectionner l'olécrâne à la scie de Gigli, de sectionner l'olécrâne 3 ou 4 millimètres au-dessus de sa base, de reconstituer l'olécrâne par le vissage dans les cas où l'os est solide, par le cerclage si l'os est atteint d'ostéite raréfiante.

M. CUNÉO juge qu'une incision verticale avec section médiane du triceps est plus simple et permet si on le désire de voir le nerf radial.

M. SCHWARTZ aborde volontiers l'humérus par voie transoccipitale.

M. DUJARIER juge que ces deux voies conservent leurs indications spéciales.

M. BROCQ considère que la voie transolécranienne est bonne en cas d'ankylose du coude.

Invagination jéjunale aiguë rétrograde chez l'adulte. — M. MOCQUOT fait un rapport sur cette observation de MM. Ibos et Legrand Desmons (de Saint-Quentin) : il s'agissait d'une invagination jéjuno-jéjunale rétrograde traitée par résection suivie de suture termino-terminale. La malade qui était dans un état désespéré mourut rapidement. Il est logique, de par ce mode d'occlusion, qu'il n'y ait pas d'hémorragie intestinale dans l'invagination rétrograde.

Gros kyste vrai du pancréas disparaissant par intermittences. — M. BROCQ rapporte cette observation de MM. Charbonnel et Augistroux (de Bordeaux) ; une ponction exploratrice d'une tumeur de l'hypocondre droit qui disparaissait par intermittences, retira un liquide clair. Le diagnostic définitif de la tumeur ne put être posé qu'à l'intervention. Celle-ci consista en une résection des deux tiers de la poche suivie de marsupialisation. La malade est en bonne voie de guérison. Il semble bien s'agir d'un kyste vrai du pancréas d'après les connexions anatomiques et l'examen histologique. La disparition brusque intermittente s'explique peut-être par la communication avec un canal pancréatique.

M. BRÉCHOT a observé un cas analogue ; il s'agissait probablement d'un faux kyste du pancréas.

M. GOSSET cite un kyste pancréatique analogue, à disparitions intermittentes, qui fut opéré par Tillaux.

M. DUVAL pense que certaines tumeurs persistantes deviennent parfois très difficiles à découvrir cliniquement.

M. OMBRÉDANNE rappelle les variations des lymphangiomes du cou chez l'enfant.

M. MATHIEU a observé un lymphangiome kystique du mésentère qui présentait aussi de grosses variations de volume.

Péricardite purulente à pneumocoques. Péricardotomie. Guérison. — M. GRIMAULT (d'Algrange) à la suite d'une pneumonie, a observé une péricardite purulente, qu'il a opérée avec succès par la voie classique de Delorme et Mignon.

Présentation de malade. — **Arthrodèse extra-articulaire de l'épaule pour tumeur blanche.** — M. LANCE est intervenu par une incision en T et a obtenu un excellent résultat en établissent un pont osseux suivant un principe analogue à celui qu'on applique dans les arthrodèses extra-articulaires de la hanche.

Actinomycose cervicale. — M. MATHIEU présente une petite malade pour laquelle le diagnostic d'actinomycose fut posé cliniquement quelques jours après un véritable phlegmon dentaire. La preuve ne put être fournie par le laboratoire que plusieurs mois plus tard. L'affection résista au traitement ioduré et fut guérie par radiothérapie.

Action disséquante du bistouri à haute fréquence. — M. HEITZ-BOYER présente un malade qu'il a opéré pour rétraction de l'aponévrose palmaire, avec le bistouri électrique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1929)

A propos de la toxicité du sérum des bovidés. — M. H. BUSQUET. La toxicité attribuée au sérum des bovidés ne peut s'observer que par voie intraveineuse, et si on injecte ces sérums peu de temps après l'extravasation du sang. Au contraire, les sérums de veau, bœuf, vache, taureau, génisse, administrés par le tube digestif ou par injection sous-cutanée à des grenouilles, gallinacés (coqs, poules, chapons, poussins), cobayes, lapins et à l'homme, sont dépourvus de toute action nocive, quelle que soit la dose. Même par voie intraveineuse, ils sont inoffensifs si on les utilise quelques jours après l'extravasation du sang et après chauffage à 56 degrés. La disparition de la toxicité dans ces sérums coïncide avec la disparition de la thrombine et de la toxine hémolytique. Les facteurs de toxicité sont donc qualitativement les mêmes dans le sérum des bovidés et dans celui des autres mammifères.

Antagonisme du tropanol et de la pilocarpine sur la glande sous-maxillaire. — M. René HAZARD. Le tropanol peut diminuer jusqu'à le rendre temporairement presque nul l'écoulement de la salive sous-maxillaire provoqué par l'injection continue de pilocarpine. Il semble donc que ces deux alcaloïdes ont le même point d'attaque sur les éléments nerveux sécrétoires de la glande sous-maxillaire.

Perméabilité du placenta au complexe sérum-antitoxine. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD montrent que, contrairement aux sérums hétérologues normaux, les sérums antitoxiques, le sérum antidiphtérique par exemple, traversent facilement le placenta. Leur passage se fait assez lentement ; mais la quantité du sérum hétérologue qui se retrouve dans le sang fœtal est souvent élevée. Ce fait explique que l'on puisse déterminer une séro-anaphylaxie active héréditaire en injectant un sérum antitoxique à la mère. Il vient aussi à l'appui de l'opinion soutenue par G. Ramon et démontre que dans le complexe antitoxine existent, unis au

noyau antigène, des produits humoraux qui en sont inséparables.

Histamine et alcalose. Adrénaline et acidose. — MM. P. RAFFLIN et P. SARADJICHVILI ont étudié les oscillations cliniques et humorales qui suivent les injections d'histamine et d'adrénaline. Dans le premier cas, on obtient une alcalose du sang et de l'urine avec élimination de chlore, dans le deuxième cas une acidose avec rétention de chlore.

Sur les troubles circulatoires angioneurotiques du poumon consécutifs à des lésions expérimentales des noyaux gris centraux de l'encéphale. — MM. A. KALLO et Ch. OBERLING, à la suite de thermocautérisations transcorticales des noyaux gris centraux, ont observé des troubles circulatoires graves de divers organes, du foie, de l'estomac, et notamment du poumon chez le chien. Les lésions pulmonaires se présentent sous forme de congestion active et passive, accompagnée de foyers apoplectiques et de lésions infarctoïdes (absence d'embolies). Les auteurs voient dans ces lésions l'expression de troubles vaso-moteurs, et concluent que les noyaux gris centraux doivent intervenir dans le mécanisme régulateur des vaso-moteurs.

Gonaccine et mélitococcie. — MM. LISBONNE et BALMES rapportent des essais d'expériences tentés pour stériliser par la gonaccine le lait des brebis et des chèvres infectées expérimentalement avec le germe de la mélitococcie. Ils insistent à cette occasion sur ce fait que les données épidémiologiques montrent le rôle important des brebis beaucoup plus que des chèvres dans la dissémination de cette maladie.

Réceptivité de divers singes pour le virus amaril. — MM. Auguste PETTIT et Georges STEFANOPOULO. Jusqu'à présent un certain nombre de singes ont été expérimentés au point de vue de leur réceptivité au virus de la fièvre jaune. Dès maintenant on a pu établir que les singes africains, même après splénectomie, présentent une immunité spécifique. On pourrait attribuer celle-ci à une maladie antérieurement contractée par piqûre de stegomies infectées; il n'en est rien, sans doute, puisque la fièvre jaune existe aussi en Amérique où pourtant on connaît des espèces réceptives. La sensibilité de ces primates varie donc suivant une foule de conditions actuellement imprécisées. En établissant le bilan des inoculations pratiquées par les auteurs eux-mêmes et par différents expérimentateurs, jusqu'à ce jour, on peut conclure que seul le genre macacus (et plus spécialement l'espèce rhesus) est franchement réceptif pour le virus amaril; chez quelques types brésiliens, le virus détermine une infection légère; les singes de l'Afrique occidentale et équatoriale sont franchement réfractaires.

Nous serions très obligés aux confrères qui pourraient nous procurer quelques magots d'Algérie ou du Maroc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1929)

Kystes séreux congénitaux du cou. — M. LESAGE. Enfant né à terme, porteur de kystes séreux congénitaux du cou (région latérale droite), de la fosse temporale droite et de la région fessière gauche; à vingt mois, développement subit par hémorragie intrakystique. Echec d'une tentative de traitement au radium. Opération. Ablation incomplète. Infection. Etat très grave considéré comme désespéré. Guérison lente survenant après traitement par les bactépyophages. L'auteur insiste sur les risques opératoires et sur les dangers d'infection. Il vaut mieux ne pas intervenir.

Sur l'action d'une insuline purifiée dans les hypertensions artérielles. — M. LANGERON. Dans l'hypertension solitaire, l'insuline purifiée est une médication logique, puisque s'adressant à la nutrition générale dont un trouble est probablement à la base de cette forme d'hypertension et puisque ne contenant plus que le pouvoir hypotenseur de l'insuline à l'exclusion de toute propriété hypoglycémiante. Elle n'a pas donné d'abaissements tensionnels suffisamment constants et accentués pour qu'on puisse en faire une médication hypotensive. Mais, comme ses inconvénients sont à peu près nuls et comme les symptômes subjectifs sont fréquemment améliorés, on peut parfaitement la retenir comme médication adjuvante de l'hypertension et en sachant ce qu'on peut en attendre.

Un cas de poliomyélite, à forme ascendante, traité avec succès par le sérum de Pettit. — MM. LE GRAND et Cl. BERNARD. Il s'agit d'une poliomyélite antérieure ayant pris la forme d'un syndrome de Landry.

Malgré l'extrême gravité de l'état général et la grande étendue des paralysies, l'emploi par voie intrarachidienne et intramusculaire de 270 centimètres cubes de sérum de Pettit en quatre jours a permis de sauver le petit malade qui est actuellement en bonne voie de guérison.

Ce cas confirme, une fois de plus, tout ce qu'on peut attendre de la sérothérapie antipoliomyélitique à la double condition qu'elle soit précoce et quantitativement suffisante.

Au sujet d'un cas d'appendicite au cours de la grossesse. — M. FAVREAU, à propos d'un cas personnel, estime qu'il faut parer au danger immédiat, et, par ailleurs, le risque d'interrompre la grossesse est peu considérable. Au contraire, le danger opératoire devient beaucoup plus sérieux si l'on attend le terme, car l'utérus, par son développement même, a brisé les adhérences de protection. L'auteur conclut qu'en pareille occurrence la temporisation peut avoir, pour la patiente, des conséquences graves.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1928-1929 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 2. ABADIE. — Saint-Gaudens station climatique.

61. ALLÉHAUT. — Le métabolisme du cholestérol chez l'enfant.

42. ALQUER. — Les hémorragies post-opératoire de l'amygdale palatine non-néoplasique.

64. ALZIEU. — Contribution à l'étude des rapports des formes prolongées et des manifestations tardives de l'encéphalite épidermique et de la grossesse.

62. ASSALIT. — Contribution à l'étude de la calcification des hématomes, en particulier des hématomes péri-articulaires.

10. AUBRÉE. — Contribution à l'étude des lipomes ostéopériostiques acquis.

27. BAÏSSET. — Le syndrome hypophyso-tubérien dans l'hypertension intra-cranienne.

56. BALAN. — Les kystes lutéiniques de l'ovaire.

11. BELIN. — Contribution à l'étude des péri-arthrites scapulo-humérales. Les péri-arthrites syphilitiques de l'épaule.

40. BELLOCQ. — Contribution à l'étude des branchiomes.

44. BERTHIER. — Contribution à l'étude de l'acétylarsan.

58. BOUTINES. — L'ascaridiose du foie et des voies biliaires.

65. BOYER. — Sur le micrococcus arthriticus de S. Costa. Etude clinique et bactériologique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929 : Montpellier, n° 68, p. 1223; Strasbourg, n° 71, p. 1271; Alger, n° 72, p. 1286; Lille, n° 73, p. 1302; Bordeaux, n° 75, p. 1334; Nancy, n° 79, p. 1407; Lyon, n° 95, p. 1712.

63. BUGNARD. — La régulation cholestérolémique. Contribution expérimentale.
25. CALVET. — Le pneumococcus mucosus (pneumocoque III). Son rôle dans l'étiologie des mastoïdites.
13. CATALA. — Contribution à l'étude de l'appendicectomie.
33. CAZAL. — Contribution à l'étude de l'invagination intestinale chez l'adulte (type cæco-colique).
53. COLA (Mlle). — Contribution à l'étude du syndrome humoral du rachitisme.
19. COULOUMA — Contribution à l'étude de l'architecture du tibia. Ses rapports avec la fracture de Gosselin, les fractures condyliennes du tibia et les affections de la tubérosité antérieure.
32. COURTIAL. — Pouvoir préventif de l'huile d'olive camphrée sur quelques manifestations anaphylactoïdes et anaphylactiques.
7. DARRIS. — De l'action de la rachianesthésie sur le périnée pendant l'accouchement.
55. DENJEAN. — Contribution à l'étude des syndromes infundibulo-tubériens.
36. DESPOUEY. — Contribution à l'étude du prostatisme sans prostate.
57. DUCOURNAU. — Contribution à l'étude du gaz carbonique. Propriétés physiologiques et thérapeutiques.
17. DUFFORT. — Etude critique et médico-légale du projet de loi sur les accidents du travail (loi Gros).
46. DURAND. — Péritonite purulente par perforation appendiculaire chez le vieillard.
23. FABRE. — Contribution à l'étude de la guérison spontanée des luxations congénitales de la hanche.
28. FAGET. — Traitement du mal de Pott par la méthode d'Albee.
22. FAU. — Action des extraits lipidiques d'organes sur le tissu réticulo-endothélial.
39. FENOUIL. — Essais sur l'emploi en thérapeutique d'une émulsion stable d'essence de térébenthine.
3. FREYCHE. — Contribution à l'étude de la guérison médicale sous contrôle radiologique des ulcères cavitaires de l'estomac.
41. FROMENT. — Le pincement des veines sus-hépatiques.
45. GALTÉ. — Du secret médical. Absolutisme ou relativité
43. GARNAUDIER. — De la gravité de l'iléus biliaire opéré.
38. GOFFIN. — L'épreuve de Meltzer-Lyon et le diagnostic des cholécystites chroniques. Arguments cliniques, biologiques et expérimentaux en faveur de l'origine vésiculaire de la bile B.
16. GRENIER. — Les endométriomes de l'utérus.
35. HAMONET. — Contribution au progrès de l'asepsie en stomatologie (description d'un nouvel appareillage).
49. HIGUÉ. — Les phlébites vésicales.
26. IGERT. — Les guérisseurs mystiques. Etude psychopathologique et médico-légale.
15. JULIEN. — Les radiations para-ultra-violettes et leur emploi en médecine.
52. LABOURDETTE. — De l'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire.
54. LACAZE. — Contribution à l'étude des formes hémorragiques de la fièvre de Malte.
1. LASSÈRE. — Traitement des anémies graves par la méthode de Wipple.
8. MARCEILLAC. — Contribution à l'étude du cancer primitif de l'urètre.
48. MARTIN (Etienne-Marie-Léonce). — Contribution à l'étude des corps étrangers du tube digestif chez le nourrisson et le jeune enfant (épingles de sûreté et broches à bavoirs).
21. MARTIN-SANS (Emile-Léon). — Contribution à l'étude de l'empoisonnement par les champignons et particulièrement des intoxications dues aux agaricacées du groupe des *Clitorybe* et du groupe des *Cortinarius*.
47. MASSEY. — Le traitement de la dysphagie rebelle chez les tuberculeux du larynx. Considérations anatomiques et techniques sur l'anesthésie du laryngé supérieur.
31. MENÓN. — Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de la trompe de Fallope.
24. MERLIN-LEMAS. — Contribution à l'étude des formes cliniques atypiques du cancer primitif du poumon.
59. MIMART. — Contribution à l'étude du traitement des formes graves du placenta prævia.
37. MONDOT. — Cystostomie sus-pubienne systématique préalable aux opérations de fistules vésico-vaginales.
60. PALAU. — Contribution à l'étude de la médication phosphorée. L'acide éther-monoéthylorthophosphorique.
12. PINEAU. — Contribution à l'étude des appendices géants (appendicite kystique).
29. POISSON. — Contribution à l'étude de l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien dans les compressions de la moelle.
50. RAMBAUD. — Contribution à l'étude du cloisonnement longitudinal du vagin.
14. RAVEL. — Contribution à l'étude des groupes sanguins en médecine légale.
9. RIVIÈRE. — Contribution à l'étude de la cholécysto-gastrostomie.
51. ROUDIL. — Cancer réticulo-endothélial.
4. SAINT-PICQ. — Bronchiectasies simulant la pleurésie médiastine postérieure adhésive.
20. SOREL. — Recherches expérimentales et cliniques sur la tension du liquide céphalo-rachidien.
30. TEYSSANDIER (Mlle). — Les réactions interlobaires au cours de la tuberculose des ganglions du hile chez l'enfant. Contribution à l'étude des scissurites tuberculeuses.
5. VÉDRJNE. — Etude critique du prétendu droit à l'avortement.
6. VIÉ. — Contribution à l'anatomie pathologique et à la nosologie de la glossite basique phlegmoneuse.
18. VIVÈS. — Contribution à l'étude de la guanidine et de son métabolisme.
34. WAJSBORT. — Contribution à l'étude expérimentale de l'hirudinisation.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 91. AMIN. — La rachianesthésie dans l'opération césarienne.
92. KRIJANOVSKY. — Etude clinique et médico-légale des ulcères de la région gastro-duodénale.
95. PÉTROVITCH. — Contribution à l'étude de la « Maladie du sérum ». L'orchite sérique.
73. YAKOVLIÉVITCH. — Contribution à l'étude de la lithiase intestinale.

INFORMATIONS

(SUITE)

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — La septième assemblée générale de la Ligue nationale française contre le péril vénérien aura lieu le jeudi 12 décembre 1929, à 20 h. 45, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Ordre du jour. — I. Assemblée générale : 1° discours de M. le docteur Queyrat, président de la Ligue; La vie de la Ligue; 2° rapport de M. le professeur Gougerot, secrétaire général de la Ligue, sur la propagande; 3° rapport de M. le docteur Robert Rabut, trésorier général de la Ligue, sur la situation financière; approbation des comptes et vote du budget; 4° élection du tiers sortant du Conseil d'administration; 5° élection du tiers sortant du Conseil de perfectionnement.

II. Séance du Conseil de perfectionnement : 1° élection du bureau; 2° conférence : organisation et fonctionnement du Service social à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général du « service social à l'hôpital ».

Toute la correspondance doit être adressée à M. le docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra une séance générale le samedi 29 mars 1930, à 17 h., à la Faculté de médecine de Montpellier.

La question mise à l'ordre du jour de cette réunion est la suivante : *Les prurits et leur traitement hydro-minéral.*

Deux rapports seront présentés à ce sujet, l'un par M. le professeur J. Margarot sur les Bases physiopathologiques du traitement hydro-minéral des prurits, l'autre par M. le docteur Jean Anglada (de La Bourboule) sur le Traitement hydro-minéral des prurits.

L'exposé et la discussion de ces rapports seront suivis de la présentation de communications libres relatives au sujet qui fait l'objet de l'ordre du jour de la séance.

Cette séance sera publique; elle admettra les communications de médecins étrangers à la Réunion, à la condition que ces communications se rapportent au sujet général choisi et sous la réserve de l'assentiment du bureau.

Renseignements et inscriptions : prof. agrégé A. Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier.

IIe Congrès international du paludisme. (Alger, 19-21 mai 1930.) — MM. les adhérents au IIe Congrès international du paludisme (délégués des gouvernements, des institutions scientifiques, des sociétés savantes et membres libres) et les médecins non encore inscrits qui désirent se rendre à Alger en mai 1930 sont priés d'en aviser le secrétariat général du Congrès (Institut Pasteur, Alger, Algérie) avant le 15 janvier 1930.

Nous rappelons que les Compagnies de chemin de fer françaises, algériennes et marocaines accordent aux congressistes une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) et les compagnies de navigation une réduction proportionnelle au nombre des personnes à transporter. Les mêmes facilités de voyage sont consenties aux femmes des congressistes.

Congrès de pédiatrie de Stockholm. — Du 17 au 20 août 1930, aura lieu à Stockholm le IIe Congrès international de pédiatrie.

Les communications à présenter au Congrès doivent être annoncées au plus tard le 1er mars 1930.

Il est désirable que les adhésions soient envoyées le plus tôt possible au Comité du Congrès, afin que celui-ci puisse évaluer le nombre approximatif des participants et prendre en temps utile les dispositions nécessaires pour leur logement et leur agrément. Cette recommandation s'impose d'autant plus que, dans l'été de 1930, une Exposition des arts décoratifs et industriels suédoise aura lieu à Stockholm.

La cotisation est fixée à 20 couronnes suédoises.

On est prié d'adresser les adhésions et toute correspondance relative au Congrès au IIe Congrès international de pédiatrie, Stockholm (Suède). Adresse télégraphique : Pédiatrie, Stockholm.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour*

R. C., 185,284, Seine.

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

GYNOCRINOL

LIPOÏDE OVARIEN MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique:
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Lactolaxine
FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Échantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

CAMPHYDRYL ROBIN

Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %

TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS

ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS

INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES — ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ — INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES

PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU PYLORE

C'est le plus fréquent des cancers de l'estomac.

Sa symptomatologie orificielle lui imprime une figure spéciale; malheureusement elle ne se précise qu'assez tardivement, alors que les lésions sont très évoluées. Aussi un grand nombre de malades ne seront plus justiciables d'une gastropylorectomie élargie, opération curative qui a d'autant plus de chances d'être efficace et bénigne qu'elle sera plus précoce.

SYMPTOMES

Début. — Le début est toujours extrêmement insidieux et il faut parfois des mois avant que les malades s'inquiètent de quelques symptômes qui pourraient cependant permettre de soupçonner le diagnostic.

Les malades accusent :

Avant tout des *signes de gastrite banale :*

— la *digestion* est lente, accompagnée de pesanteurs, de douleurs sourdes au creux épigastrique, continues, survenant sans horaire précis.

Parfois *nausées,* vomissements alimentaires. Des pituites matinales peuvent s'observer.

L'*anorexie* souvent élective pour les corps gras et les viandes constitue un symptôme souvent retrouvé.

Quant aux *hémorragies*, elles peuvent s'observer à ce moment, soit sous forme de melœna, mais ce ne sera souvent qu'une hémorragie microscopique que le malade n'a pu noter — soit sous forme d'hématémèses noires, peu abondantes, ou de petites hémorragies striant les vomissements.

De toute façon elles constituent un signe qu'il faudra rechercher soigneusement dans les commémoratifs et qui plaide beaucoup en faveur du cancer.

Cependant l'*examen clinique* reste encore négatif :

La *palpation* ne réveille qu'une douleur vague au niveau du pylore; il n'y a aucun signe de rétention, aucune modification appréciable de consistance de la région pylorique.

Aucun symptôme ne permet donc par ce simple examen d'affirmer ou de rejeter le diagnostic de néoplasme. Tous ces symptômes ne sont cependant pas d'ordre banal, car ils surviennent sur un *terrain spécial*, il s'agit le plus souvent d'*hommes âgés,* aux environs de la cinquantaine, et souvent n'ayant *aucun antécédent gastrique.*

De plus ces troubles ne cèdent pas aux traitements habituels, ils sont *rebelles à la thérapeutique* et persistants; ils s'accompagnent rapidement d'un *retentissement général.* Ces malades pâlissent, perdent du poids, se sentent anormalement fatigués.

Ces deux caractères devront inciter à mettre en œuvre dès ce moment un certain nombre d'examens complémentaires absolument indispensables au diagnostic.

Examens paracliniques. — 1° Tout d'abord on cherchera à caractériser des *hémorragies.* On recherchera les hémorragies occultes dans les selles, chez les malades mis au régime spécial, par les techniques classiques de Meyer et Weber ou par la réaction à la Pyridine, plus précise et plus sensible. La *constance du sang* à des examens répétés est très en faveur du cancer.

2° On pratiquera un *tubage gastrique* à jeun qui ramène quelques centimètres cubes de liquide de stase, parfois sanglant.

3° Enfin on fera un *examen radioscopique* : il révèle avant tout un retard à l'évacuation. Souvent déjà les ondes péristaltiques sont faibles au niveau du pylore. L'épreuve de l'atropine montre que le spasme n'intervient que très faiblement.

Si le malade est examiné à cette phase, ces quelques signes pourraient permettre un diagnostic. En tout cas ils autorisent dès ce moment une *laparotomie exploratrice.*

Période d'état. — C'est la période où le malade est souvent vu pour la première fois; il faut bien dire que le plus souvent la période opératoire est passée.

Symptômes fonctionnels. — Ces symptômes traduisent une atteinte du sphincter pylorique, mais la sténose qu'ils réalisent est avant tout une sténose atonique où la « phase de lutte » est réduite au minimum.

Parmi ces signes nous citerons :

— les *douleurs* : tardives, survenant deux à trois heures après le repas, sourdes, continues, lancinantes.

De siège épigastrique, plus ou moins à droite de la ligne médiane, elles irradient parfois à l'hypochondre droit.

— les *vomissements* surtout alimentaires, calment provisoirement la douleur. Fréquemment répétés au début, ils s'espacent en devenant plus abondants.

La douleur, les vomissements sont les symptômes les plus importants du syndrome pylorique. Il s'y surajoute de l'*anorexie* de plus en plus marquée.

Enfin les *hémorragies* (vomissement noir ou plus fréquemment melœna) persistent ou apparaissent. Rappelons en tout cas l'existence constante et continue d'hémorragies occultes.

Symptômes généraux. — En même temps, l'*amaigrissement,* l'*asthénie*, l'*anémie* font des progrès rapides, pouvant même parfois passer au premier plan du tableau clinique.

L'examen physique. — L'*examen clinique* ne montre que rarement des « signes de lutte » : ondulations péristaltiques, ou durcissement en masse de l'épigastre.

On décèle seulement du *clapotage à jeun.* Le bas fond gastrique est abaissé.

Quant à la tumeur elle est rarement perçue, même en s'aidant de l'insufflation. Elle donnerait simplement une sensation d'empâtement épigastrique, dur et mal limité. Cependant il faut toujours rechercher l'adénite sus-claviculaire gauche de Troisier.

Aussi est-ce encore aux examens complémentaires qu'il faudra demander une confirmation.

(A suivre.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE, — AGENDA P.-L.-M. POUR 1930. — Tous les bibliophiles savent que l'Agenda P.-L.-M. est un ouvrage d'une présentation artistique, littéraire et typographique irréprochable. L'édition de 1930, en majeure partie consacrée au centenaire de la conquête de l'Algérie, contient seize illustrations hors texte en couleurs qui, à elles seules, valent plus que son prix ; douze cartes postales en héliogravure y ajoutent encore. Ces compositions et les chroniques, contes, nouvelles, légendes qu'elles accompagnent et qui s'ornent, en outre, d'une suite nombreuse de photographies et de dessins, sont l'œuvre d'excellents artistes et écrivains.

On se procure l'Agenda P.-L.-M. (au prix de 10 francs), à Paris, 88, rue Saint-Lazare, dans les agences de voyages, grands magasins, principales librairies et dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau P.-L.-M. Il est adressé aussi à domicile contre mandat-poste (12 fr. 65 pour la France, 17 fr. 50 pour l'étranger) adressé au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Contre les **MALADIES DE LA PEAU** et les **ENGELURES**

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique. pommade à 2 % — — }

Contre les **HÉMORROÏDES** :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES** :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS
Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants* : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

VALERIANE liquide de **L. PACHAUT**
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
CONSTIPATION HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies.* — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d'huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY · PARIS (17E)

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — L'administration de l'Assistance publique publie la liste alphabétique des candidats admis. Nous la donnons en attendant le classement par ordre de mérite que nous publierons dans un de nos prochains numéros :

Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker-Kamoun, Allos, Angelici, Arloing, Arnous, Aschkenasy, Astor, Aubert, Audebert, Audouard, Avenard, Azoulay,

Bakulin, Baloche, Barcat, Bardery, Batial (Robert), Baudouin, Beauchef, Beley, Belletoille, Benassy, Benoit, Bercovici (Jean), Blanc, Blumenfeld, Boëlle, Boissonnet, Bonnet, Bornet, Botreau-Roussel, Boudou, Boulard, Bour, Bourée, Bourgin, Boussard, Bouteille, Bouvrain, Brailowski, Brami, Brauberger, Bret, Bricage, Brochard, Broustein, Brumpt, Burel,

Cadet de Gassicourt, Cahnet, Cailleret, Calmanas, Calvet, Canet (Jean), Capmas, Castany, Catinat, Mlles Cauchy, Cazes, MM. de Chabert-Ostland, Champault, Champsaur, Chautemps, Chauvillon, Mlles Chessebeuf, Ciosi, MM. Claisse, Coldefy, Copreaux, Coroos, Corrèze, Mlle Coste, MM. Costel, Courchinoux, Mlle Courrier, MM. Cuzin,

Danard, David (Lucien), Debroise, Defrançois, Dehouve, Delord (P.-U.), Delzant, Demange, Deramond, Derieux, Mlle Desallois, MM. Deséglise, Desseigne, Deuquet, Drain, Drizard, Dubarry, Mlle Dumas, MM. Dupuy, Duriez,

Echegut, El-Khaïm. Epelbaum, Esquirol, Evrard,

Fardet, Fargette, Faugère, Mlle Fauvert, MM. Fauvet, Fayance, Mlle Ferrieu, MM. Feuillet, Flori, Fonteneau, Forget, Fournée,

Gahinet, Gaillard, Galimard, Gaquière, Gaumé, Gautreau, Gélas, Génévrier, Georget, Gerbeaux, Gillet (Bernard), Gillet (Germain), Giraudoux, Gisselbrecht, Goby, Gordet, Gossart (Edmond), Gossart (Pierre), Mlle Gottlieb, MM. Gouget, Goujard, Graciansky, Gratier, Greif, Grèze (André), Mlle Griboval, MM. Greiner, Gross (Georges), Grossiord, Guérin, Guttières,

Hallé, Hanaut, Mlle Hannes, M. Hanoun, Mlle Harispe, MM. Hébert (Pierre), Hecht, Mlle Helman, MM. Hertz, Horeau, Mlle Huguet (Simone), MM. Husset,

Iancovici, Inbona, Israël,

Jacquet, Jacquot, Mlle Jakovler, M. Jarriault, Mlles Jesensky de Nagy, Jomier,

MM. Kanner, Klotz, Kohen, Krakowski,

Lacheny, Mlle Ladet, MM. Lafourcade, Lagaillarde, Lande de Vallière (de la), Lapeyre, Laporte, Larabi (Mohamed), Laurian, Lavedan (de), Lebel, Leconte, Mlles Lecour, Ledan, MM. Ledoux-Lebard, Le Duc (Jean), Lemmet, Lemonnier, Le Picard, Lejeune, Le Roy (François), Lesobre, Mlle Levaillant, MM. Liber, Limasset, Loiseau (F.), Longuet, Mlle Lyon,

M. Maillet, Mlle Malan, M. Mallet, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marlin, Martini, Martel, Masse, Mathey, Maulmont (de), Maurage, Maynadier, Mazingarbe, Mendelsohn, Ménétrier, Mlle Merlier, MM. Meurin, Molinéry, Mlle Morel, MM. Morhange, Morin, Moro, Mouchotte, Moulle,

Nabert, Nègre, Neveu, Neyraud, Nguyen-van-Nha, Nguyen-Hai, Ngyuen van Nguyen, Nico, Nitti,

Offret, Oger, Olivier (Marcel), Mlle Olivier (G.), MM. Olivier-Palud, Opin,

Paillas, Mlles Paillé, Paley, MM. Pasqualini, Pauchard, Pellier, Peretz, Mlle Perlès, M. Pertus, Mlle Pétroff, MM. Phan van Chanh, Picart (René), Picquart, Pierra, Pimpa-

DIGITALINE cristallisée
NATIVELLE
Granules — Solution — Ampoules

neau, Mlle Poidevin, MM. Poucet, Pouliquen, Pradaude, Prévost (Jean), Mlle Puisais, MM. Puybaret,
Quentin,
Rabant, Rabaté, Rabourdin, Raison, Rambert, Raphaël, Mlle Reboul, M. Rendu, Mlle Renier, M. Ribert, Mlle Riche, MM. Rollat (de), Rossignol, Rotenstein, Mlles Rouard, Roule, MM. Roux-Naud, Rouger (François), Rouyer (René), Roy (Fernand), Rozée-Belle-Isle, Rudaux,
Sacquépée, Saïe, Salmona, Sarradin, Scemama, Schatz, Schmid, Schwarz (Léon), Schwartzenberg, Sexa, Sicard, Siguier, Simart, Mlle Simon (Marie), MM. Simon (René), Simonin (Louis), Soudée, Steinberg, Steuermau, Sulem, Szwaro,
Tallet, Tanret, Mlles Tanzy, Ternois, MM. Thevenin, Thieffry, Mlle Thierry, MM. Thorel, Thouret, Tissandié, Tissier, Tissot, Touzard, Tran-van-Con, Tricault, Trouvé,
Varin (Edouard), Viala, Vignalou, Villaret, Vincent,
Weill dit Weill-Wall, Wolinetz,
Yglesias,
Zeller (H.), Zeller (M.).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'externat.* — A la suite de ce concours, ont été nommés externes des hôpitaux : MM. Lemarchand, Bay, Lévêque, Baquet, Brusq, Fourgeau, Mlle Dumolard, MM. Rocher, Tori, Darmaillacq, Dutrenet, Rozier, Kervern, Fauconnier, Merveille, Pontalirant, Dumon, Bemy, Ubertino, Dunau, Larret, Picard, Cornette de Saint-Cyr, Auregan, Aimez, Ferrand, Barraud, Rousset, Arnauld, Delmas-Marsalet, Salon, Georget, Tarel, Mlle Eschauzier, MM. Meynan, Guiraud, Drivet, Lafosse, Jouin, Quéro, Machy, Fagart, Carrère, Lacoste, Laudet, Hirtz, Bécurve, Lataste, Fauret, Deyrie, Suberbielle, Hébraud, Conte, Coyault, Sarrat, Pascaud, Giraud, Biès, Doublet, Michel, Piriou, Lugardon, Lafontaine, Cabannes, Grenet, Tuquet, Deprecq.

— *Concours de l'internat en pharmacie.* — Sont nommés :
Internes titulaires : MM. Noinski, Demenier, Bruneteau, Mlles Queret, Lassagne, M. Fillol.
Internes provisoires : Mlles Chassaing et Nolibois.

— POITIERS. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominalions suivantes :
MM. Bourdeau, Felgine, Cacault, Cheminet, Orlowski, Delaroche. Coirreau, Pigé, Laborde, Mlle Boutineau, MM. Reillet, Cartier, Girault, Courtois.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — *Concours de l'adjuvat.* — M. Moisnard, étudiant en médecine, est nommé aide d'anatomie à l'Ecole de médecine de Nantes.

Concours du clinicat médical. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique médicale sera ouvert à l'Ecole de médecine de Nantes le 20 janvier 1930, à 8 h.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :
MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bourret (de Privas).

GUERRE. — M. le médecin général des troupes coloniales Sorel, membre du Comité consultatif de santé, a été désigné pour servir hors cadres en Afrique occidentale française dans les fonctions d'adjoint au médecin général inspecteur, inspecteur général des services sanitaires et médicaux, et pour assurer l'inspection mobile des services d'hygiène, médecine sociale et assistance.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Liste des candidats autorisés à prendre part au concours qui sera ouvert le 18 décembre 1929 pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine :
Centre de Paris. — MM. Boëlle, Bouillat, Dorolle, Ilo Dac Di, Leca, Menjaud, Nguyen Van Nha, Nguyen Viem Haï.
Centre de Bordeaux. — MM. Cornet, Prades.
Centre de Marseille. — MM. Dauban de Silhouette, Herment.

Liste des candidats autorisés à prendre part au concours qui sera ouvert le 20 décembre 1929 pour l'emploi de médecin de 2e classe de l'assistance médicale de Madagascar et dépendances :
Centre de Paris. — M. Bouillat.
Centre de Marseille. — M. Estrade.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL BROUSSE [14, avenue des Ecoles, à Villejuif (Seine)]. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul Brousse et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul Brousse et au Centre anticancéreux s'ouvrira le 17 février 1930.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er mars de l'année 1929. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir.

Les candidats devront pour être inscrits au concours produire les pièces suivantes : 1° expédition de l'acte de naissance; 2° extrait du casier judiciaire; 3° certificat de revaccination; 4° certificat du directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique attestant que l'intéressé est interne des hôpitaux ou certificat de dix inscriptions de doctorat prises dans une faculté ou une école de médecine de l'Etat.

Le certificat du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ou celui du doyen de la faculté ou du directeur de l'école de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 13 janvier au 29 janvier 1930.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes de l'hospice Paul Brousse sont, dès à présent, fournis en s'adressant au service de l'assistance départementale.

Programme du concours : 1° une épreuve écrite de quatre heures sur : *a.* l'anatomie, l'histologie et la physiologie; *b.* la pathologie interne; *c.* la pathologie externe.

2° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe.

3° Une épreuve clinique, examen de malade, une épreuve pratique de laboratoire.

(Voir la suite des « Informations », p. 1797.)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme. PILULES ET GRANULÉ

Trois grands médicaments d'Opothérapie Gynécologique



AGOMENSINE

ACTIVE ET SOLLICITE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Aménorrhée. Règles rares, peu abondantes, trop espacées. Troubles de la ménopause.

SISTOMENSINE

MODÈRE ET RÉGULARISE LES FONCTIONS MENSTRUELLES:

Règles trop abondantes, trop fréquentes, de trop longue durée.
Ménorragie des jeunes filles.

ANDROSTINE

ACTION COMPLÉMENTAIRE SUPPLÉANTE. ÉQUILIBRANTE:

Aménorrhées rebelles
Troubles ménopausiques et pubertaires.
Hypersthénie génitale

·Comprimés·Ampoules·

Bibliographie & Echantillons:

LABORATOIRES CIBA _ O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications

Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès-Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SÉBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence d'Oxycèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme



PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine

INFORMATIONS

(SUITE)

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour un emploi de chef de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 20 janvier 1930, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de la Clinique de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue Moreau, n° 13, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au 6 janvier 1930 inclus.

— Un concours pour cinq emplois d'aide de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 6 janvier 1930, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les candidats sont admis à se faire inscrire au secrétariat de la Clinique de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue Moreau, n° 13, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au 23 décembre 1929 inclus.

HÔPITAL SADIKI A TUNIS. — L'hôpital Sadiki demande deux internes : 1. interne possédant, si possible, des connaissances spéciales en ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie; 2. interne pour le service des contagieux.

Avantages. — Traitement : 1re année, 9.000 fr.; 2e année, 10.000 fr.; 3e et 4e années, 11.000 fr.

Une indemnité complémentaire annuelle de 2.000 fr. est allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Université française.

Logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Indemnité pour le service des contagieux : 5 fr. par jour.

La traversée en 2e classe est remboursée après un an de fonctions. Après deux ans, la traversée de retour est payée dans les mêmes conditions.

Les internes sont nommés pour deux ans avec la possibilité d'obtenir deux prolongations d'un an.

Les internes des services de médecine générale peuvent également obtenir leur mutation dans les services de chirurgie ou dans les spécialités, en cas de vacances.

Préférence est donnée aux anciens internes des hôpitaux de Tunisie pour les postes de médecin de colonisation.

Conditions à remplir. — Les candidats doivent être de nationalité française ou tunisienne, avoir satisfait à la loi sur le recrutement et justifier de vingt inscriptions de doctorat ou avoir obtenu au concours le titre d'interne suppléant dans les hôpitaux d'une ville de faculté. Ils peuvent être docteurs en médecine.

Les demandes doivent être adressées à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis, en y joignant : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance; les pièces établissant leur situation au point de vue militaire; les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues); 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin); 3° prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor Pauchet); 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe) avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

LES MÉDECINS MONTPELLIÉRAINS A PARIS. — Le premier banquet des médecins montpelliérains à Paris a eu lieu le mercredi 20 novembre, à 20 h., sous la présidence du doyen d'âge, le docteur Rocheblave.

Vingt-quatre confrères étaient présents : professeur Rouvière, doctoresse Prost, docteurs Voronoff, Gabian, Giraud, Caucanas, Filippi, Bonifas, Levert, Bouvaist, Gautrand, Gachon, Boudot, Estachy, Rien, Villeneuve, Rocheblave, Guérin, Arras, Amado, Izard, Weill, Cayrol, Séry.

La réunion, très gaie, a été animée des souvenirs du « clapas ». Le docteur Rocheblave l'a clôturée par une aimable allocution.

Le bureau du groupement a été formé comme suit : président, professeur Rouvière; vice-président, docteur Rocheblave; secrétaire, docteur Séry; secrétaire adjoint, docteur Boudot.

Les confrères de la Seine, originaires de la Faculté de Montpellier, désirant faire partie du groupement, sont instamment priés d'envoyer leur adhésion au docteur Séry, 61, rue de Rome (VIIIe). Ils seront convoqués pour le prochain banquet qui aura lieu en mars 1930.

BANQUET D'AUTOMNE DE L'UMFIA. — Le banquet d'automne de l'Umfia a eu lieu lundi avec son succès habituel. Il était présidé par M. le ministre de l'Instruction publique, assisté du professeur Léon Bernard.

Des discours furent prononcés par le docteur Molinéry, secrétaire général de l'Umfia, qui demanda une minute de silence pour honorer la mémoire de Clemenceau, l'un des premiers membres de l'Umfia. Puis M. Alexparte, ministre du Chili, M. Caballero de Bedoya, ministre du Paraguay, le sénateur Merlin, le docteur Bandelac de Pariente, le docteur Georges Baillière, président du Cercle de la Librairie et du Syndicat des éditeurs, trésorier de l'A. P. M. F. et de la Fédération de la Presse médicale latine; M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, prirent successivement la parole.

Le docteur Dartigues, dans une de ces éloquentes improvisations où il excelle, remercia les concours qui viennent toujours plus nombreux aider au succès de l'Umfia. M. le professeur Léon Bernard salua les représentants des Républiques sud-américaines; enfin M. le ministre de l'Instruction publique dit tout son plaisir de connaître mieux l'Umfia et ses amis et il assure son président de son appui en toutes circonstances.

La soirée se termina par un bal très animé.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 30e décade (21-31 octobre 1929), 1.326 décès totaux, dont 1.092 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 946 pendant la décade précédente et de 1.025, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 234 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.092 décès de Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47 au lieu de 30 pendant la décade précédente (moyenne 37).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 69; il s'élevait à 36 pendant la décade précédente (moyenne 47).

La coqueluche a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 95, au lieu de 98 pendant la décade précédente (moyenne 67).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 134 décès, au lieu de 98 pendant la décade précédente, et au lieu de 122, moyenne décadaire correspondante.

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

LES ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.
VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.
BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.
RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.
OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.
Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5e (ancien 43, Rue Tournefort)

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE ET HYPNOTIQUE
par les Succédanés de la Valériane

VALIMYL
(antispasmodique et sédatif)
Diéthylamide de l'acide isovalérianique.

Action constante
Absence d'odeur
Tolérance absolue par les estomacs les plus délicats

TOUTES LES INDICATIONS DE LA VALÉRIANE

Diminution de l'hyperexcitabilité réflexe des centres bulbo-médullaires et des nerfs périphériques.

DOSES : 4 à 8 perles, dosées à 0 gr. 05 en 24 heures (à prendre en 2 ou 3 fois au milieu des repas).

Flacon de 75 perles glutinisées.

ISOBROMYL
(Hypnotique)
α - Monobromisovalérylurée

Produit un sommeil tranquille
Sans effet secondaire fâcheux
Pas de céphalée au réveil

SPÉCIFIQUE DE L'INSOMNIE NERVEUSE

Hypnotique de choix des surmenés, des enfants nerveux et des nourrissons.

DOSES : *Adultes :* 0 gr. 50 à 1 gr. (1 à 2 comprimés) et plus chez les hyperexcitables ;
Enfants : 0 gr. 12 à 0 gr. 25 (¼ ou ½ comprimé) suivant l'âge.

Tubes de 10 comprimés dosés à 0 gr. 50.

LABORATOIRES CLIN & COMAR & Cie, *Fournisseurs des Hôpitaux. Pharmaciens de 1re Classe.*
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS-Ve. — Usine à Massy (S.-et-O.).
D. P. 110

Alphonse LAVERAN

(1845-1922)

ÉLOGE PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1929

Par M. Ch. ACHARD,
Secrétaire général de l'Académie de médecine.

Découvrir la cause d'une maladie qui ravage une grande partie de notre globe et qui, mettant obstacle à la civilisation de ces régions, est pour l'humanité un fléau plus meurtrier que la peste et le choléra, n'est-ce pas un titre de gloire dont l'éclat l'emporte sur beaucoup d'autres renommées scientifiques? Non moins que par son labeur acharné, l'homme qui fit cette découverte fut, par la belle simplicité de sa vie et par la droiture impeccable de son caractère, une des plus nobles figures médicales qu'il soit donné au biographe de retracer et au panégyriste de proposer en exemple au respect de la postérité.

Né à Paris le 18 juin 1845, jour du trentième anniversaire de la bataille de Waterloo à laquelle avaient pris part deux généraux de sa famille maternelle, Charles-Louis-Alphonse Laveran était fils et petit-fils de médecins. Son père, originaire de Dunkerque où il était né en 1812, avait fait dans la médecine militaire une brillante carrière qu'il termina comme directeur du Val-de-Grâce.

Suivant la double tradition médicale et militaire de sa famille, Alphonse Laveran, une fois achevées ses classes au Collège Sainte-Barbe puis au Lycée Louis-le-Grand, entra comme élève à l'Ecole de santé militaire de Strasbourg en 1863. Interne de l'hôpital civil en 1866, il soutint devant la Faculté de médecine de cette ville sa thèse de doctorat sur la régénération des nerfs.

La guerre de 1870 le trouve aide-major à l'hôpital Saint-Martin à Paris. Envoyé à l'armée de l'Est, il prend part aux batailles de Gravelotte et de Saint-Privat, est enfermé dans Metz et, après la capitulation douloureuse, obtient en qualité de médecin de revenir en France par la Belgique. Il est affecté à l'hôpital militaire de Lille, auprès de son père qui occupe le poste de médecin en chef de l'armée du Nord.

Après l'armistice, il reprend sa place à l'hôpital Saint-Martin. Maintenu dans ses utiles fonctions par les Fédérés, il assiste aux tristes événements de la Commune. Puis, médecin de régiment au 16e hussards, à Pontivy, en 1873, il concourt pour l'agrégation du Val-de-Grâce et, nommé agrégé, il est attaché à cette même chaire des maladies et épidémies des armées que son père avait précédemment occupée en 1856. Le *Traité des maladies et épidémies des armées*, paru en 1875, est le fruit de son enseignement.

De plus, ayant, en raison de ses fonctions, fait des conférences de pathologie et d'anatomie pathologique aux élèves du Val-de-Grâce qui préparaient les derniers examens de doctorat, il apporte à J. Tessier (de Lyon) une très précieuse collaboration au Manuel classique de médecine paru en 1879 sous le titre de *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicale*, ouvrage qui connut le succès de quatre éditions et qui fut, avant le Manuel de Dieulafoy, et même encore après, le livre de chevet de plusieurs générations d'étudiants.

Jusque-là, les situations changeantes que lui imposait l'état militaire n'avaient point permis à Laveran de s'adresser à des sujets d'études dignes de son amour du travail et de sa persévérance inlassable. Son activité pourtant avait été grande et plus de soixante publications sur divers sujets en témoignent.

Mais, affecté en Algérie à l'hôpital militaire de Bône en 1878, puis à celui de Constantine en 1880, et observant de nombreux cas de paludisme, il s'attache à l'étude de cette maladie et dès lors ne l'abandonne plus.

C'est d'abord la mélanémie qui retient son attention. Il est amené à faire du pigment mélanique un caractère constant du sang paludéen. Puis il cherche comment se forme ce pigment dont les grains se trouvent non seulement dans les cellules de certains organes et dans les globules blancs, mais encore dans des éléments particuliers du sang, corpuscules sphériques, doués de mouvements amiboïdes et corps en croissant, qui lui paraissent être des parasites.

C'est dans cet état d'esprit que, le 6 novembre 1880, il fait l'observation décisive.

Dans le sang d'un soldat du train des équipages, en plein accès paludéen, il découvre, sur les bords des corps sphériques pigmentés, des filaments ressemblant à des flagelles, qui s'agitent avec une grande vivacité en déplaçant autour d'eux les globules rouges. Ce mouvement, image de la vie, ne lui laisse plus aucun doute : ce sont bien des éléments vivants, des parasites.

Répétant ses examens, il constate toujours les mêmes éléments parasitaires dans le sang des malades pendant les accès.

Sûr de sa découverte, il la consigne en quelques notes brèves adressées à plusieurs Sociétés savantes. Deux de ces notes sont présentées par Léon Colin à notre Académie de médecine les 25 novembre et 18 décembre 1880. Une autre est envoyée à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 24 décembre. Ces notes indiquent les principaux aspects des parasites, corps en croissant, corps sphériques, doués de mouvements amiboïdes et flagelles, qui sont dessinés sur des figures.

Un mémoire plus étendu paraît l'année suivante, dans lequel il étudie l'anatomie pathologique du paludisme, la mélanémie, les diverses formes de parasites trouvés dans le sang et l'action de la quinine sur ces parasites. Puis, les notes complémentaires se succèdent à l'Académie de médecine le 25 octobre 1881, à l'Académie des sciences les 24 octobre 1881 et 23 octobre 1882. Dans toutes, le parasite est décrit avec précision ainsi que les conditions nécessaires pour l'observer. Cependant, malgré cette précision rigoureuse, elles sont accueillies avec scepticisme, même parmi les partisans de plus en plus nombreux de l'origine microbienne des maladies.

C'est que le parasite de Laveran est vraiment une nouveauté singulière.

Depuis longtemps, sans doute, on savait que le paludisme était, comme l'indiquait son nom, une maladie des contrées marécageuses. Volontiers on l'attribuait à des particules figurées et même vivantes, car sous le nom fort vague de miasmes et d'exhalaisons pestilentielles, on n'entendait pas seulement des vapeurs et des poisons chimiques.

Sans remonter jusqu'à l'antiquité où se trouve, dans les écrits de Varron, Vitruve, Columelle, Palladius, l'hypothèse toute gratuite de petits insectes voltigeant dans l'air, Lancisi et Rasori parlent d'animalcules, *serafici*, engendrés par la putréfaction des marécages. Virey signale des infusoires; Hammond, Mitchell, Mohry, des spores trouvées dans les localités marécageuses, Boudin accuse les exhalaisons de la flouve des marais (*Chara vulgaris*). L'opinion de Salisbury, qui faisait des palmelles de *Chlorococcum coccoma* le germe de la maladie, jouit un temps d'une certaine faveur. Divers parasites végétaux sont incriminés : *Cladophore* de Balestra, *Monilia penicillata* de Lanzi et Terrigi, *Lymnophysalis hyaline* d'Ecklund, *Hydrogastum granulatum* de Saffort et Bartlet. Le dernier venu était le *Bacillus malariæ* décrit par Klebs et Tommasi Crudeli en 1879.

On ne saurait donc prétendre que l'opinion médicale fût rebelle à l'idée de la nature parasitaire du paludisme. On ne peut dire qu'on n'avait jamais cherché de microbes dans cette maladie : on n'en avait même trouvé que trop, mais la faillite successive de toutes ces tentatives était bien faite pour inspirer quelque scepticisme à l'égard d'une nouvelle.

Et puis, le parasite décrit par Laveran s'éloignait beaucoup de tout ce qu'on savait alors en fait de microbes pathogènes. Il fallait pour le déceler la plus simple des techniques, celle qui donnait pour les autres les moins bons résultats : l'examen direct du sang à l'état frais. Les colorations spéciales pour l'observer dans les préparations sèches ne furent trouvées que longtemps après. On ne connaissait que bien peu de micro-organismes vraiment sanguicoles, vivant et se multipliant dans le sang humain. Ce n'étaient guère que la bactéridie du charbon, que Davaine avait trouvée en abondance à la période terminale de la maladie, et le spirochète d'Obermeier qui s'observait dans les accès de fièvre récurrente, maladie rare d'ailleurs en Europe où elle se confinait en certaines régions. Mais ces microbes sanguicoles se présentaient à peu près toujours sous la même forme, tandis que le parasite de Laveran revêtait des formes diverses. Ces multiples aspects ne répondaient-ils pas à des objets différents? L'hypothèse d'un cycle d'évolution, de transformations d'un seul et même parasite ne reposait alors sur aucune base certaine. Et puis ne devait-on pas se défier des artifices de préparation, des déformations des globules sanguins, dont M. Hayem avait montré la fréquence en signalant les causes d'erreur qu'elles pouvaient entraîner.

Joignez à cela que les occasions d'étudier le sang de paludiques en plein accès n'étaient pas fréquentes dans nos climats et que, dans les pays chauds où régnait le paludisme, les laboratoires étaient alors bien peu nombreux et pauvres de moyens, comme les travailleurs eux-mêmes.

Ce qu'on voyait dans nos régions tempérées en examinant le sang des paludiques, c'étaient surtout les corps en croissant et quelques corps sphériques, difficiles à distinguer en toute certitude des déformations des globules et blancs.

Pour entraîner la conviction, c'était le parasite en action qu'il fallait voir, c'était son mouvement, c'était le spectacle impressionnant des flagelles s'agitant et bousculant les globules environnants. C'est ce qui avait convaincu Laveran, c'est ce qui devait convaincre également ceux qui vérifièrent sa découverte.

J'ai plusieurs fois entendu le professeur Isidore Straus, grand ami de Laveran, mais qui, pendant plusieurs années, n'avait eu, comme tant d'autres, que peu de foi dans sa découverte, raconter comment il avait trouvé son chemin de Damas. Alors qu'il était médecin de l'hôpital Tenon, il vit un dimanche matin venir à lui Laveran qui le pressait instamment de se rendre sans retard au Val-de-Grâce pour examiner une préparation de sang provenant d'un paludéen en plein accès fébrile. Straus, pour ne pas déplaire à son ami, quitta son service à regret, s'attendant à ne voir une fois de plus que les aspects douteux des corps en croissant. Mais à peine eut-il jeté un regard sur la préparation, qu'il vit s'agiter des flagelles : dès lors, il ne douta plus et se fit l'apôtre convaincu de la nature parasitaire du paludisme.

D'autres acquirent de la même façon cette certitude. Mais il était nécessaire, pour faire une observation fructueuse, c'est-à-dire déceler les flagelles, de remplir certaines conditions : prélever le sang au début de l'accès ou même pendant le frisson, et choisir un malade qui n'avait pas été traité par la quinine.

On ne saurait donc s'étonner qu'il ait fallu plusieurs années pour que la découverte de Laveran fût acceptée par la plupart des médecins. L'auteur d'une autre découverte fameuse dans l'histoire du paludisme, sur laquelle j'aurai tout à l'heure à revenir, sir Ronald Ross, raconte qu'aux Indes, la découverte de Laveran ne fut vérifiée qu'en 1887 par Vandyke Carter et qu'il n'en entendit parler qu'en 1888. Encore n'y crut-il pas d'abord, car, comme beaucoup d'autres, il ne réussit ni à colorer ni à voir le parasite. Ce n'est qu'après avoir rendu visite, en Angleterre, à sir Patrick Manson qu'il fut pleinement édifié.

Mais Laveran n'était pas homme à se laisser rebuter par les doutes et l'indifférencs de ses contemporains. Il poursuivit dans l'incrédulité quasi générale ses recherches et, voyageant à Rome en 1882, grâce à l'accueil bienveillant du ministre de l'Instruction publique Baccelli, qui fut associé à notre Académie, et qui a laissé dans la médecine un nom célèbre, il eut la satisfaction de retrouver, chez les paludéens de la campagne romaine, à l'hôpital San Spirito, les mêmes parasites qu'il avait vus en Algérie et en France.

En 1884, il rassemble dans un *Traité des fièvres palustres*, qui devient plus tard le *Traité du paludisme*, toutes ses observations personnelles qui formaient un apport des plus riches à l'histoire didactique de cette maladie. C'est un ouvrage fondamental auquel doivent recourir encore aujourd'hui tous ceux qui cherchent des documents sur le paludisme.

Déjà nul ne contestait plus l'existence et le rôle du parasite. Pourtant tout cet ensemble de recherches magnifique et toute cette gloire ne paraissent guère avoir facilité à Laveran l'avancement dans sa carrière militaire, et c'est plutôt au jeu de l'ancienneté et des services ordinaires qu'il dut ses grades et ses emplois. Nommé, en 1884, professeur d'hygiène militaire au Val-de-Grâce, il remplit pendant dix ans cette fonction et publia son enseignement dans un nouveau livre, le *Traité d'hygiène militaire*, paru en 1896. Au terme réglementaire de son professorat, il fut nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, puis directeur du Service de santé du XIe corps d'armée à Nantes. Sans hôpital ni laboratoire, contraint à des besognes administratives, privé désormais de tout moyen de poursuivre les études qui le passionnaient, à peine âgé de cinquante ans et sans avoir atteint le grade de médecin-inspecteur qui lui eût assuré du moins une retraite honorable, *otium cum dignitate*, il prit le parti de demander une retraite prématurée. Elle fut acceptée.

La médecine militaire se trouva très fâcheusement atteinte par cette retraite volontaire. Quelques-uns de ses membres ne craignirent pas d'apprécier sévèrement les motifs qui l'avaient entraînée. « En nous quittant, vous nous décapitez », disait à Laveran notre éminent collègue M. Vaillard et Léon Lereboullet, qui avait débuté par la médecine d'armée avant de prendre dans le journalisme médical une place de choix, écrivait dans la *Gazette hebdomadaire* : « Appelé durant de longues années encore à rehausser la renommée du corps auquel il appartenait, M. Laveran se retire, écœuré des dénis de justice et des vexations imméritées dont il a été victime. »

Meurtri par l'ingratitude officielle, désabusé mais non découragé, car il garde intacte une foi scientifique supérieure à tous les déboires, Laveran cherche un gîte où de poursuivre en paix son labeur il ait la liberté. Une maison, un sanctuaire pourrait-on dire, où depuis déjà dix ans se fortifient les vocations scientifiques et s'entretient avec ferveur le culte encore nouveau de la microbiologie, lui offre alors cet asile sûr. Nanti du titre de chef de service honoraire, Laveran partage avec M. Mesnil, à l'Institut Pasteur, une très modeste chambre de travail, si petite qu'à peine osera-t-on l'appeler laboratoire, n'était la grandeur de l'œuvre qui s'y accomplit.

Une nouvelle période commence dans l'existence du savant. Avec une ardeur rajeunie, pendant vingt-cinq ans, jour après jour, il vient assidûment se livrer pendant de longues heures à ses patientes études, dont il étend bientôt le champ. Sans délaisser son sujet préféré, le paludisme, il s'intéresse à tous les protozoaires pathogènes et les nombreux travaux qu'il publie sur ce sujet lui valent d'être l'un des fondateurs de cette partie nouvelle de la microbiologie qui prend le nom de protozoologie.

Il décrit d'abord plusieurs espèces de sporozoaires : coccidies et myxosporidies. Il précise la morphologie des sarcosporidies et met en évidence leur toxine ou sarcocystine. Il étudie les hématozoaires endoglobulaires des oiseaux, si voisins de ceux du paludisme humain. Il fait connaître plusieurs espèces nouvelles d'hémogrégarines des vertébrés à sang froid et donne une classification des *Hæmocytozoa*.

Les trypanosomes font l'objet de très nombreuses publications : il en découvre une trentaine d'espèces parasites des vertébrés, notamment avec M. Mesnil le genre *Trypanoplasma*. Le livre de ces deux auteurs, *Trypanosomes et trypanosomiases*, paru en 1904 et dont ils donnèrent en 1912 une seconde édition, reste l'ouvrage le plus étendu sur cette question.

Etudiant les leishmanioses, Laveran fait connaître avec Cathoire le premier cas de kala-azar infantile d'origine tunisienne, montrant l'identité du kala-azar méditerranéen et du kala-azar indien. Son livre sur les *Leishmanioses*, paru en 1917, s'ajoute à ceux qu'il avait déjà consacrés aux protozoaires.

A son instigation s'était fondée, en 1908, la Société de pathologie exotique, et nul n'était mieux qualifié pour en diriger les débats. Aussi en conserva-t-il la présidence jusqu'en 1920, ne cessant de lui apporter le fruit de ses travaux personnels. Grâce à lui, cette société s'est acquis des titres éminents à la reconnaissance de notre empire colonial, dont elle a étudié les maladies ainsi que les moyens de les éviter. On doit citer, entre autres documents, le rapport qu'il rédigea avec Kermorgant sur la prophylaxie de la maladie du sommeil et son instruction médicale pour la mission française de la maladie du sommeil au Congo.

Hors de France, en maintes circonstances, Laveran propagea la renommée scientifique de notre pays en présentant des rapports à divers Congrès internationaux : à Londres en 1891, 1907 et 1913, à Lisbonne en 1906, à Berlin en 1907, à Budapest en 1909, à Washington en 1912.

Au milieu de tant de travaux, il trouve encore le temps d'écrire, pour le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dont il est membre depuis 1904, de substantiels rapports sur les sujets les plus divers, tels que l'hygiène des boulangeries, le commerce de la glace, les fosses septiques, les mesures à prendre à Paris contre les moustiques.

Pendant la guerre, il se multiplie, préside des Commissions, rédige des rapports et notamment une instruction sur la prophylaxie et le traitement du paludisme à l'armée d'Orient ; il fait des inspections jusqu'au front, dans nos corps d'armée, et dans le même temps, malgré la perte de son dernier collaborateur, aussi fidèle que modeste Roudsky, mort glorieusement pour la France, il n'en poursuit pas moins des recherches sur les flagelles parasites des insectes.

Comment ne pas admirer cette discipline de l'esprit qui ordonne toute son existence et lui permet, sans négliger la science qu'il aime par-dessus tout, de suffire à tant et de si lourdes tâches ?

La découverte de l'hématozoaire du paludisme, faisait la lumière sur la nature d'une de ces maladies

les plus répandues et les plus meurtrières. Mais elle appelait un complément, celui de la sanction thérapeutique. Le parasite trouvé, il restait à chercher les meilleures armes pour le détruire dans l'organisme des malades et l'empêcher d'atteindre l'homme.

Pour le traitement curateur de la maladie, la médecine possédait depuis longtemps la quinine. Encore fallait-il étudier l'action de ce remède sur le parasite, afin d'en utiliser la vertu de la façon la plus efficace. Laveran s'en était, dès le début, préoccupé; il avait montré que la quinine faisait disparaître le parasite du sang et il avait donné des règles pour l'emploi de cet alcaloïde.

Quant à la prophylaxie du paludisme, elle se résumait d'une façon bien imparfaite dans l'assainissement des régions dangereuses, formule à la vérité bien vague. Il importait de savoir où siégeait le parasite en dehors du corps humain et comment il venait jusqu'à l'homme.

Maintes fois on avait cherché l'origine du paludisme dans le sol, dans l'eau, dans l'air. Marécages et mauvais air en étaient les sources présumées, qui justifiaient les noms de paludisme et malaria donnés à la maladie. C'étaient surtout les terrains marécageux, donc l'eau et le sol, qui semblaient, selon nos anciens, recéler ce qu'on appelait d'abord le miasme, devenu plus tard le parasite. Or, il n'en était rien. Laveran avait fait, à cet égard, d'infructueuses recherches, et, dès 1884, il pensait que le parasite devait parcourir une phase de son existence extrahumaine non dans le milieu extérieur inanimé, mais dans un hôte intermédiaire et probablement dans le corps des moustiques dont sont infestées les régions palustres.

A cette date, Patrick Manson avait déjà trouvé, depuis 1877, à Amoy sur la côte de Chine, qu'une maladie parasitaire, la filariose, était propagée par les moustiques et que, dans le corps de ces insectes, le parasite accomplissait le premier stade de son développement. Cette découverte, qui l'avait aussitôt rendu célèbre, lui avait inspiré l'idée que les moustiques jouaient peut-être un rôle analogue dans la propagation du paludisme.

J'ai parlé plus haut de la visite que fit en Angleterre sir Ronald Ross à sir Patrick Manson. En cette rencontre mémorable, où Manson mit Ross au courant de la découverte de Laveran, il lui fit part en même temps de sa propre idée sur la transmission du paludisme et lui communiqua sa foi dans cette hypothèse.

En 1895, Ross repart pour l'Inde et désormais consacre tous ses efforts à résoudre le problème ainsi posé. Des difficultés sans nombre se dressent à chaque pas devant lui. Seul, avec le concours précaire de quelques serviteurs indigènes, changeant souvent de résidence en raison de ses fonctions au service médical du gouvernement de l'Inde, il lui faut apprendre sans livres et par la simple observation personnelle l'anatomie des moustiques, leur classification, leurs mœurs et le cycle évolutif de l'hématozoaire. Mais, entre Londres et Calcutta, une correspondance s'échange. Soutenu, guidé, réconforté par Manson, Ross surmonte peu à peu tous les obstacles. Il entrevoit l'évolution du parasite du paludisme dans certains moustiques. Puis, les circonstances l'amenant à étudier le paludisme des oiseaux, c'est chez ces animaux qu'il établit d'une façon précise le cycle complet d'un hématozoaire très voisin de celui du paludisme humain. Ainsi, de cette collaboration singulière de deux savants, unis par la pensée, mais séparés par la distance, naît la découverte, éminemment féconde en résultats bienfaisants, dont Ross a conté les péripéties dans un récit d'un puissant intérêt : épopée scientifique aussi captivante qu'un roman d'aventures.

Les faits découverts par Ross sont vérifiés point par point chez l'homme en Italie, et c'est surtout Grassi qui démontre que, dans cette transmission du paludisme humain, les anophèles sont, parmi les moustiques, les seuls en cause.

Au lendemain de cette découverte qui complète et fortifie la sienne, en 1898, Laveran est naturellement parmi les premiers défenseurs de la transmission du paludisme par les anophèles, et, tandis qu'en Italie, Grassi confirme, en ce qui concerne l'hématozoaire du paludisme humain, les résultats de Ross, il s'applique à montrer l'abondance des anophèles dans les régions palustres. Il en recueille en Camargue et en Corse et s'en fait envoyer de toutes les parties de notre domaine colonial. Il établit alors les règles à suivre pour l'assainissement des régions infestées. Il fonde la Ligue corse contre le paludisme et prend une part des plus actives à la campagne organisée pour assainir notre département insulaire.

Porter un jugement sur une découverte est toujours chose délicate. Le recul du temps n'y est pas inutile. Mais on peut envisager la découverte sous plusieurs aspects.

Le mérite de la découverte est surtout dans sa difficulté. Il est des découvertes relativement faciles. Quand une technique générale est connue, beaucoup de faits particuliers peuvent souvent être trouvés sans grand effort. Il est, en revanche, des découvertes qui exigent des techniques nouvelles et compliquées : ce sont des problèmes préalables qu'il faut alors patiemment résoudre. Tel fut le cas de Laveran travaillant seul, presque isolé du monde scientifique. C'est par un labeur acharné, avec une volonté constamment tendue, qu'il parvint à faire l'observation décisive qui jetait la lumière sur ce qu'il s'était proposé de trouver.

Mais si la difficulté fait le mérite, elle ne fait pas la grandeur de la découverte. Ce sont les conséquences qui la font. Une découverte est grande quand elle est féconde en résultats d'ordre théorique ou pratique, lorsqu'elle conduit à de nouvelles découvertes ou bien à des applications utiles.

Combien est grande celle de Laveran! D'abord elle est devenue en quelque sorte la base de cette partie de la science qu'on appelle la protozoologie. Puis elle a immédiatement fourni à la médecine un moyen précieux de diagnostiquer le paludisme. Enfin, elle a conduit à la lutte scientifique contre la maladie.

Il n'est pour s'en rendre compte que d'écouter Ronald Ross. La malaria, dit-il, « est peut-être la plus importante de toutes les maladies de l'huma-

nité. On peut dire qu'on la trouve presque partout sous les tropiques et qu'elle s'étend aussi à beaucoup de pays tempérés, puisqu'on la rencontre au Nord jusqu'en Suède et au Canada ». Il rappelle que, dans l'Inde qui compte près de 300 millions d'habitants, elle en tue, d'après la statistique de 1900, environ 5 millions par an. Il rappelle qu'en Italie Celli évaluait à 2 millions le nombre des malades et que, dans le continent africain, d'après les recherches de Koch, la moitié des enfants noirs étaient infectés. Il remarque que le paludisme sévit en des territoires fertiles qui ont pour l'homme la plus grande valeur et qu'il frappe non seulement des indigènes barbares, mais aussi les pionniers de la civilisation : le planteur, le commerçant. « Le paludisme, dit-il, est donc l'allié le meilleur et le plus formidable de la barbarie, plus hostile à la civilisation que les déserts, les races sauvages et les difficultés géographiques... Ce que nous appelons le continent noir devrait être appelé le continent paludéen, car pendant des siècles les vagues successives de la civilisation qui ont déferlé sur l'Europe et l'Amérique, et ont fécondé ces pays, sont venues se briser sur les rivages mortels de l'Afrique. » Mais dès que le principe de la lutte contre les moustiques est posé, partout où cette lutte peut être entreprise avec fruit, la malaria recule. A Ismaïlia, où la Compagnie du canal de Suez comptait annuellement de 1.500 à 2.000 cas de paludisme, Ross est appelé en 1902 à conseiller les mesures à prendre et, dès l'année suivante, le nombre des cas tombe à 200. Qui ne sait l'effroyable mortalité qui vint arrêter à Panama l'effort de Ferdinand de Lesseps? Commencés en 1890, huit ans avant la découverte de Ross, c'est seulement lorsque le major américain Gorgas applique les méthodes de destruction des moustiques que les travaux du canal peuvent être repris et que sont vaincus du même coup les deux fléaux du paludisme et de la fièvre jaune. Ainsi se renouvelle de nos jours, par des moyens scientifiques, le mythe herculéen de l'hydre de Lerne.

Magnifiques résultats d'une magnifique découverte qui place Laveran au rang de ces inventeurs de génie auxquels le grand public accorde volontiers sa faveur parce qu'il apprécie plus directement les avantages qu'il leur doit.

Le public, en effet, jugeant avec simplicité, comprend mieux l'importance d'une invention dont les applications procurent des avantages immédiatement visibles et matériellement profitables. Il en arrive même aujourd'hui à s'élever contre le contraste fréquent entre l'inventeur que sa découverte laisse le plus souvent dans une situation modeste, et même parfois précaire, et l'industriel enrichi par l'exploitation de cette découverte. Sans doute, le semeur de richesse est loin d'être appelé toujours à prendre part à la récolte, et ce n'est pas d'hier que le *sic vos non vobis* semble être la règle du travail. Mais le public aujourd'hui est disposé à traiter cette inégalité d'injustice. Même un généreux projet propose d'opérer sur les gains que procurent les applications de la découverte scientifique un prélèvement au profit de son auteur. En vérité, cette dîme s'appliquerait assez bien aux inventions mécaniques, physiques et chimiques, mais fort difficilement aux découvertes biologiques. Combien peu de ces dernières sont de nature à faire recette? Dans toute l'œuvre de Claude Bernard on n'en trouverait guère. Même dans les trois siècles écoulés depuis la découverte de la circulation du sang, le projet en question n'arriverait pas à reconstituer la fortune que firent perdre à Harvey les attaques qu'elle lui valut en écartant de lui sa clientèle. L'œuvre de Laveran, si profitable à l'humanité, en est un nouvel exemple : elle n'a engendré aucune application lucrative.

Ne serait-ce pas le devoir des savants d'appeler sur ce point l'attention du public et de l'éclairer sur la portée des recherches désintéressées, dont les immenses bienfaits se répandent sur tout le genre humain sans enrichir aucune personne particulièrement habile ou laborieuse? N'appartient-il pas aux biologistes de faire connaître à la masse du peuple les problèmes qu'ils ont à résoudre pour le bien général et de solliciter de sa part les ressources nécessaires? L'Etat assurément y pourrait pourvoir, mais qui ne sait qu'il a pour ces sortes de choses l'oreille un peu dure, la vue un peu courte et la main quelque peu lente à s'ouvrir?

De l'Etat, Laveran n'avait reçu, pendant toute sa vie dans l'armée, que les galons de médecin principal et la simple croix de la Légion d'honneur. C'est après sa retraite qu'il devint officier, puis commandeur. Mais, à défaut des plus hauts grades militaires, Laveran conquit celui de grand homme. En France comme à l'étranger, les savants ne lui ménagèrent pas les marques de leur admiration. L'Académie de médecine l'avait élu en 1893, l'Académie des sciences en 1901. Nombre de Sociétés savantes en tous pays, entre autres l'illustre Société royale de Londres, avaient tenu à honneur de le compter parmi leurs membres associés ou honoraires. En 1907, le prix Nobel de physiologie et médecine ne fit que sanctionner une gloire universellement reconnue. Il en consacra le montant à l'amélioration de son laboratoire de l'Institut Pasteur, montrant ainsi que ce lieu lui était plus cher que tout autre. Plus peut-être que par les hommages officiels, fût-il touché dans son âme reconnaissante quand, en pleine guerre, le 20 juin 1915, en une cérémonie intime, la noble maison célébra le jubilé de ses soixante-dix ans.

Bientôt ensuite, la victoire lui apportait une autre joie, celle d'avoir assez vécu pour voir revenir à la France l'Alsace avec sa Faculté de médecine de Strasbourg où il avait débuté dans la carrière médicale, et Metz où il avait tant souffert pendant l'année terrible, terres de souvenir dont la perte avait doublement fait saigner son cœur de patriote.

Au physique, Laveran donnait l'impression d'incarner le devoir et la discipline. De taille moyenne, d'allure un peu raide, les lèvres minces et serrées, d'accueil un peu distant, de manières contenues et réservées, il avait le geste rare, la parole lente, sans éclat, mais ferme, assurée, concise. Sous ces dehors un peu froids, la chaleur de sa bonté se faisait sentir à ceux qui pénétraient dans son intimité. Son esprit de justice lui assurait une légitime influence dans les sociétés auxquelles il appartenait.

S'étant fait le serviteur de la science et la servant avec passion, il s'imposait le devoir de lui consacrer toute son activité. Aussi avait-il organisé sa vie de travail avec une discipline qu'une volonté opiniâtre maintenait intangible. Il pouvait faire sienne la devise du Taciturne, n'étant point de ceux qui, en trop grand nombre aujourd'hui, n'entreprennent que parce qu'ils espèrent et ne persévèrent qu'après avoir vu d'autres réussir.

Lorsque notre Académie célébra le centenaire de sa fondation, en décembre 1920, elle connut l'heureuse fortune d'avoir Laveran pour président. Nul n'était plus digne de marcher à sa tête et de parler en son nom, selon le terme qui définissent dans notre règlement les fonctions présidentielles. L'universelle renommée du savant ne concourut pas peu au prestige de nos cérémonies. Mais la tâche était lourde et les forces commençaient à trahir le vieillard. Son indomptable volonté lui permit d'accomplir jusqu'au bout ce qu'il estimait son devoir. A ses côtés, j'ai pu mesurer l'effort qu'il s'imposa et dont notre Compagnie ne saurait témoigner à sa mémoire trop de gratitude.

Il s'est éteint le 18 mai 1922, au milieu des siens, dans ce foyer familial où il avait toujours goûté le bonheur intime, complètement mérité de ses joies de savant.

Dans quelques mois, sur cette terre d'Afrique, où depuis cinquante ans déjà flottait son drapeau lorsqu'eut lieu la découverte de Laveran, la France en célébrera le cinquantenaire. Berceau de cette découverte, l'Algérie consacrera la mémoire du savant dont les travaux n'ont pas été étrangers à son merveilleux essor. Aux inscriptions commémoratives qui, à l'hôpital militaire de Constantine, rappellent comme des bulletins de victoire la date glorieuse, s'ajouteront de nouveaux témoignages d'admiration. Un village de cette France africaine, où se dressera son effigie, porte déjà le nom vénéré de ce grand Français. Là, de petits Français, générations nouvelles, héritières de ses bienfaits, apprendront non sans fierté, en épelant le nom du lieu natal, qu'il signifie la reconnaissance au savant, le respect de la science et l'amour de la grande Patrie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1929)

M. Jules RENAULT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1929. M. le président QUÉNU proclame ensuite les noms des lauréats.

Eloge de Laveran. — M. Ch. ACHARD, secrétaire général, prononce le bel éloge de Laveran que nous publions in extenso dans ce numéro.

A l'issue de la séance le portrait de Laveran a été projeté sur l'écran, puis un très beau film de M. Comandon a été consacré à l'étude de l'hématozoaire du paludisme.

PRIX DÉCERNÉS EN 1929

PRIX DE L'ACADÉMIE (1.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX DU PRINCE ALBERT Ier DE MONACO (100.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Borrel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Peigney (d'Ille-et-Vilaine).

PRIX APOSTOLI (800 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

PRIX DU MARQUIS D'ARGENTEUIL (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jules Janet (de Paris).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. André Marion (de Paris).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de de rente de 24.000 fr.). — Pas de mémoire présenté.

PRIX DU BARON BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Chabanier, Mlle Lebert et M. Lobo-Onell (de Paris). Elle décerne des mentions honorables à M. le Dr Hervouet (de Paris) et à M. le Dr Léon Collin, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales.

PRIX BARTHÉLEMY (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. René Fauvert (de Paris).

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie décide d'attribuer les arrérages du prix à M. le Dr Victor Ball (de Lyon). Elle décerne également une mention honorable à M. le docteur Ladreyt (de Monte-Carlo).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Malméjac (d'Alger).

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice Piettre (de Paris).

PRIX ELISE CAILLERET (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Fleuret, vétérinaire militaire à Nancy.

PRIX CAPURON (1.800 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX CHEVILLON (2.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX CIVRIEUX (1.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Urbain et Barotte, de l'Institut Pasteur.

PRIX DAUDET (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Pierquin et Richard (de Paris).

PRIX DE LA FONDATION DAY (Deux titres de rente de 3.000 fr.). — Pas de mémoire présenté.

PRIX DEMARLE (750 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Cachera et Demars (de Paris).

PRIX DESNOS (3.000 fr.). — L'Académie a décerné le prix à M. le Dr Rémy Néris (de Paris).

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre MM. les Drs Coutelen (de Paris) et Lecoq (de Neuilly-sur-Seine). Elle décerne des mentions honorables à MM. les Drs Aimes (de Montpellier) et Dhers (de Paris).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, ces arrérages sont attribués à titre d'encouragement à M. Maurice Kaplan (de Paris).

PRIX FERDINAND DREYFOUS (2.800 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Maurice Rollet (de Paris). Des mentions honorables sont décernées à M. le Dr Maisonnet, du Val-de-Grâce, et M. Marcel Metzger (de Paris).

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. les Drs Weissenbach (de Paris) et Françon (d'Aix-les-Bains).

PRIX PIERRE GUZMAN (Un titre de rente de 2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX DU DOCTEUR FRANÇOIS HELME (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. René Gayet et Mlle Guillaumie (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie a attribué le prix à M. le Dr Chavany (de Paris).

PRIX HENRI HUCHARD (8.000 fr.). — L'Académie décerne ce prix à la mémoire du médecin commandant Chatinières, dont la vie toute de dévouement et d'abnégation peut être donnée comme exemple aux jeunes générations de médecins.

PRIX LÉON LABBÉ (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Dartigues (de Paris).

PRIX LABORIE (6.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Yves Delagenière (du Mans).

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie partage le prix entre M. le Dr Nguyèn Van Luyèn, de Phuc-Yèn (Tonkin) et M. Lucien Klotz (de Paris).

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, les arrérages du prix Laval à M. Jean-Paul-Henri Cordebar.

PRIX LEFÈVRE (3.000 fr.). — Pas de mémoire présenté.

PRIX LE PIEZ (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix, partage les arrérages de la façon suivante : 1° le Dr Jean Delalande (de Paris), 1.000 fr.; 2° les Drs Daniel et Jean Olmer (de Marseille), 400 fr. ; 3° le Dr Jean Blum (de Paris), 300 fr.; 4° le Dr Simonin (de Strasbourg), 300 fr. L'Académie décerne, en plus, une mention honorable à M. le Dr Marc Iselin (de Paris).

PRIX LEVEAU (2.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX LORQUET (300 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Crouzon (de Paris). Elle décerne des mentions honorables à M. le Dr Pierre Varé (de Paris) et à M. le Dr Teulié (de Bordeaux).

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

PRIX MEYNOT (2.600 fr.). — L'Académie attribue ce prix à MM. Duverger (de Limoges) et Velter (de Paris). Elle décerne, de plus, une mention très honorable à Mme Delanoé (de Mazagan, Maroc).

PRIX ALPHONSE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Bailly, chef de service à l'Institut Pasteur du Maroc. Des mentions honorables sont décernées à MM. les Drs Abbatucci, Némorin Lefrou, Sautet, Velu et Balozet, Tremsal.

PRIX NATIVELLE (600 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX OTTERBOURG (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Charles Brody (de Grasse).

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix, destiné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine), est décerné à M. Léon Michaux, interne à l'hôpital de la Pitié.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Lereboullet et Boulanger-Pilet (de Paris).

PRIX PORTAL (1.000 fr.). — Pas de mémoire présenté.

PRIX POURAT (1.200 fr.). — Pas de mémoire présenté.

PRIX REBOULEAU (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Célice (de Paris).

PRIX JEAN REYNAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Charles Dubois, directeur des services vétérinaires du Gard.

PRIX PHILIPPE RICORD (800 fr.). — Pas de mémoire présenté.

PRIX ROUSSILHE (10.000 fr.). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix. Toutefois, elle attribue, sur les arrérages disponibles et à titre d'encouragement, une somme de 2.500 fr. partagée entre les auteurs des mémoires de la façon suivante : M. Busquet (de Paris), 1.000 fr.; MM. Jausion, Debucquet et Pecker (de Paris), 500 fr. chacun.

PRIX SAINT-LAGER (1.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Busquet (de Paris).

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Petit-Dutaillis (de Paris).

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Worms (de Paris) et Marmoiton (d'Alger).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1928.

Médaille d'or, à : M. le Dr Henri Thierry, inspecteur général du service d'hygiène.

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs A. Pic, Broquin-Lacombe, Olmer, Trabaud, Baylac, Rochaix.

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Maillard, Massan, M. Illiaquer, M. le Dr Janvier, M. le lieutenant-colonel Cartron, M. Bragard.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1928, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Rappels de médailles d'or, à : MM. les Drs Molinéry (de Luchon) et Glénard (de Vichy).

Médailles d'or, à : MM. les Drs Mougest (de Royat-les-Bains), P.-L. Violle (de Vittel).

Rappel de médaille de vermeil, à : M. le Dr Pelon (de Luchon).

Rappel de médaille d'argent, à : M. le Dr S. Baqué (de Luchon).

Médaille d'argent, à : l'Institut hydrologique de la Faculté de Strasbourg, pour l'ensemble des divers travaux des élèves de M. le Dr Blum.

Rappel de médaille de bronze, à : M. le Dr Armengaud (de Cauterets).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Aubertot (de Royat), Debidour (du Mont-Dore). Duhot (de Lille), du Pasquier (de Saint-Honoré).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1928 :

1° **Vaccination antivariolique.** — *Médaille d'honneur*, à : M. le Dr Raynaud (d'Alger).

Rappel de médaille de vermeil, à : M. le Dr Loir (du Havre).

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Belin (de Strasbourg), Chevallereau (de Paris), Meyer (de Sarrebourg).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Haury, Janot et Malbec (de Paris).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Ber (de Paris), Blondin, en A. O. F., Bordas (de Paris), Giss (de Thionville), Guldner (de Boulay), Morin (de Paris), Muraz et Riquier (du Tchad), Ungerer (de Strasbourg), Yuen (de Paris).

Rappels de médailles de bronze, à : MM. les Drs Acheray, Arnoux, Jacobson, Ricapet et Tournier (de Paris).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Andraud (de Pontgibaud), Bach (de Sarre-Union), Baron (de Paris), Bassin (d'Ennezat), Batisse et Bertrandon (de Paris), Boeldieu (de Drancy), Braunberger et Briat (de Paris), Combaudon, en A. E. F., Daniel, Grivot et Guérin (de Paris); Guri (d'Urmatt), Hilaire (de Cochinchine), Ladevie (de Billom), Lévy (d'Illkirch-Graffenstaden), Margain (de Thiais), Marzolf (de Woerth-sur-Sauer), Mugel (de Mittelhausen), Noir (de Paris), Pappas (de Montpellier), Renault (de Paris), Schaller (de Muttersholtz), Strauss (de Paris), Becker (d'Alfortville), Chameroy (de Bondy), Chrétien (de Metz), Lecté (de Saint-Denis), Mangin (de Metz), Ranoux (de Sauvagnat-Sainte-Marthe), Vié (des Lilas), Nguyen-van-Khaï (de Cochinchine).

2° **Vaccination antidiphtérique.** — *Rappel de médailles de vermeil*, à : MM. les Drs Darré, Laffaille, Loiseau, Roubinowitch et Zoeller (de Paris).

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Harvier (de Paris), Ledoux (de Besançon), Lereboullet, Lévy, Ribadeau-Dumas et Tanon (de Paris), Vigne (de Lyon).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Gréhant (de Chaumont), Mallard (de Dijon), Vaillant (d'Arras).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Aynaud (de Chartres), Bénard (de Paris), Bernard (de Besançon), Camus (de Paris), Chabannes (de Saint-Trojan), Despeignes (de Chambéry), Dufestel (de Paris), Dupret (d'Ecouen), Fragne (de Châlons-sur-Marne), Gournay (de Paris), Jarry (de Banyuls-sur-Mer), Lafosse (de Vanves), Lamy (de Melun), Lebailly (de Caen), Lehmann (de Nevers), Méténier (de Villejuif), Paquet (de Beauvais), Pesch (de Toulouse), Prioleau (de Brives), Romain (de Canteleu), Rousseau (de Rouen), Venot (de Saint-Germain-en-Laye), Villière (de Saint-Denis), Violette (de Saint-Brieuc).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Andrieux (de Rennes), Ardould (de Wassy-sur-Blaise), Babin (d'Arpajon), Bataille-Sarthou (de Bruay), Bassin (d'Ennezat), Bercovici (de Saint-Denis), Bertrand (de Saint-Germain-en-Laye), Bezançon (de Boulogne-sur-Seine), Bianquis (de Paris), de Boissezon (de Toulouse), Bourdinière (de Rennes), Braunberger (de Paris), Breavoine (de Bois-Colombes), Cassoute (de Marseille), Champion (de Nancy), Chanteux (de Falaise), Cheynel (de Saint-Agrève), Clouzeau (de Niort), Courgenou (de Courbevoie), Coron (de Saint-Chamond), Durozoy (de Villeneuve-Saint-Georges), Dussaut (de Valence), Fouquier (de Viroflay), Gaudeau (de Tours), Guinoiseau (de Saint-Dizier), Hazemann (de Vitry), Henry (de Paris), Igonet (d'Avignon), Johanno (de San-Salvadour), Jaillard (de Nevers), Langle (de Fontenay-sous-Bois), Latil (de Villeurbanne), Laurent (de Bois-Colombes), Lefebvre (de Cerisy-la-Forêt), Loriot (de Saint-Dizier), Loyer (de Creil), Marconnet (de Saint-Chamond), Martin (de Plancher-les-Mines), Martial (de Paris), Marvillet (de Tucquegnieux), Mirault (de la Charité-sur-Loire), Mossé (de Saint-Etienne), G. et M. Mozer (de Berck-sur-Mer), Nourry (de Paris), Oursel (d'Evreux), Para (de Chabottes), Perchepied (de Paris), Pigeon (de Saint-Symphorien), Poiteau (de Bienvillers-au-Bois), Ponthieu (de Doullens), Pouzin-Malègue (de Nantes), Poty (de Laval), Pratbernon (de Nancy), Raingeard (de Rennes), Requin (de Paris), Riquier (de Fauquemberghes), Robin (de Nantes), de Saint-Fuscien (de Grandvilliers), Sommelet (d'Arc-en-Barois), Thomas (de Vimy), Toupet (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes, pour leurs travaux en 1928 :

Médaille d'or, à M. le Dr Devraigne, président de la Mutualité maternelle.

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. les Drs Truffet (de Seyssel) et Cassoute (de Marseille),

Médaille de vermeil, à MM. les Drs Rocaz (de Bordeaux) et Londe (de Paris).

Médaille d'argent, à : MM. les Drs Neveu (de Paris) et Grasset (de Tours).

Rappel de médaille de bronze, à : MM. les Drs Bonnenfant (de Soissons), Ciaudo (de Nice).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Péliçaud (de Bourg), Bussière (de Montluçon), Coupu (de Camballe), Hiblet (de Chateaudun), Carrère (de Sertheilhac), Avril (de Charlieu), Onillon (de Nantes).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1929)

Hypertension artérielle et néphrite. — M. F. RATHERY L'hypertension peut exister sans lésion rénale mais la preuve n'est nullement faite que dans la majorité des cas d'hypertension chez les néphritiques la lésion rénale ne soit pas la cause directe de cette hypertension. Il faut pour affirmer qu'un rein est fonctionnellement normal multiplier les épreuves. D'autre part on n'est nullement autorisé à isoler dans le rein la lésion vasculaire et à dire qu'un rein est normal lorsque ses artérioles et ses capillaires sont altérées.

Kyste sus-péricardique chez une femme de quatre-vingt-six ans. — MM. Henri DUFOUR et MOURRUT présentent une pièce très rare découverte à l'autopsie d'une femme de quatre-vingt-six ans morte de ramollissement cérébral.

Il s'agit d'une tumeur kystique du médiastin antérieur qui a été rapportée par M. Oberling à un kyste du péricarde.

Lésions cérébrales chez une syphilitique. Leur pathologie. — MM. Maurice RENAUD et MIGET. Une jeune femme contracte la syphilis dans un milieu hospitalier, présente des accidents secondaires et cutanés et muqueux. Elle est soignée pendant quelques mois de façon très convenable jusqu'au jour où sur la foi de réactions humorales, tout traitement est suspendu.

Dans le cours de sa deuxième année de sa syphilis elle fait un ictus dont elle sort hémiplégique.

Elle meurt de tuberculose à marche rapide. L'autopsie montre une atrophie considérable de l'hémisphère gauche avec une énorme dilatation ventriculaire. Toute la partie centrale de l'hémisphère est atrophiée, l'écorce de l'insula confinant presque au ventricule.

Ainsi chez cette malade atteinte de grosses lésions cérébrales en pleine période de syphilis secondaire, les lésions n'ont pas été celles qu'on décrit (un peu théoriquement peut-être) dans la syphilis. Ni méningite, ni artérites, ni foyers gommeux.

Mais une encéphalite dégénérative, à foyers multiples et tous situés dans une région circonscrite du cerveau.

Il est bien plus vraisemblable que la lésion a été d'emblée dégénérative et non inflammatoire.

Elle est voisine anatomiquement de toutes les encéphalites parasitaires dont l'étude est maintenant entrée dans la voie expérimentale. Sa nature toxique ou infectieuse pourrait être soutenue.

Méningite cérébro-spinale purulente aiguë à staphylocoque suivie de guérison. — MM. LAPORTE, CALAZ et BENOIT (de Toulouse) rapportent un cas chez un enfant de douze ans, à la suite d'une ampoule suppurée du talon. Après une durée de seize jours la méningite rétrocéda lors de l'apparition et le drainage d'une ostéomyélite du tibia à gauche.

Le pronostic de cette méningite est habituellement grave surtout quand l'infection est d'origine sanguine.

La précision n'est signalée en pareil cas que dans une observation de Rocaz et dans l'observation ci-dessus.

Un cas de maladie de Hodgkin à prédominance splénique. — M. MONDON cite un cas.

M. P.-E. WEIL cite quatre cas et considère que cette forme est loin d'être exceptionnelle.

M. BEZANÇON rapporte un cas ayant évolué avec comme unique symptôme de la fièvre. Ce diagnostic a été posé par l'examen anatomique de la rate.

Maladie rhumatismale à début péritonéal. — M. COSTEDOAT,

Un cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanée chez le nourrisson, avec chancre d'inoculation à la peau. — MM. Léon BERNARD, Marcel LELONG et Maurice LAMY rapportent l'observation d'un nourrisson de dix mois porteur d'une lésion cutanée ulcéreuse de la paroi thoracique avec adénopathie axillaire satellite.

Il s'agit d'une primo-inoculation tuberculeuse par voie cutanée, l'enfant ayant été contaminée par une mère phtisique.

Rapprochant ce cas d'un certain nombre d'autres précédemment publiés, les auteurs décrivent l'évolution de la lésion primaire et en discutent le pronostic. Il semble que la guérison s'observe dans plus de 50 p. 100 des cas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1929)

Recherches sur l'action convulsivante de la picrotoxine. — M. Ph. PAGNIEZ, au cours de recherches sur l'épilepsie expérimentale, a fait de nombreuses expériences avec la picrotoxine, alcaloïde extrait comme on sait de la coque du Levant et connu pour ses propriétés convulsivantes.

En injection dans le bout périphérique de la carotide la picrotoxine tue à la dose de 2 milligrammes un cobaye de 500 à 600 grammes en vingt minutes environ avec des accidents convulsifs généralisés très violents.

En injection intracérébrale la dose d'un centième de milligramme est mortelle et on provoque des phénomènes convulsifs violents avec un millième de milligramme, quelquefois même avec un dix-millième de milligramme.

Malgré l'affinité de la picrotoxine pour les centres nerveux on ne réussit pas à obtenir la fixation in vitro de la picrotoxine sur la substance nerveuse. Cependant le sérum sanguin peut exercer in vitro une action neutralisante remarquable sur la picrotoxine. Le mélange de la dose mortelle avec un centimètre cube de sérum perd sa toxicité en deux à trois heures d'étude, en un temps plus long à la température du laboratoire. Quand le temps de contact a été insuffisant on peut observer une neutralisation incomplète : l'injection du mélange donne alors des accidents atténués caractérisés par de l'agitation, de violentes secousses myocloniques, de l'épilepsie procursive, ou des crises convulsives généralisées mais de peu de durée et suivies d'un rétablissement complet.

L'aptitude du sérum à neutraliser la picrotoxine peut être mise en évidence dans le sérum de cobaye, le sérum de lapin, le sérum humain. Pour ce dernier il existe des différences individuelles importantes, mais le sérum des épileptiques ne se caractérise pas par une valeur antitoxique plus grande ou moindre.

Le sérum chauffé à 58 degrés perd son aptitude à neutraliser la picrotoxine, ce qui fait supposer que ce phénomène doit être lié aux albumines du sérum plutôt qu'à ses constituants minéraux. Cette hypothèse est également suggérée par ce fait que le liquide céphalo-rachidien (d'individu normal, d'individu malade ou d'épileptique) n'exerce pas plus que l'eau physiologique d'action modificatrice sur les propriétés convulsivantes de la picrotoxine.

Influence de la vagotomie double sur l'excitabilité du pneumogastrique dans son action inhibitrice sur la respiration. — M. et Mme CHAUCHARD et M. OZORIO DE ALMEIDA, mesurant l'excitabilité des pneumogastriques inhibiteurs respiratoires, montrent que la chronaxie de ces nerfs diminue de valeur sous l'influence de la vagotomie double. Dans la plupart des cas les lois de sommation n'ont subi que des modifications trop peu importantes pour qu'il soit possible de conclure à une variation d'excitabilité du centre respiratoire.

Rôle protecteur des substances colloïdales contre l'abaissement de la tension superficielle dans les liquides de l'organisme. — M. R. GOIFFON. L'albumine du sérum élève la tension superficielle des solutions de substances tensioactives. D'ailleurs un extrait du sérum possède une tension incompatible avec la vie. Ce phénomène se retrouve avec la bile, toujours riche en substances mucoïdes, et dans certaines urines contenant beaucoup de mucus.

Le rapport entre les phosphates et l'acidité de l'urine chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. R. GOIFFON et R. BASKO. On établit l'acidité urinaire totale (somme des acides libres et neutralisés par l'ammoniaque) en centimètres cubes d'acidité décinormale. D'autre part, le taux des phosphates totaux est traduit en centimètres cubes de solution décinormale de phosphates acides. L'acidité urinaire va ordinairement de pair avec l'excrétion des phosphates. Le rapport entre ces deux valeurs indique la part pour cent que prennent les phosphates à l'acidité urinaire. Ce rapport évolue normalement entre 30 et 80. Or, chez les tuberculeux pulmonaires son abaissement au-dessous de 30 semble en rapport avec la gravité de l'affection. Tous les malades dont le rapport acidité totale/phosphate est descendu au-dessous de 20 sont morts dans les deux mois qui ont suivi l'analyse.

Réinjection de bacilles tuberculeux dans la rate et la moelle osseuse de cobayes tuberculeux. — M. Jean PARAF a étudié les effets de la réinjection de bacilles tuberculeux dans les organes hématopoiétiques de cobayes déjà tuberculisés.

Les animaux ainsi injectés ne font aucun accident local ou général et meurent dans les mêmes délais que les cobayes non réinjectés. Histologiquement, il a pu suivre le sort des bacilles dont une partie s'élimine par les vaisseaux. Le plus grand nombre est bactériolysé in situ sous l'action des lymphoblastes spléniques ou des myéloplaxes médullaires.

Les modifications cytologiques du sang de cobayes intoxiqués à l'alcool. — MM. Alex. OBREGIA, Alfred DIMOLESCO et Ch. BADENSKI, en intoxiquant les cobayes par l'alcool, ont trouvé une anémie quantitative passagère avec présence du corpuscule de Joly.

La diminution des globules blancs et la mononucléose ne sont pas caractéristiques.

On peut parler dans ces cas d'une réaction de la moelle osseuse qui explique aussi bien l'anémie passagère que la mononucléose. Ce fait montre que, pendant l'intoxication, l'organisme est en état de défense et qu'il entre ensuite dans la phase de réparation car les mononucléaires diminuent et la formule redevient normale.

Election. — M. JOYEUX est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1929)

Traitements physiothérapiques des tuberculoses chirurgicales. — M. VIGNAL discute l'efficacité thérapeutique du soleil comparée à celle de la lampe à arc et de la lampe à vapeur de mercure. La lampe à arc, d'une efficacité certaine, ne saurait être comparée au soleil. Il convient de l'associer à la Röntgenthérapie dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Invagination intestinale chez l'enfant. — M. MAYET fait un rapport sur deux observations de M. Flahaut (de Cholet). Dans le premier cas, un enfant de dix-huit mois présentait les symptômes classiques de l'invagination intestinale; la laparotomie montra une hernie rétro-péritonéale étranglée; guérison. Dans le second cas, il s'agissait d'un nourrisson de huit mois, qui présentait aussi les symptômes d'une invagination intestinale. L'enfant était moribond : intervention

chirurgicale impossible. L'auteur tenta et obtint la réduction de l'invagination par un lavement baryté donné sous pression sous le contrôle radioscopique. Guérison.

Kyste volumineux de l'ovaire. Tumeur de l'ovaire. Grossesse extra-utérine. Quarante-huit cas d'anesthésie générale au numal. — M. LUQUET fait un rapport sur ces diverses observations de M. Francis Clément (des troupes coloniales). Il insiste sur la dernière communication. Il examine les inconvénients et les avantages de l'anesthésie au numal et estime que les avantages ne sont pas suffisants pour justifier l'emploi exclusif de cette méthode. Il analyse, entre autres, quatre cas de mort avec hyperthermie et se demande s'il ne s'agirait pas, dans ces cas, d'une atteinte élective des centres thermiques par le produit.

Cinquante cas (2e série) d'anesthésies générales chirurgicales par un nouveau dérivé de l'acide barbiturique. — M. COUDRAY (de Nogent-le-Rotrou) tire les conclusions suivantes d'après cent interventions faites sous anesthésie au numal ; l'anesthésie est habituellement assez profonde pour permettre les opérations abdominales courantes; le sommeil persiste cinq à sept heures après l'injection intraveineuse. Au réveil l'agitation n'est pas plus marquée qu'avec les autres procédés d'anesthésie, sauf dans 7 à 8 p. 100 des cas; rétention d'urine dans 12 p. 100 des cas; vomissements dans 9 p. 100. L'auteur n'a jamais vu d'hyperthermie postopératoire attribuable à ce mode d'anesthésie.

Histoire d'un ulcus duodénal. — M. Victor PAUCHET communique l'observation d'un malade qui a subi les opérations suivantes : gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. Quelques années plus tard, ulcus jéjunal secondaire; perforation aiguë de celui-ci opérée d'urgence. Au bout de quelques mois, production d'une fistule gastro-jéjuno-colique; cachexie rapide. Opération; gastrectomie. Guérison.

Paralysie du sciatique poplité externe consécutive à une consolidation vicieuse de l'extrémité inférieure du fémur chez une enfant. — M. ROEDERER communique l'observation suivante : enfant de neuf ans; grand traumatisme; la préoccupation d'une grave lésion viscérale fit passer au second plan une fracture de l'extrémité inférieure du fémur; pointe de la diaphyse dans le creux poplité; paralysie complète du sciatique poplité externe survenant dix mois après.

Un cas de fracture du scaphoïde tarsien. — M. ROEDERER communique l'observation d'une fracture par tassement (chute sur la pointe des pieds) du tubercule scaphoïdien tarsien coïncidant avec un os tibial externe. Douleur syncopale; diagnostic d'entorse; trait de fracture intéressant à la fois le tubercule et le corps; évolution relativement grave. Constitution d'un pied plat traumatique. Douleur persistant encore après dix mois.

Un cas de lipome fibro-myxomateux sous-cutané. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une tumeur développée environ un an après un traumatisme dans la région lombo-iliaque et opérée sept ans plus tard, le malade ayant trente et un ans. La tumeur pesait 650 grammes. L'examen microscopique montra du tissu adipeux envahi par un tissu fibreux œdémateux prenant par endroit l'aspect du myxome.

Deux observations de kyste hydatique. — M. LANOS communique les deux cas suivants. Dans le premier, le kyste de la grosseur d'une mandarine était situé tout entier dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale; pas de signes d'autre localisation. Dans le second, le kyste du volume d'une tête d'adulte, très adhérent, s'était développé dans le rein gauche; néphrectomie.

Phlébectasie intra-utérine à forme angiomateuse. — M. TSAKONA (d'Athènes) communique l'observation d'une femme multipare de quarante-cinq ans qui présentait des métrorragies et chez laquelle un curettage détermina une hémorragie foudroyante qui obligea à pratiquer une hystérectomie immédiate. L'auteur trouva sur la face postérieure et latérale de la cavité utérine une masse angiomateuse qu'il croit être une phlébectasie consécutive à un curettage antérieur.

Fibro-myome utérin complètement calcifié. — M. PLANSON présente un utérus qu'il a enlevé et sur le bord gauche duquel existe un fibromyome du volume d'une orange complètement calcifié.

Subluxation congénitale de la hanche douloureuse. Réfection du toit. Résultat immédiat. — M. LAMY présente un malade chez lequel il a pratiqué une simple butée en rabattant un volet sus-cotyloïdien, sans aucun greffon surajouté. Les radiographies successives montrent un excellent développement de la butée. Le résultat clinique est très satisfaisant.

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1929)

L'examen radiologique au cours de la réduction des fractures de jambe. — M. AUBOURG rappelle les excellents résultats que Saissi (*Th. de Paris*, 1911) a obtenus par la réduction immédiate et lente des fractures. Les radiographies en série montrent que les déplacements secondaires sont moins fréquents et moins importants en réduisant de suite et lentement les fractures au lieu de les réduire tardivement et brusquement. L'auteur après avoir montré les erreurs de la radioscopie au cours de la réduction, leurs causes physiologiques, conclut qu'en radiologie osseuse une radiographie même médiocre vaut mieux que le calque radioscopique le mieux dessiné.

A propos du traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. R. MASSART fait un exposé détaillé de la manière dont il comprend le traitement des tuberculoses chirurgicales dans l'état actuel de nos connaissances. Il étudie successivement la tuberculose du nourrisson, les adénites, les tuberculoses osseuses et articulaires, montrant pour ce dernier groupe la nécessité du contrôle radiographique et du laboratoire.

Névralgie tardive du nerf cubital consécutive à une fracture du condyle externe de l'humérus. — M. JUDET communique l'observation d'une malade âgée de trente-cinq ans qui, à l'âge de cinq ans, avait eu une fracture du condyle externe de l'humérus consolidée vicieusement en cubitus valgus. La malade présentait dans la zone du nerf cubital des douleurs qui n'étaient apparues qu'à l'âge de trente-trois ans. A l'opération le nerf se montra augmenté de volume, congestionné au niveau de la gouttière épitrochléo-olécranienne et surtout fortement tendu en arc de cercle autour de la déviation en dehors du coude. Le nerf fut transposé, fixé au devant de l'épitrochlée sous un pont aponévrotique. Guérison maintenue depuis deux ans.

Gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle d'un ulcère pylorique. Opération itérative vingt-trois ans plus tard. Jéjunostomie pour sténose par bride cicatricielle du jéjunum et coudure par une mésentérite rétractile. — M. THÉVENARD communique cette observation. Après avoir discuté l'étiologie possible de cette lésion, ulcère peptique, ulcère simple du jéjunum, tuberculose, etc. L'auteur croit pouvoir incriminer l'évolution d'un ulcère propre du jéjunum.

Fractures des deux fémurs dont l'une ouverte avec perte de substance diaphysaire traitée par ostéosynthèse. Correction du raccourcissement relatif. — M. MULLER (de Belfort). A droite, le foyer de fracture présentait des fragments détachés sur une longueur de 7 centimètres : ostéo-

synthèse des fragments restant de la diaphyse, non régularisés pour éviter de raccourcir encore le membre. A gauche, fracture sous-trochantérienne fermée, traitée par légère extension avec maintien du chevauchement. Après consolidation, le raccourcissement relatif du fémur droit n'est que de 4 centimètres. La question se pose de savoir s'il y a intérêt à exagérer le chevauchement des fragments du côté le plus long pour annuler complètement le raccourcissement relatif.

Kyste hydatique du poumon à extériorisation thoraco-pariétale. — MM. Bressot (de Constantine) et Chureau (de Paris) communiquent l'observation d'une femme indigène de vingt-six ans qui présentait, avec des douleurs de ceinture d'intensité croissante, une tumeur rénitente, sans adhérences avec la peau, située dans la région thoracique postérieure. A la ponction on retira du liquide eau de roche. Les examens, clinique, radiographique et de laboratoire montrèrent d'autres signes de kyste hydatique. A l'opération, on trouva un kyste en bissac : la tumeur sous-cutanée communiquait à travers la paroi thoracique avec une cavité profonde de la grosseur d'une mandarine. Guérison.

A propos d'un abcès amibien du poumon. — M. Nicolas (de la Nouvelle-Calédonie) communique l'observation de ce cas guéri simplement par ponctions et injections d'émétine. Le malade, un Javanais n'avait jamais été atteint de dysenterie amibienne.

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

[*Paris, 16-19 octobre 1929*] (1).

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. Généralités.

Vaccino-transfusion du sang en oto-rhino-laryngologie. Deux succès. Un échec. — M. Lapouge (de Nice).

L'anesthésie par le chlorure d'éthyle à l'état gazeux. — M. Lafite-Dupont (de Bordeaux).

La thérapeutique autophylactique en oto-rhino-laryngologie. — M. Ruaud (de Paris).

Vertige de Ménière et syphilis. — M. Rebattu (de Lyon).

L'ulcère scrofuleux de la gorge. — M. le professeur Jacques (de Nancy).

Une tumeur rare du plancher buccal. — M. Bonnet-Roy (de Paris).

A propos de l'anesthésie en oto-rhino-laryngologie et en broncho-œsophagoscopie. — M. Jean Guisez (de Paris).

Les troubles physiopathiques chez les anciens blessés de la face. — M. Bertein (de Lyon).

II. Bouche. Amygdales. Pharynx. Œsophage.

Phlegmon gazeux du cou. — M. Fallas (de Bruxelles).

Quelques considérations sur le rôle des amygdales palatines. — M. Gault (de Dijon).

La formule hémo-leucocytaire dans les abcès et les phlegmons péri-amygdaliens. — M. Blondiau (de Bruxelles).

Sur l'existence de leucoplasie typique sur les amygdales et le cornet inférieur. — M. Citelli (de Catane).

Fistules œsophagiennes d'origine carcinomateuse. — M. Villardosa (de Barcelone).

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 98, p. 1765.

III. Larynx.

Ma technique de l'hémi-laryngectomie. Ses résultats. (*Projections.*) — M. Hautant (de Paris).

Traitement du cancer du larynx par la laryngectomie partielle (laryngo-fissure, décortication du larynx, laryngostomie et trachéotomie) et par les rayons X ou le radium. — M. le professeur Canuyt (de Strasbourg).

Paralysie des dilatateurs associée. — M. Goubert (d'Alès).

Photographies du larynx, provenant de la collection du professeur Garel, éditées par le procédé de la photoscopie. — M. Tarneaud (de Paris).

La lampe à ultraviolets d'onde courte serait à écarter du traitement local de la tuberculose laryngée. — M. Kowler (de Menton).

Syndrome du trou déchiré avec paralysie laryngée bilatérale. (*Projection de radiographie.*) — M. Henry Proby (de Lyon).

IV. Fosses nasales et sinus.

L'élément nasal dans l'étiologie et la thérapeutique de l'asthme paroxystique. — Sir Dundas Grant (de Londres).

Ostéo-angiotripsie appliquée à certaines hémorragies récidivantes de l'artère de la cloison. — MM. Escat et Viala (de Toulouse).

Le traitement chirurgical des sinusites frontales. — M. Jessen (de Copenhague).

Contribution à l'étude de la paralysie du moteur oculaire externe dans les sinusites de la face. — MM. Sargnon et Parthiot (de Lyon).

Chromage électrolytique et muqueuse nasale. — M. Barbey (de Genève).

V. Oreilles.

Myase du conduit auditif externe. — M. Péri (d'Alger).

La rhino-pharyngite et les otites de piscines. — M. de la Combe (de Paris).

Syndrome de Gradenigo avec réaction méningée au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée. Guérison après évidement pétro-mastoïdien. — MM. Liébault et Hoffmann (de Paris).

Diphtérie chronique avec otite. Mastoïdite et paralysie faciale. — MM. Constantin (de Paris) et de Laroque (de Marseille).

Quelques considérations sur les mastoïdites à streptocoques hémolytiques observées pendant l'hiver 1928-1929. — MM. Texier et Levesque (de Nantes).

Mastoïdite double à streptocoques. — M. Iribarne (de Paris).

Les mastoïdites résiduelles. — M. Worms (de Paris).

Contribution à l'étude de l'aphasie au cours des complications des otites suppurées. — M. Gaillard (de Lyon).

Irradiations mastoïdiennes à l'aide de l'arc polymétallique dans les otites moyennes traînantes. — MM. Auzimour et Defraissy (de Paris).

La mastoïdectomie endaurale complète avec un rapport sur les 553 cas opérés par cette méthode. — M. Julius Lompert (de New-York).

Le traitement postopératoire des mastoïdites par le chlorure de magnésium ozonisé. — M. Philip (de Bordeaux).

Torticolis consécutif aux interventions mastoïdiennes. — M. Bertoin (de Lyon).

Emploi des bouillons-vaccins dans l'évidement pétro-mastoïdien. Résultat éloigné. — M. Welter (de Metz).

Pseudo-labyrinthite par cérébellite varicelleuse. — M. Robert RENDU (de Lyon).

Traitement des otopathies par l'effluvation de haute fréquence. — MM. RAMADIER, CHAUSSE et BROWSKI (de Paris).

Vertiges posttraumatiques. — M. Maurice BOUCHET (de Paris).

La lecture sur les lèvres associée aux exercices acoustiques chez les sourds. — M. DE PARREL (de Paris).

Etude sur les fenêtres labyrinthiques et leur rôle fonctionnel. — M. BONAIN (de Brest).

Etude de la douleur accompagnant les excitations auditives intenses. — MM. HELSMOORTEL junior et R. NYSSEN (d'Anvers).

Traitement de la surdité par la diathermie. — MM. MOULONGUET et DONIOL (de Paris).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIE. REMÈDE SECRET

LOI DU 21 GERMINAL AN XI ET LOI DU 30 DÉCEMBRE 1916
EXPLOITATION ILLICITE

Un pharmacien, à Paimpol, et d'autres personnes, non diplômées, avaient formé une société, dite d'études, en vue de la constitution ultérieure d'une société définitive pour l'exploitation d'un produit pharmaceutique dénommé « Asthmosine ». Lorsque la société provisoire eut pris fin, le pharmacien se refusa à participer à la constitution définitive de la société, motif pris de ce que, s'agissant de la vente d'un remède secret, cette société serait nulle.

Le pharmacien fut assigné devant le Tribunal de commerce de Paimpol par ses cocontractants en liquidation de la société d'études, en constitution de la société définitive d'exploitation du produit pharmaceutique « Asthmosine », en défense de vendre tous produits portant la marque « Asthmosine » et en paiement de dommages-intérêts.

Le Tribunal de commerce de Paimpol avait ordonné, par jugement du 21 juin 1923, la liquidation de la Société d'études, mais avait rejeté toutes les autres demandes formulées contre le pharmacien, déclarant nuls et de nul effet toute convention et tous projets prétendus par les cocontractants du pharmacien pour l'exploitation de l'Asthmosine, celle-ci constituant un remède secret. La Cour d'appel de Rennes confirma ce jugement; mais son arrêt a été cassé, pour défaut de motifs, par la Cour de cassation qui renvoya l'affaire devant la Cour d'appel d'Angers, laquelle a rendu son arrêt le 13 mai 1929.

La Cour déclare qu'à bon droit le produit pharmaceutique « Asthmosine » a été qualifié de remède secret.

« Attendu, dit-elle, qu'il est de doctrine et de jurisprudence que doit être qualifié remède secret tout remède qui ne rentre pas dans l'une des trois catégories suivantes : 1° remèdes magistraux, c'est-à-dire préparés sur ordonnance du médecin; 2° remèdes officinaux, c'est-à-dire figurant au Codex; 3° remèdes qui, n'étant ni magistraux, ni officinaux, ont été publiés dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, suivant le décret du 3 mars 1850, ou bien qui ont été approuvés et achetés par le gouvernement en exécution du décret du 18 avril 1810;

Attendu qu'il est constant que l'Asthmosine ne rentre dans aucune des trois catégories ci-dessus spécifiées;

Attendu que, l'Asthmosine étant un remède secret, les premiers juges ne pouvaient que déclarer nulle et non avenue toute convention tendant à l'exploitation de ce produit en société ou autrement, la loi de germinal an XI interdisant d'une façon absolue, même aux pharmaciens, l'annonce et la vente des remèdes secrets; que vainement les appelants soutiennent que la loi de finances du 30 décembre 1926 a rendu licite le commerce des remèdes secrets;

Attendu que ladite loi a un caractère purement fiscal : que, dans le but de créer des ressources au Trésor, elle n'a eu pour objet que de soumettre à une taxation tous les produits pharmaceutiques, mais n'a en rien abrogé la loi de germinal an XI;

Attendu que la Cour de cassation a toujours proclamé que les lois fiscales ne lèvent pas les prohibitions de la loi pénale touchant les faits qu'elles assujettissent à l'impôt... »

Les adversaires du pharmacien prétendaient que celui-ci aurait dû prendre les mesures nécessaires pour faire cesser le caractère secret du remède dit « Asthmosine ». La Cour, à cet égard, a répondu « qu'il n'était pas au pouvoir de l... (pharmacien) d'enlever à son produit le caractère de remède secret; qu'en la matière il ne faut pas s'attacher au sens grammatical du mot; qu'il ne paraît pas douteux que, par le terme *remède secret*, la loi de germinal an XI ait entendu tout remède dont la vente n'est pas autorisée, soit par la loi, soit par l'autorité compétente.

L'examen de la Cour a porté ensuite sur la Société qui avait été envisagée. Les cocontractants du pharmacien objectaient que la société projetée était non une société en nom collectif ou par actions, mais une société en commandite dans laquelle la direction tant financière que technique était réservée au pharmacien gérant, les associés commanditaires non diplômés étaient réduits au rôle de bailleurs de fonds; dès lors pareille société, disaient-ils, formée pour l'exploitation d'un produit pharmaceutique devait être déclarée licite. La Cour n'admet pas cette prétention : « Que si, déclare-t elle, dans les sociétés en commandite toutes les opérations sont laissées à l'initiative du gérant, celui-ci n'en reste pas moins soumis au contrôle de ses commanditaires; il a toujours des obligations envers eux et dès lors le but cherché n'est pas atteint; il n'a plus l'indépendance absolue nécessaire pour que sa responsabilité reste entière; que, dès lors, il y a lieu de considérer comme illicite l'exploitation d'un produit pharmaceutique, alors même qu'elle est assurée par une société en commandite, dont le gérant seulement est pharmacien, la liberté d'action du gérant ne restant pas entière et pouvant être entravée dans une mesure quelconque par une intervention intéressée; qu'il y a d'autant plus de raison d'en décider ainsi, en l'espèce, que les statuts de la société projetée contiennent un article 15 qui stipule la constitution d'une commission de deux membres pris parmi les associés commanditaires non diplômés qui auront un droit de contrôle, non seulement sur les comptes et les opérations de caisse, mais encore sur la marche des affaires en général. »

Cette décision est intéressante parce que, outre qu'elle rappelle ce qui constitue le remède secret, elle indique les motifs pour lesquels une société en commandite ne peut être formée entre un pharmacien et des personnes non diplômées.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal..

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon R. C., 27.814, Seine.

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, *1, rue d'Alembert*, PARIS-14e.

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE

LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0gr 30 par Capsule

CÈDRE DU MAROC
CED-ROC
HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C. Seine 100 230*

TRAITEMENT DES DIARRHÉES ET DES FERMENTATIONS INTESTINALES
par l'

AMIDAL
Amidon Paraffiné et Ferments Lactiques

Médication spécifique des Entérites
POUDRE ET COMPRIMÉS

Littérature Médicale et Échantillons sur Demande

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. PARIS (4e). — R. C., Seine 221.745

LIVRES NOUVEAUX

Etudes sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques (1), par O. CROUZON.

Nous avons parcouru bien du chemin depuis l'époque, pourtant toute rapprochée, où Duchenne de Boulogne signalait le caractère familial de la myopathie, et nous savons aujourd'hui que les *maladies familiales du système nerveux* sont aussi nombreuses que complexes. Ne comprennent-elles pas, entre autres, certaines encéphalopathies infantiles : la dégénérescence lenticulaire, la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse, quelques paraplégies spasmodiques, les myopathies, et nombre d'affections oculaires : paralysies motrices, nystagmus, névrite optique, rétinite pigmentaire ? Et, à côté des maladies familiales du système nerveux, les recherches de ces dernières années ne nous ont-elles pas appris à connaître les *maladies familiales dystrophiques*, dont surtout la dysostose cranio-faciale héréditaire, la dysostose cléido-cranienne héréditaire et l'ostéopsathyrosis. Qui, mieux que M. CROUZON, pouvait nous les exposer? Ne leur a-t-il pas consacré plus d'un important mémoire? N'est-ce pas à lui que nous devons la connaissance de l'atrophie cérébelleuse idiotique qu'il a décrite avec BOURNEVILLE, de la dysostose cranio-faciale héréditaire. N'a-t-il point, par ses mémoires, apporté une importante contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale, de l'épilepsie myoclonie, de l'ophtalmoplégie familiale, du tabes et du goitre exophtalmique familiaux. Félicitons-le donc d'avoir, dans une élégante monographie, éditée avec son soin coutumier par la maison Masson, mis au point cette question passionnante et de nous donner, avec la substance même de ses recherches originales, un résumé clair et complet des travaux des autres sur le même sujet. Sachons-lui gré d'avoir comblé une lacune dans la littérature médicale. De nombreuses photographies, la plupart originales, viennent aider encore à la compréhension du texte et rendre plus saisissantes les descriptions de l'auteur.

L. BABONNEIX.

(1) Un vol. de 385 pages. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cⁱᵉ.

Medicus 1930 (1), guide-annuaire du Corps médical français.

Ce guide-annuaire d'une documentation des plus soignées est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties, divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table de matières détaillés, en font le guide-annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Dans ces 1.408 pages *Medicus* est vraiment le Bottin de l'étudiant, du médecin et du pharmacien, son encyclopédie, son formulaire professionnel, qui lui indique ses droits et devoirs, tout en le renseignant sur tout ce qui, de près ou de loin, touche à la profession médicale.

Les lecteurs de *Medicus* trouveront dans l'édition présente à la page 342, un nouveau chapitre donnant la liste des laboratoires centraux de sérologie de Paris et des départements.

Les médecins praticiens bénéficieront dans tous les départements de la gratuité des examens sérologiques pour leurs malades peu fortunés.

(1) In-8 raisin, relié pleine toile, 1.408 pages. — Prix : 30 fr.; France et Colonies : 35 fr. — Paris, Legrand.



IRRASTÉRINE BYLA

ERGOSTÉRINE PURE IRRADIÉE AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS

DRAGÉES — SOLUTION HUILEUSE

Vitamine D antirachitique catalyseur du calcium et du phosphore

REMPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS TOUTES SES INDICATIONS

1 goutte = 1 cuillerée à soupe d'huile de foie de morue

TRAITEMENT DU RACHITISME — ÉTATS PRÉTUBERCULEUX
TROUBLES DE L'OSSIFICATION — CONVALESCENCES

Littérature et Échantillons aux

Établissements BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS (14e) R. C. Seine 71.895

SCILLARÈNE

"SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

CARTIO-TONIQUE POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS — LE DIURÉTIQUE AZOTURIQUE

GOUTTES
xx, 2 à 8 fois par jour

AMPOULES A 1 CC
(injections endo-veineuses)
1/2 à 1 par jour

COMPRIMÉS
2 à 8 par jour

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS (10e).

M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

POUR COMBATTRE :

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

CAPSULES DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par capsule.

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

LIPIODOL INJECTABLE : 54 centigr. d'Iode par cmc.

POUR EXPLORER :

Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus & Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès & Fistules, etc.

ÉMULSION DE LIPIODOL
20 cgr. d'Iode par cuillerée à café.

ANDRÉ GUERBET & Cie, Pharmaciens, 69, rue de Provence, PARIS IXe — R. C. 225.781 B

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES — SEPTICEMINE CORTIAL — 125, r. de Turenne — PARIS — R. C., 157 143, Seine.

Paraissant régulièrement chaque année (en octobre), il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser (questions d'assistance, tarifs médicaux pour les accidents du travail et les victimes de la guerre. Les Syndicats, les Sociétés mutuelles, etc.).

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *Medicus* a su s'adjoindre, tant en France qu'aux Colonies, elle est aussi exacte que possible.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant l'année scolaire 1929-1930, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 7 janvier 1930, à 14 h., au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

PROGRAMME DES DÉMONSTRATIONS. — *Première série. — Technique de microbiologie clinique* (14 leçons) :

Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Examen du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen des exsudats buccopharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen des matières fécales. — Examen des urines.

Deuxième série. — Etude pratique des microbes pathogènes (22 leçons) :

1. Physiologie et classification microbiennes. — 2. Staphylocoque. Préparation des vaccins. — 3. Streptocoque. Pneumocoque. — 4. Gonocoque. Méningocoque. — 5. Peste. Pasteurelloses. — 6. Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — 7. Groupe colibacille-Eberth. — 8. Pneumobacille. Proteus. Micrococcus melitensis. — 9. Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10. Examen bactériologique des eaux potables. — 11. Bactéridie charbonneuse. — 12. Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 13. Bacilles du tétanos et du botulisme. — 14. Bacille diphtérique. — 15. Bacille tuberculeux. — 16. Bacille tuberculeux. — 17. Lèpre et morve. — 18. Les spirochètes. — 19. Le tréponème de la syphilis. — 20. Réaction de Wassermann et réactions de floculation. — 21. Les virus invisibles. — 22. Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits à verser sont de : 200 fr. pour la première série, 200 fr. pour la deuxième série.

Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN, (Prof. : M. Pierre DELBET.) — Cours complémentaire, du 10 au 21 décembre 1929, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la Clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Jacques Leveuf, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Godard, Oberthur, Mabille, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La onzième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Sont admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — Conférence de M. le professeur Gougerot sur l'iode et les iodures dans le traitement de la syphilis, à la séance du mercredi 8 janvier, Faculté de médecine, salle Pasteur, 5 h.

HÔPITAL BROUSSAIS. (Service de M. le docteur H. DUFOUR.) — M. le docteur Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades, accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 17 décembre. — Jury : MM. Duval, président; Brindeau, J. Faure et Villaret. — M. WARTER. Etude des polynévrites gravidiques. — M. AURIOL. Etude de la cytostéato-nécrose du tissu cellulo-adipeux. — M. IWENICKI. Les hémorragies utérines de la puberté. — Mlle MENCHIKOFF. Etude de la stérilité tubaire. — Mme VILHES. Contribution à l'étude du genu valgum. — M. BOTREL. Organisation du traitement des malades indigents aux stations thermales.

Mercredi 18 décembre. — Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Sébileau et Rouvière. — M. AUTISSIER. Rectocolites hémorragiques et purulentes. — M. ROSENFELD. L'étude des maladies du col vésical. — M. DESBIEZ. Les rayons ultraviolets en oto-rhino-laryngologie.

Jury : MM. Bernard, président; Lemierre, Tanon et Vallery-Radot. — M. MARIE. L'oléothorax. — Mme BUDU-LORIOT. Action thérapeutique de l'émétine dans les abcès pulmonaires. — M. SCHAJI HAUSLER. L'oblitération et le rétrécissement du canal sous-aortique. — M. LEROY. L'ictère grave par septicémie. — M. RONCERAY. Le traitement de l'asthme. — M. PRADEL. Une pouponnière de débiles (Fondation Blum).

Jeudi 19 décembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Roussy et Chevallier. — M. LE DISEZ. Etude de la phrénicotomie dans le traitement de la dilatation des bronches. — M. RABOUTET. Les troubles du transit intestinal consécutif à la cholécystectomie. — M. SALDIVAR-ROMAINVILLE. Tumeurs pelviennes (exploration radiologique). — M. GRÉSY. La phase présymptomatique de la paralysie générale. — M. GELLY. Etude du cancer du sillon alvéolo-lingual.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas
COMPRIMÉS - CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e - Tél. Auteuil 44-09

CALCOLÉOL
HUILE de FOIE de MORUE
(CONTRÔLÉE BIOLOGIQUEMENT)
CONCENTRÉE ET
SOLIDIFIÉE
VITAMINES A.B.D.
SELS de FER et de CALCIUM

DRAGÉES INALTÉRABLES SANS ODEUR ET EN GRANULÉS

POSOLOGIE
Adultes : 6 à 10 dragées ou 3 à 5 cuillerées à café de granulés
Enfants : Moitié de ces doses (en trois fois aux repas)

INDICATIONS
RACHITISME
TROUBLES de CROISSANCE
SPASMOPHILIE, DÉMINÉRALISATION
GASTRO-ENTÉRITES
AVITAMINOSES

CALCOLÉOL

Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA _ Dr E. Perraudin Phen de 1ère Classe 21 Rue Chaptal _ Paris _ 9e

dans les
Hypertensions
et tous les
Etats spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

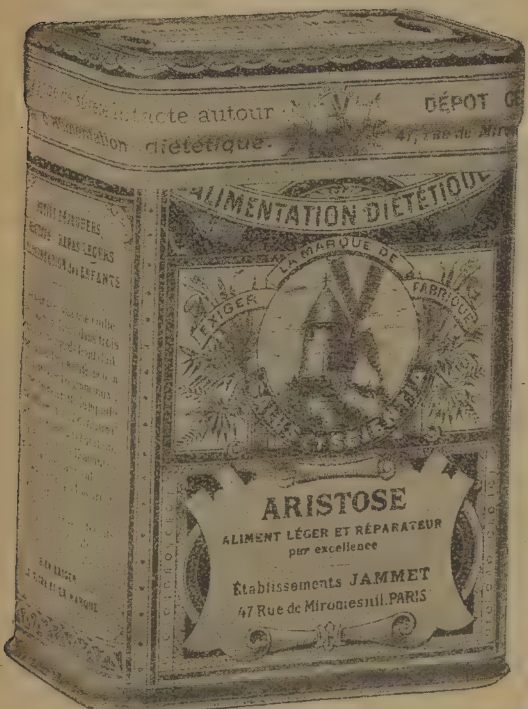
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS 154.569

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES

RIZINE — Crème de Riz maltée
ARISTOSE — A base de Blé et d'Avoine maltés
CÉRÉMALTINE — Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs
ORGÉOSE — Crème d'Orge maltée

FARINES LÉGÈRES

GRAMENOSE — Avoine, Blé, Maïs, Orge
BLÉOSE — Crème de Blé total maltée
AVENOSE — Farine d'Avoine maltée
LENTILOSE — Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

LAIT ALLÉGÉ

" DIETICUS "

Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées

UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE

LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM

"GALAZÈNE"

Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif

Grande Cure

3 flacons dans la matinée

Cure de Régime

1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ

"BRÉVANYL"

Purgation douce hépato-duodénale.

GRANDE PURGATION
5 cachets.

LAXATIF
1 cachet.

15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr 50 — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste par ordre de mérite :

1. MM. Israël, Rabaté, Mlle Lyon, MM. Esquirol, Abaza, Grossiord, Klotz, Ngyuen van Nguyen, Mlle Fauvert, MM. Boer,

11. Benassy, Mlle Huguet, M. Morin, Mlle Paley, MM. Coldefy, Hertz, Leconte, Catinat, Mlle Thierry, MM. Feuillet,

21. Thorel, Grumer, Fournée, Gillet, Mlle Helman, MM. Baudouin, Lesobre, Bouteille (R.), Rossignol (L.), Rambert (Paul),

31. Epelbaum (L.), Graciansky (P. de), Nguyen-van-Nha, Pellier (G.), Tricault (G.), Rendu (Ch.), Pasqualini (Ph.), Mlle Ternois, MM. Champault (J.), Giraudoux,

41. David (L.), Rudaux (Ph.), Nègre (A.), Mlles Malan (J.), Ciosi, MM. Gabinet, Boëlle, Mlle Courrier (A.), MM. Aschkenasy, Blumenfeld,

51. Mlle Puisais, MM. Cailleret, Zeller, Nico, Brailowski, Mlle Rouard (S.), M. Azoulay (E.), Mlle Ferrieu (H.), MM. Grèze, Corcos,

61. Mlle Reboul, MM. Scemama, Pertus, Offret, Neveu, Champsaur, Tissier, Brochard, Drain, Moulle,

71. Gaume (P.), Hanoun, Picquart, Braunberger, Tallet, Maynadier, Marchak, Rozée-Belle-Isle, Pimpaneau, Soudée,

81. Lejeune, Drizard, Pouliquen, Boissonnat, de Lavedan de Casauban, Olivier (Marcel), Mazingarbe, Gross, Martel, Bourgin,

91. Claisse, Chautemps, Picart (René), Mlle Abadi, MM. Aboulker (K-P.), Varin, Thieffry, Weill dit Weill-Wall, Wolinetz, Gossart (P.),

101. Schwartzenberg, Costel, Mlle Coste, MM. Canet, Gaquière, Limasset, Le Roy, Boudon, Flori, Saïe,

111. Mlle Morel, MM. Aubert, Inbona, Opin, Arnous, Mlles Desallois, Riche (M.), M. Villaret, Mlle Lecour, MM. Bret,

121. Mathey (P.), Marlin (P.), de la Lande de Vallière, Gerbeaux (J.), Sarradin, Mallet (R.), Vignalou, Roy, Lapeyre, Beley,

131. Schmid, Bornet, Deséglise, Sicard, Allos, Mlle Simon (M.), M. Bronstein, Mlle Jomier, MM. Masse, Bardery,

141. Barcat, Horeau, Benoit, Longuet, Prévost, de Chabert, Le Picard, Fonteneau, Bercovici, Molinéry,

151. Peretz, Hanaut, Ledoux Lebard, Mlle Ledan, MM. Maurage, de Rollat, Bakulin, Hébert (P.), Jarriault (M.), Szwarc,

161. Calvet (J.), Bricage, Thevenin, Laporte, Kakowski, Phan van Chanh, Simonin (L.), Guérin (J.), Delord (P.), Neyraud,

171. Nabert, Boussard, Bourée, Mlle Ladet, MM. Pauchard, Sulem, Nguyen-Hai, Maillet (R.), Simon (R.), Avenard,

181. Lemmet, Demange, Ribert, Touzard, Botreau-Roussel, Angelici, Tran-van-Con, Ménétrier, Forget, Siguier,

191. Paillas, Mlle Griboval, MM. Delzant, Kanner, Fayance, Arloing, Mlle Renier, MM. Dubarry, Bonnet (R.), Gillet (B.),

201. Steurman, Raison, Moro, Mlle Jesensky de Nagy, MM. Jacquot, Lacheny, Nitti, Mlle Jakovler, MM. Morhange, Simart,

211. Kahen, de Maulmont, Lagaillarde (J.), Faugère (P.), Mlle Roule, MM. Roux-Naud, Debroise, Husset, Schwarz, Gouget,

221. Evrard, Mlles Marcelot, Hannes, MM. Desseigne, Rabaut, Goby, Jacquet, Deuquet, Raphaël, Tauret,

231. Mlle Levaillant, MM. Castany, Tissandié, Gautreau, Poucet, Meurin, Corrèze, Tissot, Cadet de Gassicourt, Mouchotte,

241. Hecht, Mlle Dumaus, MM. Gisselbrecht, Lafourcade,

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche
Insuffisance ventriculaire droite
Arythmies — Tachycardies
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port Royal

Rouyer, El-Khaïm, Brumpt, Iglésias, Baloche, Mlles Harispe,

251. Cazes, MM. Belletoille, Courchinoux, Lemonnier, Deramond, Derieux, Iancovici, Fordet, Astor, Beauchef,

261. Laurian, Dehouve (A.), Sacquépée, Batail, Fauvet, Mlle Pétroff, MM. Rouger, Thouret, Olivier-Palud, Cuzin,

271. Sexe, Mlle Merlier, M. Quentin, Mlle Perlès, MM. Blanc, Echegut, Calmanas, Mlle Tanzy, M. Guttières, Mlles Chessebeuf,

281. Paillé, MM. Steinberg, Le Duc, Goujard, Copreaux, Zeller, Gratier, Génévrier, Mlle Cauchy, MM. Bouvrain,

291. Dupuy, Duriez, Gossart, Audebert, Galimard, Schatz, Brami, Greif, Larabi, Georget (André),

301. Gordet, Audouard, Chauvillon, Lebel, Liber, Fargette, Rotenstein, Oger, Loiseau, Salmona,

311. Burel, Mendelsohn, Viala (M.), Rabourdin (M.), Puybaret, Pradaude, Capmas, Vincent (J.), Gélas (F.), Pierra,

321. Gaillard, Boulard, Mlles Gottlieb, Poidevin, MM. Defrançois, Danard, Martini, Hallé, Mlle Olivier, MM. Cahuet,

331. Trouvé.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — *Composition écrite.* — Séance du 13 décembre. — Questions données : « Trajet et rapports de l'artère sous-clavière droite avec énumération des branches. — Signes, diagnostic et traitement de l'angine de poitrine. »

MM. Hugner, 15 ; Ségalle, 23; Geninet, 19; Cailleux, 13; Bourdial, 24; Borgiota, 20; Blan, 23; Rusin et Rosenrauch, 10; Watier, 22; Leclercq, 8; Laroche, 22.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours du clinicat.* — Ont été nommés après concours : M. Gré, chef de clinique médicale; M. Traissac, chef de clinique médicale infantile; M. Mailhe, chef de clinique, et M. Cucille, chef de clinique adjoint à la clinique gynécologique; M. Doucet, chef de clinique, et M. Sarabezolles, chef de clinique adjoint de la clinique ophtalmologique ; M. Nangumtz, chef de clinique d'électricité médicale; M. Blanc, chef de clinique, et M. Cloup, chef de clinique adjoint de la clinique urologique.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Marius Fraenkel (de Paris).

DEUX CONFÉRENCES DU PROFESSEUR PIERRE MAURIAC. — Le docteur Pierre Mauriac, le très distingué professeur de médecine expérimentale à la Faculté de Bordeaux, vient de faire à Casablanca deux conférences sur « *Le médecin français* ou *Le cœur a son ordre, l'esprit a le sien* (Pascal) » et « *La notion de symbiose en biologie* ».

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie médicale de Paris aura lieu, comme d'habitude, dans le courant de mars. La discussion portera, cette année, sur le sujet suivant : « Système nerveux végétatif et cures thermales. » Les médecins désireux, soit de fournir des documents aux rapporteurs, soit de prendre part à la discussion, sont dès à présent priés de se mettre en rapport avec le docteur J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris (VIe), chargé de l'organisation de la séance. Le plus large appel est fait à tous pour que la question soit traitée avec le plus d'ampleur possible.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — CONFÉRENCE ANNUELLE PAUL SÉBILLOT. — Le jeudi 19 décembre 1929, à 17 h. très précises :

1° Inauguration de la conférence Paul Sébillot, par M. le professeur Jeanselme, président de la Société d'anthropologie.

2° M. le docteur Bugiel, vice-président de la Société d'antropologie : Paul Sébillot, sa vie et son œuvre.

VIe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL (deux semaines sur la Côte d'Azur). — Nous rappelons que le *grand Voyage bleu*, organisé comme les années précédentes par la Société médicale du Littoral méditerranéen, aura lieu cette année du 26 décembre au 8 janvier.

Le rassemblement se fait à Marseille à l'hôtel du Louvre et de la Paix le jeudi 26 décembre. On visite Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Grasse, Juan-les-Pins, Nice, Menton, Bordighera où aura lieu une cérémonie commémorant le séjour de Pasteur, San Remo et Monaco.

Tour à tour seront visitées les stations du Littoral, celles de la région moyenne de Grasse, puis les stations d'altitude des Alpes-Maritimes.

Un petit voyage de cinq jours de Nice à San Remo et retour aura lieu du 1er au 5 janvier.

Enfin, une *excursion en Corse* permettra du 7 au 14 janvier de parcourir dans les meilleures conditions l'île de Beauté.

Pour tous renseignements, écrire *sans délai* au secrétariat de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Clamart (Seine).

Le traitement alloué est de 12.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de titres, justifications ou références. (*J. O.*, 4 déc. 1929.)

SECTION MÉDICALE DES AMIS DES VINS DE FRANCE. — La Société des amis des vins de France, ayant décidé d'organiser une section médicale pour étudier tous les rapports du vin avec la science et la médecine en particulier, fait appel au Corps médical et pharmaceutique français.

Dès maintenant tous ceux qui seront intéressés par la question peuvent adresser leur adhésion de principe à M. le docteur Eylaud, docteur en sociologie de l'Université de Genève, Langon (Gironde) ou à la Société des amis des vins de France, 34, rue de Lille, Paris (VIIe) qui transmettra.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Regnault (de Bourbon-l'Archambault), Jarjavay (de Savignac-les-Eglises, Dordogne), le professeur O. Beuttner (de Genève); Mlle Jeanne Desgrez, docteur en médecine, fille de M. le professeur Desgrez que nous prions de recevoir l'expression de notre très profonde sympathie; MM. les docteurs Henri Bannelier (de Marseille), F. Sedan, décédé à l'âge de 82 ans à Marseille, père de notre confrère Jean Sedan, ophtalmologiste des hôpitaux de Marseille, à qui nous adressons l'expression de notre très vive sympathie; Broden, le savant médecin colonial belge, bien connu par ses travaux sur la trypanosomiase; le professeur Joseph Marais (de Caen); Louis Parant, médecin directeur de l'Asile de Saint-Cyprien à Toulouse; Paul Fabre, ancien chef de clinique ophtalmologique à Paris.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e.

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta_Edit.

SANÉDRINE
Ephédrine Lévogyre
AGIT PAR VOIE BUCCALE
EFFETS PERSISTANTS
TOUTES LES INDICATIONS DE L'ADRÉNALINE
TUBES DE 20 COMPRIMÉS à 0,025
ADULTES : 2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e
DRÉVILLE

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
Quart de centigr. - 1 centigr. - 2 centigr. - 5 centigr.
DÉSAGRÉGATION RAPIDE - 17, Bd HAUSSMANN - PARIS

NÉVRALGIES ~ GRIPPE ~ RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ACQUISITIONS RÉCENTES

SUR

LE CHANCRE MOU

Par JEAN FLEURY,
Interne des hôpitaux de Paris,

Le développement de l'infection chancrelleuse pendant la guerre, a suscité d'importants travaux qui ont montré l'existence fréquente de formes atypiques, les difficultés diagnostiques qu'elles soulèvent, le nombre élevé des chancres mixtes. Aujourd'hui encore où la chancrelle est restée beaucoup plus fréquente qu'avant la guerre, ces données doivent compléter la description classique.

D'autre part les recherches bactériologiques de Fernand Bezançon, Griffon et Louis Le Sourd, en 1900 (1), puis plus récemment de Reenstierna, ont facilité la culture du bacille de Ducrey et reprises par Nicolle et Durand à Tunis (2), Teissier, Reilly, et Rivalier à Paris (3), Nicolau à Bucarest, ont permis d'obtenir des émulsions bactériennes ou des extraits d'un grand intérêt biologique et thérapeutique.

Ce sont ces faits, les uns vieux de dix ans, les autres tout récemment encore mis à l'étude par la Réunion dermatologique de Strasbourg (4) que nous voudrions passer en revue.

I. Formes atypiques du chancre mou. — La chancrelle se présente habituellement comme une ulcération nécrosante à bords décollés, à fond purulent, de base souple et ces caractères s'opposent point par point à ceux du chancre induré syphilitique. Mais le diagnostic ne peut pas toujours être tranché aussi facilement qu'il paraît tout d'abord.

Le chancre mou peut en effet être transformé par un traitement intempestif, une cautérisation trop brutale : sa base s'engorge et le diagnostic devient très difficile. Il en résulte que le traitement local ne peut être employé que du moment où l'on a éliminé toute possibilité de syphilis.

Mais spontanément cette déformation pourra survenir (5). Elle se produit électivement dans certaines régions : *sillon péribalanique, bourrelet et extrémité libre du prépuce.* Toutes les lésions, d'ailleurs, qui apparaissent en ces endroits, excoritions traumatiques, balanite érosive, herpès sont susceptibles de produire un bourgeonnement qui rend très difficile le diagnostic avec le chancre induré. Depuis longtemps d'ailleurs, Berdal a décrit les chancres « à fond bombé » du bourrelet, la « base engorgée et surélevée » de la chancrelle de l'extrémité du prépuce. La fréquence de la maladie pendant la guerre a permis des études plus précises. Marcel Ferrand a complètement et minutieusement décrit « les formes papuleuses et nodulaire du chancre simple » (1); Pautrier a récemment isolé une forme « nodulaire en cupule » (2).

1° La *forme papuleuse* est caractérisée par l'exhaussement du fond de l'ulcération. Toute plaie qui se cicatrise, la chancrelle comme les autres, bourgeonne. Mais dans cette forme, le bourgeonnement est trop précoce et excessif; il survient pendant que l'ulcération continue à s'étendre.

L'on voit alors une saillie, comparable à un « plateau » ou à une « papule » selon sa taille, qui dépasse la hauteur des bords. Sa forme est un peu irrégulière; sa surface, plane ou convexe, est « d'un grain grossier, jaune bistre parsemé de points ternes et grisâtres et relevé en bordure par un liseré jaune soufre, puis par un cercle carminé » (3). Le bord doit être examiné avec soin et l'on y découvre de place en place de fines incisures décollées qui représentent le décollement normal des bords du chancre mou.

La consistance de ce chancre papuleux est ferme, mais elle s'assouplit, si une pression un peu poussée expulse un peu de sérosité purulente ou sanguinolente. La base est solidement implantée dans les tissus sous-jacents.

Tel quel, le chancre mou papuleux peut être confondu avec des *syphilides secondaires papulo-érosives* ou avec des *chancres syphilitiques nains,* qui se rencontrent à l'extrémité du prépuce. Il faudra tenir compte surtout des deux liserés de la surface et des incisures des bords.

2° Dans la *forme nodulaire,* c'est la consistance de la base qui est anormale. Il faut distinguer deux séries de faits. L'une où l'infiltration péri-chancrelleuse est diffuse, donnant une grosse déformation du bourrelet qui dépasse largement les limites du chancre : ici les difficultés diagnostiques ne seront pas trop aggravées si l'on connaît cette éventualité. Dans le second cas au contraire, l'induration se limite au chancre. Elle donne lieu au rabattement du prépuce « en volet » comme dans le chancre syphilitique, au lieu du plissement habituel. C'est d'après des nuances de palpation que l'on pourra distinguer les deux affections : dans la chancrelle, la condensation déborde un peu les limites de l'ulcération, est dure sans élasticité même si l'on obtient une légère réduction de l'œdème. Dans le chancre syphilitique, l'induration se superpose exactement à l'ulcération, elle est rénitente, donnant la sensation de fermeté élastique.

L'on comprend ainsi les grandes difficultés que l'on éprouve à distinguer cette forme du chancre syphilitique.

3° La *forme nodulaire en cupule* constitue une variété un peu différente. Elle est caractérisée par la coexistence avec l'ulcération chancrelleuse d'une

(1) BEZANÇON, GRIFFON et Louis LE SOURD. *Soc. de biol.*, 8 déc. 1900, in *Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1900, p. 1508.
(2) NICOLLE et DURAND. *Presse méd.*, 1924, n° 104.
(3) TEISSIER, REILLY et RIVALIER. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1927.
(4) *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, juin 1928.
(5) Pour M. FERRAND, dans 1/10 des cas pendant la guerre.

(1) FERRAND. *Presse méd.*, 22 juillet 1918.
(2) PAUTRIER. *Réunion dermatologique*, Strasbourg.
(3) PETGES a de nouveau insisté sur le « signe des deux liserés » caractéristique de la chancrelle. *Réunion de Strasbourg.*

induration nodulaire sous-jacente, de consistance très dure, cartilagineuse, débordant souvent en plateau l'ulcération qui n'en occupe que la partie centrale. De plus l'ulcération s'étend et évide le plateau d'infiltration qui forme alors « une véritable cupule, comme une sorte de coque de noisette vidée, limitée par un bourrelet induré et saillant ».

4° A l'opposé de ces cas, il faut connaître encore le *mode de début herpétiforme* (1) de la chancrelle, fréquent surtout chez la femme.

Il consiste en une ulcération souvent unique, grosse comme une tête d'épingle en verre, arrondie, à bords un peu rouges, non décollée, dont le fond rosé laisse sourdre une sérosité claire parfois abondante. Il n'y a pas de douleur vraie, mais une certaine sensibilité au contact. Pas d'adénopathie caractéristique.

Devant cette lésion, on pensera : à l'herpès qui peut être unique, mais qui est en général précédé de picotements, — au chancre syphilitique herpétiforme, — ou encore à l'ulcère vénérien adénogène de Nicolas et Favre. Le diagnostic ne peut être tranché que par les examens de laboratoire (absence de tréponèmes, recherche du bacille de Ducrey, intradermo-réaction au Dmelcos, auto-inoculation) ou par l'évolution : au bout de quelques jours, le chancre mou offre son aspect typique.

Cette forme mérite donc d'être connue, car elle expose à des erreurs de diagnostic et de pronostic.

En somme, l'existence de ces formes atypiques montre les fréquentes difficultés du diagnostic des chancres.

Elle souligne la nécessité de ne pas porter le diagnostic de syphilis sans l'avoir vérifié par un examen de laboratoire : recherche du tréponème ou examen sérologique. La fréquence du chancre mixte (inoculation simultanée de la chancrelle et de la syphilis) montre en outre la nécessité de suivre les malades.

II. **Le chancre mixte.** — Une fois sur trois ou quatre pendant la guerre, un peu moins souvent aujourd'hui, le chancre mou est en même temps syphilitique. Si bien que quelques auteurs ont conseillé de faire subir à tous les porteurs de chancres mous un traitement antisyphilitique dit abortif; exagération évidente, repoussée par la presque totalité des syphiligraphes, mais qui montre bien l'importance de la question.

Peut-on faire en clinique le diagnostic de chancre mixte ? Théoriquement une vingtaine de jours après l'apparition de la chancrelle type, la base de celle-ci s'indure. En fait, en ce moment la chancrelle a souvent disparu, ou bien c'est la période où l'on observe le passage à la forme nodulaire. Par ailleurs, les caractères de l'adénopathie sont rarement d'une précision suffisante.

Force est donc de recourir systématiquement aux examens de laboratoire. La recherche du tréponème s'impose quand un chancre mou prend un aspect douteux vers sa troisième semaine. Même si elle est négative, cas très fréquent, il ne faut pas abandonner le malade. Il faut pratiquer la réaction de Wassermann à plusieurs reprises.

Dans tous les cas de chancrelle, même dans ceux qui ont évolué le plus normalement, il est indispensable de faire cette réaction car on a vu des chancres ne s'étant jamais indurés être suivis d'accidents secondaires. On la fera au moins deux fois au moment où elle peut être positive, c'est-à-dire *un mois et demi et deux mois après apparition de la chancrelle* ce qui n'empêchera pas de surveiller cliniquement le malade.

Il est en outre indispensable de savoir qu'*au cours de la chancrelle simple on peut observer une déviation du complément* (BW+) plus ou moins forte, mais *passagère* (Bory, Pautrier, etc.). Il faut donc se montrer exigeant, ne pas condamner le malade à un traitement spécifique de plusieurs années sur la foi d'un seul Wassermann. Avant de commencer le traitement il faut avoir des *réactions franches*, exécutées avec une technique sûre, *stables et répétées.* A cette période sérologique, l'urgence du traitement n'est pas telle que l'on ne puisse attendre deux ou trois réactions. Mieux vaut cela que s'exposer à un traitement injustifié et prolongé.

III. **Étude biologique, Intradermo-réaction, Bactériothérapie.** — La thérapeutique suit de tout près l'étude biologique et bactériologique du chancre mou. Les premiers progrès sont dûs à Bezançon, Griffon et Louis Le Sourd qui les premiers en 1900 ont réussi à cultiver le bacille de Ducrey sur milieu défini, sang gélosé. Plus récemment Reenstierna partant de cette culture a obtenu un sérum de préparation difficile, pendant que Nicolle et Durand mettaient au point des émulsions de bacilles, et Teissier, Reilly et Rivalier une strepto-bacilline extraite des corps microbiens desséchés et broyés.

Grâce à ces préparations, une étude biologique complète du chancre mou n'a pu être poursuivie. Elle a montré que le chancre mou que l'on pouvait considérer comme le type d'une maladie locale était en fait une *maladie générale*.

Elle provoque, en effet, la formation d'anticorps que l'on peut mettre en évidence par la *déviation du complément* de Bordet-Gengou et même doser selon la technique de Calmette-Massol. Employant comme antigène la streptobacilline, Rivalier a obtenu des réactions positives dans tous les cas de bubons et dans les chancres assez anciens (au delà de huit jours) : il s'écoule, en effet, un certain temps entre l'éclosion du chancre et l'apparition d'anticorps dans le sérum. Les résultats sont comparables à ceux de l'intradermo-réaction, mais non rigoureusement parallèles dans leur intensité. En particulier, le traitement par l'antigène élève le nombre des anticorps et fait tomber l'intradermo-réaction. Cette déviation du complément offre un intérêt plus théorique que pratique.

Il n'en va pas de même de l'*intradermoréaction* : facile à réaliser avec la streptobacilline ou le vaccin de Nicolle, elle acquiert une valeur diagnostique et aussi pronostique. Ito, dès 1913, Reenstierna, longtemps après, l'ont pratiqué; mais c'est l'émulsion

(1) Gaté. *Réunion de Strasbourg.*

bacillaire de Nicolle qui l'a mise à la portée de tous. Pratiquement, on injecte dans le derme 1/10e ou 1/20e de centimètre cube du produit employé. La réaction est positive quand apparaît une rougeur avec infiltration. Mais il ne faut la lire que deux jours après l'injection. Les protéines microbiennes peuvent, en effet, déterminer une réaction non spécifique, qui est fugace et disparaît en un jour. La vraie réaction persiste. Son intensité est variable : et précisément elle permet de prévoir les résultats du traitement par l'antigène spécifique. Ces variations relèvent de deux facteurs : l'un est lié aux capacités réactionnelles de chaque individu, l'autre plus facile à analyser dépend de l'ancienneté de l'affection : l'intradermo-réaction est d'autant plus forte que la lésion est plus ancienne ou compliquée. Négative dans la chancrelle récente, elle devient positive vers le dixième jour et son intensité s'accroît.

Dans les bubons, elle est très forte. Elle acquiert son maximum dans les réinfections de chancrelle chez les anciens chancrelleux.

Toutefois la valeur pratique de cette réaction peut être amoindrie par ce fait qu'elle persiste indéfiniment, qu'on la trouvera positive chez tous les anciens chancrelleux. Il reste qu'une réaction négative avec une lésion de plusieurs semaines donne un sérieux appoint au diagnostic.

Quelle est maintenant la *valeur thérapeutique* de ces produits spécifiques?

Le vaccin de Nicolle s'emploie en injection intraveineuses, répétées tous les deux jours en augmentant la richesse en corps microbiens de l'émulsion. On a ainsi un jeu de six ampoules dosées à 225, 335, 450, 550, 675, 675 millions de germes que l'on utilise successivement. L'injection détermine une forte poussée de fièvre à 40 degrés en quelques heures chez tous les sujets, même exempts de chancrelle. Cette propriété pyrétogène est d'ailleurs utilisée comme succédané de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale (1). Chez les chancrelleux, la prise soigneuse de la température montre le lendemain de l'injection une nouvelle élévation : elle n'existe pas chez les sujets sains.

Voici les résultats pratiques. Ils sont inconstants avec le chancre simple récent; cependant la dissémination locale de la chancrelle est enrayée et la cicatrisation peut être activée.

Contre le bubon, ils sont excellents et souvent d'une rapidité impressionnante; quand le bubon est ramolli, prêt à se fistuliser on obtient parfois une rapide résorption du pus sans être obligé de recourir à la ponction. Les résultats sont également excellents dans les chancres phagédéniques.

En somme, plus la lésion est ancienne et compliquée, meilleurs sont les résultats. L'on ne peut manquer de s'apercevoir que ce sont justement ces cas qui s'accompagnent d'une forte intradermoréaction. Le degré de sensibilité à l'antigène mesure donc le pouvoir thérapeutique de celui-ci. Il y a donc une question d'opportunité dans le choix du moment thérapeutique, et il faut parfois savoir attendre une forte réaction intradermique.

Quelques inconvénients restreignent la portée pratique de ce traitement : les phénomènes de choc atteignent parfois une certaine violence (un cas unique de mort a été signalé par Ch. Laurent, réunion de Strasbourg) et empêchent cette thérapeutique d'être ambulatoire. Comme son efficacité est médiocre dans la chancrelle simple, il est sage d'adopter les conclusions proposées par Pautrier et adoptées par la réunion de Strasbourg : la vaccinothérapie est le traitement de choix du bubon, mais le traitement local du chancre conserve toutes ses indications.

Ce mode de traitement est-il vraiment spécifique? On peut, en effet, invoquer deux autres mécanismes thérapeutiques : la pyréthothérapie et la protéinothérapie d'autant plus que le bubon cède souvent à l'injection fessière de stok-vaccin, de lait ou veineuse de T A B. Le Dmelcos peut, en effet, agir par ces moyens. Mais il est certainement doué d'une action spécifique car il fait disparaître la sensibilisation à l'antigène spécifique, en d'autres termes l'intradermoréaction. On étudiera mieux encore ces mécanismes avec la streptobacilline parce que celle-ci ne provoque aucune réaction thermique chez le sujet sain.

On observe, en effet, après une injection de streptobacilline une élévation rapide du taux des anticorps décelés par la technique de Calmatte-Massol : c'est ainsi qu'ils passent, par exemple, de 5 unités à 40.

On assiste, d'autre part (ceci a également été observé avec le vaccin de Nicolle) à la disparition de l'intradermo-réaction environ huit jours après la première injection. Elle redevient positive dix à douze jours après la dernière. Et cette désensibilisation est d'autant plus rapide que la sensibilité était plus forte.

Il y a donc dans cette médication une action spécifique indiscutable.

Le mécanisme intime est sans doute le même que celui de la protéinothérapie : « l'une utilise l'intolérance générale de l'organisme vis-à-vis de diverses albumines hétérogènes injectées par voie parentérale; l'autre met à profit l'intolérance acquise au cours de l'infection chancrelleuse vis-à-vis de l'antigène homologue » (Reilly). La médication spécifique a l'avantage de pouvoir proportionner la dose à injecter au degré de sensibilité du malade et de déterminer la réaction appropriée à son état spécial. Cela montre pourquoi l'intradermo-réaction fléchissant après chaque injection, il faut augmenter la dose de la suivante pour réaliser un effet semblable.

Riche en enseignements qui peuvent être transposés dans l'étude des maladies infectieuses et de la vaccinothérapie, cette étude montre nettement la distinction entre les diverses réactions de l'organisme à une infection microbienne :

L'allergie (ou sensibilité à l'extrait microbien) est différente de la réceptivité au microbe lui-même.

La désensibilisation (qui aboutit à la guérison) est autre chose que l'immunisation, car l'inoculation est

(1) Sicard, Haguenau et Wallich.

possible pendant la disparition temporaire de l'intradermo.

L'allergie n'est pas parallèle à la richesse en anticorps. (Déviation du complément et intradermoréaction objectivent des phénomènes différents).

QUELQUES RÉFLEXIONS CLINIQUES

A PROPOS DE

LA PHLYCTÉNOTHÉRAPIE DANS LA GUÉRISON DES TOXICOMANES

Par les docteurs J.-B. BUVAT et G. VILLEY-DESMESERETS
Médecins de la Villa Montsouris.

La communication du docteur Modinos, à l'Académie de médecine (1), sur la guérison des toxicomanes par la phlycténothérapie, nous suggère les réflexions suivantes, inspirées par l'observation, dans ces trente dernières années, de plus de 1.200 cas de toxicomanie que nous avons traités.

Qu'il s'agisse de toxicomanie opiacée, cocaïnique, alcoolique, chloralique, éthérique, par les barbituriques, ce qui domine la maladie, pour le pronostic, c'est l'état mental sous-jacent. Seuls les psychonévropathes deviennent des toxicomanes, et la cure est moins fonction de la drogue qu'ils emploient que de l'intensité et de l'évolution de leur psychonévrose.

On connaît le nombre considérable de malades qui, dans les services chirurgicaux, après une grosse intervention, sont soumis à des injections de morphine ou de pantopon, et qui, leur convalescence installée, voient supprimer brusquement leur calmant sans aucun incident. Ces malades, qui ne sont que des morphinisés, ne deviennent des morphinomanes que s'ils sont d'abord des psycho-névropathes.

Avec tout ce groupe, il n'est nécessaire d'employer aucune thérapeutique pour atténuer ou supprimer un besoin psychique qui n'existe pas chez eux.

A côté de ces morphinisés, il y a le groupe des toxicomanes de toute drogue. Dans ce groupe, 80 p. 100 des cas relèvent d'une psychose périodique atténuée, pour employer la classification de Gilbert Ballet, ou d'une maniaco-dépressive, pour parler le langage de Kraepelin. Les 20 p. 100 restant sont des schizophrènes atténués (classification du professeur Claude) ou des déments précoces (classification de Kraepelin), ou des organiques tabétiques, calculeux, cancéreux, goutteux, asthmatiques, rhumatisants chroniques, etc.

Quelle que soit la méthode employée pour arriver au sevrage de ces malades, tous ceux qui en ont vu un grand nombre, et parmi eux Sollier, savent, qu'après le sevrage (mené plus ou moins rapidement selon les cas) il y a la désintoxication, et que la convalescence physique, comme celle de la fièvre typhoïde, est lente; que la convalescence mentale est plus longue encore, et que ce n'est guère qu'après six mois de zéro toxique qu'on peut espérer la disparition de l'état obsédant qui ramène les rechutes. C'était déjà l'opinion de Magnan qui basait sur ce fait sa technique de désintoxication lente.

Il y a donc loin de notre observation clinique aux résultats obtenus dans une demi-douzaine de cas traités par la phlycténothérapie qui, du reste, vise surtout l'état de besoin.

Sans avoir expérimenté la méthode, *à priori*, elle nous laisse sceptiques, et ce scepticisme s'appuie sur ce que nous venons de dire plus haut et sur les conclusions que tire le docteur Modinos de ses deux observations de cocaïnomanie où la phlycténothérapie aurait supprimé tout besoin.

En effet, il est admis par tous les auteurs comme une vérité évidente que la cocaïne ne donne jamais un état de besoin, qu'il est de règle classique d'opérer toujours, chez les cocaïnomanes, la suppression brusque, et que, loin de se plaindre, loin d'en réclamer, les malades éprouvent un grand bien-être. Tout le monde sait aussi, les malades d'abord et les médecins qui en ont vu beaucoup, qu'il n'en est pas de même avec les intoxiqués par l'opium, l'éther, l'alcool ou le chloral. Chez eux, la suppression brusque est très dangereuse, la suppression rapide très douloureuse, et le besoin obsédant reste impérieux longtemps.

Les intoxiqués par les barbituriques, qui deviennent de plus en plus nombreux, sont à rapprocher par l'absence de besoin, des cocaïnomanes.

Attribuer la suppression du besoin chez les cocaïnomanes à la phlycténothérapie nous paraît une erreur clinique, car il n'y a pas d'état de besoin chez eux, pas plus qu'il n'y en a chez les morphinisés.

Quant aux toxicomanes de l'opium, aux dypsomanes, nous connaissons trop les états obsédants tardifs, générateurs de rechutes, chez des malades sevrés et désintoxiqués depuis des mois (par conséquents guéris), pour admettre qu'une sérosité de phlyctène détruise, en un tour de main, le formidable état obsédant et impulsif qui domine les malades, et qui est fonction d'une maladie mentale où la mythomanie reste un des symptômes de premier plan.

(1) Acad. de méd., séance du 5 nov. 1929 (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 90, p. 1603).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1929)

Causes et conséquences de la surdité de Beethoven. — M. MARAGE, qui avait déjà consacré deux notes en janvier 1928 à la surdité de Beethoven (1), apporte le résultat de nouvelles recherches faites avec M. Romain Rolland. Il confirme son premier diagnostic d'otite interne due à un surmenage intensif des centres auditifs. Il conclut que les malades atteints de labyrinthite et de lésions des nerfs et des centres auditifs entendent par poussées des vibrations de toutes sortes, chants, musiques et bruits qui leur rendent la vie odieuse.

« Mais, écrit M. Romain Rolland, il n'est donné qu'à Beethoven de mettre en marche sur ces rythmes les peuples

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, p. 97 et 171.

de ses symphonies. Et c'est là le génie. Du chaos il a fait le monde. »

Mécanisme d'action du bistouri électrique à haute fréquence (effets thermiques et mécaniques des courants de haute fréquence sur les tissus). — MM. Ch. Champy et Heitz-Boyer. Le bistouri à haute fréquence est réalisé au mieux pour sectionner avec les ondes entretenues qui coupent les tissus grâce à des phénomènes mécaniques de disruption tissulaire, avec un minimum d'intervention des phénomènes thermiques. En revanche, ces ondes coagulant peu, le bistouri électrique réalisé avec elles est moins hémostatique immédiatement que celui réalisé avec les ondes amorties.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 29 novembre 1929)

Absence d'hypertrophie cardiaque dans certains cas d'hypertension permanente. — M. Ch. Aubertin. Chez un certain nombre de sujets présentant de l'hypertension permanente salivaire, hypertension dépassant 22 pour la maxima et 11 pour la minima, l'hypertrophie cardiaque manque cliniquement et radioscopiquement. Anatomiquement, lorsque les sujets ont succombé à un ictus ou à une affection intercurrente on peut trouver des cœurs dont le poids varie de 225 à 300 grammes. Dans tous ces cas il s'agissait d'hypertension solitaire sans trouble de la fonction rénale et sans fléchissement cardiaque.

Sur le diagnostic des cavernes cancéreuses du poumon. — MM P. Ameuille et R. Huguenin présentent quatre observations de cavernes cancéreuses du poumon et montrent à quelles erreurs de diagnostic elles peuvent donner naissance tant que la biopsie, soit directe, soit sur un ganglion pariétal n'a pas été pratiquée.

Presque toujours, le cancer du poumon a été dans ces cas confondu avec une collection liquide suppurée de cet organe. Dans aucun cas, le diagnostic a été fait assez tôt pour que pût se poser la question de la lombectomie.

Dextrocardie considérable avec rigidité médiastinale consécutive à une hydro-pneumothorax, dont l'épanchement n'a pas été ponctionné. — MM. Rist, Hyrschberg et Perin présentent deux cas de pneumothorax artificiel, au cours desquels s'est développé un épanchement qui n'a pas été ponctionné. A leur entrée dans le service, ces deux malades présentaient une dextrocardie considérable. Les auteurs insistent sur la nécessité d'évacuer précocement les épanchements au cours des pneumothorax pour éviter de telles éventualités.

Essai d'interprétation des images radiologiques triangulaires dites de pleurésie médiastine, se superposant aux bronchectasies. — MM. Bezançon, Azoulay, Weismann-Netter et Oumansky présentent deux cas de dilatation bronchique où l'on retrouve ces images d'opacité triangulaire, type de pleurésie médiastine bien décrite par M. Rist et ses collaborateurs, puis par MM. Sergent et Bordet.

Ils discutent l'interprétation de pareilles images et considèrent qu'il s'agit sans doute d'une splénopneumonie ou d'une cortico-pleurite profonde péri-bronchectasique du lobe inférieur.

Le traitement des eczémas, maladies de sensibilisation. — MM. H. Jausion, P. Cot et Somier estiment que tous les eczémas témoignent d'une susceptibilité tégumentaire, élective au début, souvent générale au terme de l'existence vis-à-vis d'une ou plusieurs substances étrangères à l'organisme et réputées antigène. Ainsi défini l'eczéma admet de multiples variantes.

Le *traitement* s'inspire de ces principes.

Si le malade est jeune, la maladie récente, et l'antigène connu, c'est la *mithridatisation spécifique* qui paraît s'imposer. Tel est le cas pour l'*eczéma des nourrissons* que jugule avec rapidité la désensibilisation lactée maternelle ou animale. Telle aussi est la cure des *dermites professionnelles* dont l'exo-antigène est maniable.

Pour les *eczémas* réputés *dyscrasiques constitutionnels*, c'est, si surtout la forme est aiguë et l'exosérose intense, l'*auto-ouro-thérapie* qui doit être pratiquée.

Dans toutes formes, dans les eczémas anciens, poly-antigénique, la *désensibilisation neuro-végétative* peut être obtenue des méthodes générales (auto-hémothérapie, hyposulfite de soude, pilocarpine).

La biothérapie, au moyen de vaccins spécifiques plus ou moins dégradés s'impose pour ces *eczémas pyococciques et mycosiques*. *Stock-lyso-vaccin staphylo-strepto-pyocyanique* et *claso-vaccin polymycosique* pourront conférer au tégument un état réfractaire de durée variable mais pratiquement suffisant.

Certaines formes *très parakératosiques*, psoriasiformes, pourront en outre être détergées par la médication élective des parakératoses, la *chimiothérapie bismuto-arséno-pyridinique* (psothanol).

Enfin, contre les *eczémas scolaires*, la *lumino-désensibilisation* à la *résorcine*, à la *pyrocatéchine*, voire au *xylol* pourra être associée à l'administration des désensibilisateurs généraux, modificateurs vago-sympathiques sans spécificité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 4 décembre 1929)

Arthrodèse extra-articulaire par greffe, appliquée à l'articulation de l'épaule. — M. Sorrel pense, qu'en principe, il vaut mieux préférer la résection à l'arthrodèse, pour le membre supérieur.

Lésions traumatiques complexes des deux membres supérieurs. — M. Mouchet rapporte cette observation de M. Grinda : le blessé présentait une fracture humérale, une luxation de la tête radiale, une fracture du cubitus et un diastasis radio-cubital avec subluxation du carpe en arrière, comme lésions du membre supérieur gauche; à droite, fracture du scaphoïde avec énucléation du semi-lunaire qui fut extirpé. Bon résultat.

Maladie de Kümmel-Verneuil. — M. Mouchet fait un rapport sur trois observations de M. Guillemin (de Nancy). On retrouve dans ces cas les trois phases classiques : traumatisme, sédation, phase douloureuse avec lésions radiologiques.

Orchi-épididymite aiguë traumatique produite par contraction violente du crémaster. — M. Botreau-Roussel : Au cours d'efforts de vomissements un jeune soldat ressent une violente douleur au niveau du testicule droit. Syndrome d'orchi-épididymite. A l'intervention il n'existe qu'une ecchymose du pôle supérieur de l'épididyme avec présence de sang et caillots dans la vaginale. Guérison rapide.

Torsion de l'ovaire. — M. Auvray fait un rapport sur cette observation de M. Murard (du Creusot). La torsion survint au quatrième mois de la grossesse : douleur aiguë, pas de température. L'ovaire droit seul était tordu. Ovariectomie. Guérison. Le diagnostic peut être difficile, en particulier avec les accidents dus à de petits fibromes au cours de la grossesse.

M. Okinczyc a opéré le matin même une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgagni qui avait déterminé des phénomènes syncopaux chez une jeune femme.

M. Moure estime que lorsqu'un utérus gravide bloque la voie médiane on doit employer la voie latérale.

Bistouri électrique. — M. HEITZ-BOYER fait un rapport sur un travail de M. Guillemin rapportant quatorze cas d'interventions au bistouri électrique. M. Heitz-Boyer pense qu'il faut rejeter en principe la seule coagulation sur pince.

M. GERNEZ pense que l'anesthésie locale est contre-indiquée lorsqu'on emploie le bistouri électrique.

M. MOURE estime que l'hémostase sur pince est bonne dans les opérations aseptiques en particulier.

M. MONOD estime que le bistouri électrique rend des services dans la chirurgie cervico-faciale et thoracique. L'anesthésie locale ne gêne en rien son emploi.

Maladie de Banti. Splénectomie. Résultat au bout de deux ans. — M. DESPLAS. Le malade présentait des symptômes hémorragiques et une grosse rate; on pense à la maladie de Banti à cause de l'hypertrophie du foie et de la rate. Pour combattre l'anémie et agir sur la biologie sanguine, on fait précéder l'intervention par des transfusions. Splénectomie après résection partielle du rebord cartilagineux du thorax. Suites compliquées, mais guérison. Les complications hémorragiques ont disparu. Actuellement le malade est en parfaite santé.

M. CUNÉO estime qu'on peut pratiquer d'abord l'ouverture de l'arrière-cavité et la ligature des vaisseaux spléniques. L'extirpation est ensuite plus facile.

M. GRÉGOIRE a observé des hémorragies survenant brusquement un temps plus ou moins éloigné après l'intervention; la présence de la rate n'est pas la seule cause de l'hémorragie.

M. MOURE demande s'il vaut mieux lier l'artère splénique ou les branches terminales de l'artère.

M. GRÉGOIRE estime que la ligature des vaisseaux est tantôt facile, tantôt difficile. Dans les cas difficiles on lie les vaisseaux du pédicule tels qu'ils se présentent.

Présentation de malade. — **Epanchement de Gérard-Marchand chez l'enfant.** — M. MATHIEU a opéré un cas typique chez un enfant de neuf ans. La craniectomie fut exécutée à la pince-gouge. Le crâne s'est refermé, la dure-mère agissant comme du périoste.

M. MONDOR a opéré deux cas analogues chez l'enfant.

M. BASSET a opéré une plaie cranio-cérébrale de la région frontale chez l'enfant. La perte de substance ne s'est pas réparée.

Phlegmon cervical. — M. SAUVÉ montre un beau cas de guérison de phlegmon ostéo-périostique traité par le bactériophage.

Résection vésicale au bistouri électrique. — M. HEITZ-BOYER présente ce malade au treizième jour après son intervention.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1929)

Suite des études sur la catatonie expérimentale. L'épreuve de la bulbocapnine dans la série animale. Comparaison des stades de l'intoxication avec les diverses manifestations du syndrome catatonique chez l'homme. — MM. H. DE JONG et H. BARUK rapportent les résultats de leurs recherches sur la catatonie réalisée expérimentalement chez l'animal par la bulbocapnine. Ils ont administré des doses variées de cette substance à de nombreuses espèces de la série animale.

Il faut distinguer les animaux qui possèdent un néopallium (manteau hémisphérique) et ceux qui en sont dépourvus.

Chez les premiers, la bulbocapnine à dose moyenne détermine la catalepsie, le négativisme, des hyperkinésies (impulsions, stéréotypies) et des troubles organo-végétatifs, c'est-à-dire tous les éléments du syndrome catatonique. Chez les seconds, au contraire (poissons, reptiles, batraciens), ce syndrome fait défaut.

Quant aux fortes doses, elles provoquent l'épilepsie, alors que les doses faibles amènent seulement le sommeil.

Ces faits plaident en faveur de la nature organique de la catatonie, de sa spécificité sémiologique, du caractère cérébral diffus de ses lésions et de son origine toxique.

L'action de l'insuline dans la cachexie parkinsonienne. — MM. J. FROMENT et G. MOURIQUAND, ayant à traiter un jeune malade atteint de parkinsonisme postencéphalitique dont les quatre membres étaient immobilisés en flexion et qui se trouvait, malgré l'hyoscine, en pleine cachexie avec infections lymphangitiques secondaires et crises de tétanie, le soumirent au massage, à la mobilisation et à l'héliothérapie, tout en continuant l'hyoscine. Mais, en outre, ils lui firent faire des injections d'insuline (10, puis 20 unités) associées à l'ingestion de sucre. Un mois après le début des injections d'insuline, le jeune malade reprenait la marche et se trouvait transformé. Les injections sont continuées depuis quatre mois, et le résultat se maintient. Le métabolisme de ce malade a été minutieusement étudié. C'est un nouveau fait qui confirme le rôle joué par le surmenage musculaire chez les parkinsoniens.

Dans quatre autres observations, M. Froment a employé l'insuline seule, sans autre traitement associé. Chez trois de ces malades, l'injection était suivie d'une amélioration immédiate des raideurs qui durait quelques heures.

M. BARRÉ, chez un thomsénien atteint d'hypersomnie, a vu l'insuline déterminer l'insomnie. Chez un parkinsonien, il a observé une atténuation de la somnolence, mais aucune diminution de la raideur. La dose était de 6 à 8 unités seulement. L'auteur a vu la scurocaïne en injection donner d'aussi bons résultats que la scopolamine.

M. HAGUENAU, avec M. Cl. VINCENT, a vu, il y a huit ans, les excellents résultats donnés par la cocaïne chez les parkinsoniens. Mais ils ont interrompu leurs essais, pour ne pas créer un nouveau danger de cocaïnomanie.

M. J. LHERMITTE pense que tous les toxiques sont susceptibles d'exercer une action favorable, mais passagère chez les parkinsoniens. Il a observé le fait pour l'arsenic et pour l'alcool.

Méningiome du lobe frontal opéré avec succès. — MM. O. CROUZON et Cl. VINCENT présentent une femme de quarante ans, qui présentait les signes d'une tumeur cérébrale, et qui avait été traitée tout d'abord par la radiothérapie de la région hypophysaire, à cause d'une déformation des bords de la selle turcique. L'apparition de l'anosmie, de nouvelles radiographies permirent de faire le diagnostic de méningiome de la région du trou grand rond.

L'opération, pratiquée le 18 juillet par M. Cl. Vincent, réussit, bien qu'elle fût tardive, le début datant de deux ans. Mais l'hémorragie fut terrible, et la malade ne survécut que grâce à des transfusions de 400 centimètres cubes, puis de 200 centimètres cubes.

L'état de la malade s'est beaucoup amélioré depuis l'opération, bien que la vue soit restée à peu près stationnaire.

Sclérose combinée subaiguë de la moelle sans anémie ni cachexie. — MM. ANDRÉ-THOMAS, H. SCHAEFFER et AMYOT présentent un malade qui, depuis cinq mois, a vu s'installer, au niveau de ses membres supérieurs, des dysesthésies, de la diminution de la sensibilité, de la maladresse, de la raideur et de l'affaiblissement musculaire; au niveau de ses membres inférieurs, une gêne de la marche due à de la raideur et à la faiblesse des jambes.

L'examen objectif de ce malade a décelé une hypertonie d'ordre pyramidal des quatre membres, principalement mar-

quée au membre supérieur droit. Les segments distaux sont les plus intéressés, en particulier les mouvements de pronation et de supination de la main.

Les réflexes ostéo-tendineux et périostés sont exagérés aux quatre membres, mais le signe de Babinski n'existe pas.

Les sensibilités superficielles sont diminuées aux segments distaux des membres, alors que les sensibilités profondes y sont abolies. Aussi existe-t-il une incoordination dynamique des membres supérieurs.

L'état général du malade est bon. Les examens complémentaires ont démontré qu'il n'existe pas de diminution du nombre des hématies, que le liquide céphalo-rachidien est normal, que le taux de l'urée dans le sang et la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien sont normaux. Par ailleurs, le chimisme gastrique a démontré une absence totale d'acide chlorhydrique.

Les auteurs croient qu'il s'agit, chez leur malade, d'une dégénération combinée de la moelle avec atteinte prédominante des cordons à fibres longues, et ils rapprochent leur observation de celles qui ont été primitivement décrites en Angleterre par Russell, Batten et Collier.

D'autre part, ils insistent particulièrement, dans leur présentation, sur l'état actuel satisfaisant du malade, sur l'absence de tout syndrome anémique concomitant, sur l'anachlorhydrie et sur l'hypertonie particulière des quatre membres, plutôt inusitée dans les cas de dégénération combinée de la moelle de cette variété.

Syndrome protubérantiel. Paralysie latérale du regard. Dyssynergie des mouvements de la tête et des yeux. — MM. A. Thomas et R. Amyot présentent un malade atteint de paralysie de la VIIe et de la VIe paire gauche, avec perte des mouvements de latéralité des yeux vers la gauche et avec dysmétrie. On observe chez ce malade un symptôme particulier. Quand ce malade veut porter ses regards vers la gauche, il tourne la tête à gauche, mais son regard se porte à droite et ne revient ensuite que lentement et tardivement vers la gauche. Ce phénomène est sans doute dû à un réflexe labyrinthique céphalo-oculogyre, que la parésie des lévogyres ne permet pas de combattre.

Un cas de spasme des abaisseurs de la mâchoire au cours d'une encéphalite prolongée. — MM. Fribourg-Blanc et Kyriaco rapportent une observation de spasme d'abaissement de la mâchoire, symptôme majeur au cours d'une encéphalite prolongée. On ne relève chez le malade aucun antécédent d'encéphalite épidémique. Une grippe à forme pulmonaire a précédé de deux mois le début des troubles. Ce cas plaide en faveur des rapports de la grippe et de l'encéphalite.

Dystrophie adiposo-génitale d'origine spécifique chez deux frères. — MM. Jean Lhermitte et Yves Dupont. Le premier malade est un enfant âgé de six ans, chez lequel le syndrome adiposo-génital a été précédé par plusieurs incidents qui semblent indiquer une altération des centres nerveux : hémiplégie transitoire, arrêt du développement intellectuel, turbulence et crises comitiales frustes.

La réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien s'est montrée positive, de même que dans le sang. On pouvait donc être tenté de rattacher la dystrophie adiposo-génitale à des altérations basilaires du cerveau. Or, les auteurs ont pu examiner le frère cadet, âgé de quatre ans, et relever la même dystrophie adiposo-génitale, indépendamment de tout stigmate d'hérédo-syphilis nerveuse. Les auteurs concluent donc de ce fait que, dans les cas de ce genre, le tréponème agit directement sur les organes endocriniens et que l'atrophie génitale est indépendante d'une lésion nerveuse centrale. Il faut également souligner l'échec complet du traitement antisyphilitique dans ces deux cas, échec qui contraste d'une manière saisissante avec les résultats qui ont pu être obtenus chez la mère de ces sujets, en état de grossesse, par un traitement institué dès le premier mois de la conception.

Paraplégie avec signes de compression médullaire par arachnoïdite, sans tumeur. Guérison clinique complète après laminectomie et radiothérapie. — MM. M. Faure-Beaulieu, Th. de Martel et Yser Solomon présentent une femme de soixante ans qui a été, pendant plusieurs mois, immobilisée, après une courte phase de douleurs en ceinture, par une paraplégie purement motrice, avec épreuve de Quecquenstedt-Stookey positive et arrêt net du lipiodol entre D^4 et D^6. L'opération a montré à ce niveau, au lieu d'une tumeur, une opacité et un blocage de l'arachnoïde; elle a été suivie d'une légère tendance à l'amélioration fonctionnelle, qui, après trois semaines de radiothérapie, s'est accentuée au point que l'on constate maintenant une *restitutio ad integrum* complète, aussi bien du point de vue des troubles fonctionnels que des signes physiques de lésion pyramidale (clonus, signe de Babinski).

Cette observation contribue à montrer que le Quecquenstedt-Stookey et l'arrêt lipiodolé peuvent exister sans tumeur comprimant la moelle. Il y avait d'ailleurs dans ce cas deux particularités cliniques aberrantes, qui étaient de nature à faire hésiter le diagnostic : la constitution anormalement rapide de la paraplégie et la dissociation albumino-cytologique inversée du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose notable sans hyperalbuminose).

Le mécanisme de l'issue favorable inespérée de l'évolution clinique demeure obscur, et la part qui revient à chacun des deux actes thérapeutiques difficile à doser. Aussi problématique est la nature du processus qui a abouti à l'arachnoïdite responsable de la paraplégie : la lymphocytose évoque en tout cas l'idée d'une infection subaiguë, atténuée et circonscrite des méninges rachidiennes, qui rentre dans le cadre des méningites séreuses décrites par M. H. Claude.

M. T. de Martel ajoute : « Il est difficile d'expliquer comment agit l'arachnoïdite pour simuler à s'y méprendre une tumeur de la moelle. Je crois que l'opinion de Stookey est la bonne. La moelle fixée en un point de son fourreau dure-mérien ne peut se déplacer d'arrière en avant à chaque mouvement respiratoire, à chaque mouvement de flexion du tronc. Elle subit un traumatisme répété qui la lèse. Il se passe ce qui se passe au niveau du nerf cubital après les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il faut toujours opérer les arachnoïdites. Le résultat est souvent très bon et l'opération absolument bénigne. »

Volumineux gliome du lobe frontal gauche. — MM. L. Babonneix et J. Sigwald présentent un gliome qui occupe tout le lobe frontal gauche et qui n'a donné lieu, jusqu'aux derniers jours, à aucun symptôme. En particulier il n'y avait aucun trouble psychique, aucun phénomène d'aphasie ou d'anarthrie.

Sur un nouveau réflexe vasculaire, le réflexe oculo-capillaire. — MM. G. Marinesco et A. Bruch. Ce réflexe est mis en évidence par l'examen capillaroscopique pendant la compression oculaire. Les auteurs étudient ses modifications suivant l'âge et suivant l'état pathologique du sujet.

Eloges funèbres. — Pendant la séance, M. L. Babonneix, président, a prononcé les éloges funèbres de M. Long, de M. Jarkowski et de M. Lecène, membres de la Société, décédés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 26 octobre 1929)

La radiothérapie est actuellement le seul traitement efficace des arthrites chroniques de la hanche. — MM. Dausset et Lucy ont traité quarante cas d'arthrites chro-

niques de la hanche, dont la plupart avaient été prises pendant fort longtemps pour des sciatiques. Après l'échec de tous les autres traitements physiothérapiques et après radiographie, ils ont eu recours à la radiothérapie. Or, ils ont obtenu dans plus de la moitié des cas une amélioration de la fonction et une diminution telle de la douleur que les malades ont pu reprendre une vie très active, sans souffrir. Il y a arrêt de la maladie, sinon régression.

Ces résultats sont remarquables, étant donnée l'impuissance totale des autres moyens thérapeutiques qui laissaient l'affection évoluer progressivement. C'est la radiothérapie seule qui permet d'améliorer fortement ces véritables infirmes que sont les porteurs d'arthrites chroniques de la hanche.

Le rôle des minéraux de la ration alimentaire dans la glycosurie. — M. LEMATTE étudie l'action de la salive sur la formation du glycogène et la libération des minéraux qui accompagnent les glucides de la ration. Ces oxydes métalliques sont nécessaires pour fixer le glycogène dans le foie et les muscles.

L'auteur confirme ce que M. Pierre Robin a observé chez les enfants. Une mauvaise dentition, une hyperchlorhydrie gastrique, une mastication insuffisante, accompagnée des altérations quantitative et qualitative de la salive, peuvent troubler profondément les fonctions glycogéniques du foie et faciliter la déminéralisation du sujet. On peut se demander si tous ces troubles fonctionnels ne préparent pas le lit à une glycosurie future.

Une cause essentielle de cellulalgie : l'attitude. — M. WETTERWALD. Les spasmes musculaires dénommés « crampes professionnelles » ont une cause périphérique, la cellulite, et guérissent par la mobilisation neuro-tissulaire, traitement manuel des nerfs et des tissus superficiels. La cellulite elle-même est provoquée ou aggravée par l'attitude d'un segment de membre ou du tronc. Cette attitude, peu favorable à l'irrigation humorale et aux échanges nutritifs, favorise par contre la stase toxinique, la vaso-dilatation, l'œdème plasmatique et les infiltrats qui sont les stades successifs du nodule cellulitique. Les terminaisons nerveuses du tissu conjonctif participent à ce processus. La douleur s'explique par leur congestion propre et par la compression du tissu qui les enserre. Le massage empirique est inopérant ou aggravant. Les échecs mis au compte de ce traitement dans ces cas et dans d'autres ont souvent pour cause une technique défectueuse, enseignée et pratiquée par des ignorants.

Subluxations vertébrales. — M. LEPRINCE étudie les subluxations vertébrales qui seraient la cause de nombreuses maladies; il apporte les résultats obtenus par la remise en position normale des vertèbres.

CHRONIQUE

UNE LETTRE DU PROFESSEUR WEISS A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

M. le professeur Weiss vient d'adresser au directeur du *Temps* la lettre suivante :

« Strasbourg, 5 décembre 1929.

Monsieur le Directeur,

Permettez moi d'ajouter quelques précisions au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 3 décembre, qui paraît dans *Le Temps* d'aujourd'hui.

1° Je ne suis pas d'accord avec mon collègue et ami M. Paul Strauss, en ce qui concerne les conclusions à tirer des statistiques, en particulier de celles qui portent sur la tuberculose.

Voici les résultats que j'ai apportés et ce que j'en ai dit :

En Alsace, *avec l'assurance obligatoire*, la mortalité par tuberculose est, de 1895 à 1920, tombée de 27 décès par 10.000 habitants à 17, soit de 37 p. 100. Dans la même période, en France, elle est tombée, sans assurances sur la maladie, de 35 à 19, soit de 46 p. 100.

Actuellement elle est le plus bas avec 8,1 décès (1926) en Danemark, *où l'assurance est facultative*, et aux Etats-Unis, 8,66 décès (1925), *sans assurances contre la maladie.*

On ne peut donc établir de relation de causes à effets entre la mortalité par tuberculose dans ces pays et l'assurance contre la maladie.

Ce qui a permis d'obtenir ces résultats, c'est uniquement :

a. Les progrès des mesures hygiéniques;

b. Les progrès de la thérapeutique sous ses diverses formes :

Au lieu de dépenser des sommes fantastiques pour l'assurance contre la maladie, il vaudrait mieux les affecter à la réorganisation de nos services d'hygiène et de certains hôpitaux.

Comme exemple de ce que l'on peut obtenir, par de judicieuses mesures hygiéniques, j'ai cité la « Métropolitan Life », compagnie américaine d'assurance sur la vie, comptant environ 15 millions d'assurés. Cette compagnie, soucieuse de la longévité de ses assurés, a formé un corps d'infirmières visiteuses à domicile, de médecins sanitaires, etc., et par ces sages mesures a fait, en vingt ans, baisser le taux de la mortalité par tuberculose de ses assurés, de 50 p. 100 par rapport au reste des Etats-Unis, où déjà elle est basse.

J'ai pensé qu'il serait aussi très intéressant de voir quelle est la situation respective, dans les divers pays, de la mortalité infantile, car c'est là, semble-t-il au premier abord, que l'assurance pourrait avoir les résultats les meilleurs. Ces résultats, les voici pour 1927 :

Mortalité de zéro à un an pour 100 enfants.

France	8,3	sans assurance
Alsace	7,2	avec —
Moselle	10,3	avec —
Allemagne	9,7	avec —
Angleterre	7,0	avec —
Suisse	5,7	avec —
Belgique	9,2	sans —

Il me paraît difficile d'attribuer une heureuse influence à l'assurance; par contre, chacun connaît l'excellente formation professionnelle des nurses anglaises et suisses.

J'affirme aussi que la bonne organisation des œuvres de puériculture en Alsace et le dévouement de mon collègue le professeur Rohmer, secondé par le docteur Rodolphe Strauss, sont plus efficaces que l'assurance.

2° J'en arrive aux abus que les assurés font de l'assurance.

ALLEMAGNE. — *a.* En 1926, sur 7.918.412 assurés faisant partie de 778 caisses, il y a eu 1.259.016 malades, en état d'incapacité de travail, qui ont été convoqués à une enquête de vérification. Dans ce nombre, il y en eut 198.142 qui ne se présentèrent pas et firent savoir qu'ils étaient bien portants; 219.913 qui vinrent se faire inscrire comme bien portants; 292.133 furent reconnus à l'enquête de vérification capables de travailler.

Ainsi, parmi ceux sur qui avait porté l'enquête, il y en avait 710.188, soit 56,5 p. 100, qui pouvaient travailler immédiatement.

ALSACE. — *b.* Chaque année, les *caisses d'entreprises et de corporations* font des opérations de contrôle. Voici le résultat global de 1924-1928 :

Cités au contrôle	10,111
Aptes au travail	7,267
Soit	71 p. 100

Alsace. — *c. Caisses locales des malades de Strasbourg-Ville.*

	1926	1927
Cités au contrôle.....	25,819	26,601
Aptes au travail......	14,971	16,972
Soit................	57,98 p. 100	63,80 p. 100

On a dit que beaucoup de personnes qui parlent du livre de Liek, *Les Méfaits des assurances sociales*, ne l'ont pas lu. J'affirme l'avoir lu, et avoir lu bien d'autres choses sur cette triste affaire. De plus, j'ai vu, j'ai observé pendant les onze ans que j'ai été doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. J'ai même beaucoup causé et j'ai été frappé de constater que bien des personnes qui prônent publiquement l'assurance contre la maladie font, en particulier, non seulement des réserves sur son utilité sanitaire, mais reconnaissent volontiers que c'est un des facteurs de dépravation les plus puissants qu'on ait inventés. Pour le Corps médical, personne ne le conteste; il n'est pas bon de mettre les hommes dans l'alternative ou de commettre des indélicatesses ou de ne pouvoir vivre d'un travail honnête.

On déprave non seulement le corps médical, mais tout le peuple, qu'on habitue de plus en plus à mentir et à qui on donne le triste spectacle d'un corps honoré au plus haut point jadis, et qui, peu à peu, glisse à toutes les compromissions. Parlant le patois, je puis causer avec le peuple; il a encore le souvenir des grands médecins qui furent aussi de grands citoyens ayant honoré l'Alsace, comme les Boeckel, les Koeberlé ou les Schutzenberger. Aujourd'hui, il cite plus d'un médecin chez qui on entre comme chez un usurier retors, pour lui demander, sans y mettre aucune forme, de vous aider à voler la caisse.

Ainsi, avec le régime de l'assurance contre la maladie, car je ne parle que de celle-là, m'en étant particulièrement préoccupé, se dépravent le peuple et le corps médical où se trouvaient jadis tant de bons éducateurs pour toutes les classes auprès desquelles sa profession lui donnait accès et où il pouvait porter la bonne parole.

Le jour où les méfaits de l'assurance contre la maladie séviront en France comme ils sévissent actuellement, quoi qu'on en dise, en Allemagne, on cherchera, comme elle, par quel pis aller on pourra en sortir; le fonctionnarisme ou tout autre artifice ne fera que diviser le Corps médical. Il est douteux que les meilleurs médecins aillent alors à la médecine des caisse, et le but visé, je suppose, de donner aux plus humbles des soins éclairés sera manqué.

Si avec tout l'argent que coûtera l'assurance pour pervertir le peuple, on allait à lui et qu'on lui fît sentir le souci sincère de développer son bien-être et ses conditions d'existence matérielles, intellectuelles et morales, on atténuerait bien des animosités et peut-être verrait-on renaître les temps que j'ai connus jadis en Alsace, où le médecin prodiguait à tous les soins les plus dévoués et où la plus franche cordialité unissait les plus grands patrons aux moindres de leurs ouvriers.

Dans ma communication à l'Académie, je me suis étonné aussi que depuis l'armistice on ait fait en Alsace tant d'enquêtes sur l'assurance contre la maladie, sans que personne soit venu demander au doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, d'où sort tout le corps médical d'Alsace, ni à aucun maître de cette Faculté, quelle peut être l'influence du régime des assurances sur le recrutement, la formation professionnelle et la dignité des médecins.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

D[r] Georges Weiss,

Membre de l'Académie de médecine.
Ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCLARATIONS DU PERSONNEL MÉDICAL

Par le docteur Foveau de Courmelles.

Ici même (1), j'ai déjà dit quelques mots de la déclaration imposée par les assurances sociales, du personnel que nous employons. Je ne parlais que du « personnel ménager », des domestiques, mais il y a encore les femmes de ménage et ne vinssent-elles, de temps à autre qu'une heure par jour; plus les assistants, les aides, les infirmières, les anesthésistes, les masseurs, les photographes (développant les radios ou reproduisant des malades intéressants)..., fussent-ils intermittents, passagers. Il en sera de même, sans doute, pour les chefs des services hospitaliers de l'Assistance publique pour leurs internes, externes...

Bien des étudiants utilisés ressortiront aux assurances sociales, puisqu'aidant leurs patrons à des taux inférieurs à ceux fixés par la loi qui doit entrer en vigueur le 5 février 1930.

C'est de la liberté, ou, je ne m'y connais pas!

Quelques confrères m'ont parlé ou écrit à ce sujet, me disant que le médecin « Français moyen » étant en général ennemi de la paperasserie, il convenait de le mieux éclairer.

On sait que le médecin doit comprendre dans sa déclaration de revenus tout ce qui se rapporte à sa pratique, honoraires, cadeaux (tableaux, gibier, légumes « offerts »), il devra de même dire ce qu'il donne à son personnel, gages, nourritures, cadeaux, et payer ses 5 p. 100 à titre de patron et les 5 p. 100 que devrait payer en son nom propre le personnel! Il devra, si « Madame » donne ses robes plus ou moins usagées à sa « bonne », les évaluer et payer sur cela 10 p. 100 également; il en devra faire le décompte, sans doute aussi des repas qu'offrira ledit personnel à sa famille, au militaire ou au pompier de service!... Qu'on ne dise pas que j'exagère, *dura lex, sed lex!*

Le patron devant se fier aux déclarations de son personnel, risquera souvent de les faire, comme on les lui a faites, « fausses ». Que de « perles », engagées sous de faux noms, avec de faux certificats, et cambriolant, que de femmes craignant la poursuite de maris abandonnés à tort ou à raison, et donnant de faux noms, que d'étrangers se disant français pour n'être pas ennuyés, que d'employées, de femmes de ménage, donnant le nom de l'amant avec qui elles vivent. Et le maître — bien petite maîtrise — sera toujours responsable?!...

« Toujours responsable », médecin ou non, j'y insiste avec mon auteur favori et si documenté, Stéphane Lauzanne, qui y est revenu dans *Le Matin*.

Depuis quelque temps, on me fait le service de *La Voix de la terre*, grand hebdomadaire de politique agricole, organe du parti agraire et paysan français adhérant au « bureau international agraire ». Le n° du 22 novembre 1929, tout en déclarant, comme tout le monde du reste, le principe des assurances sociales excellent, cite la *Gazette de Cologne* montrant que les contre-visites révèlent 60 p. 100 d'assurés déclarés malades et ne l'étant pas (2).

M. Léon Mayer, député, maire du Havre, dit *La Voix de la terre*, qui a voté la loi, et n'est donc pas suspect, la veut *modifier*. Evidemment, sur ce point, et sur tant d'autres, car...

« Toute déclaration erronée » pour le personnel, peut don-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 94, p. 1689.
(2) M. Weiss a montré récemment à l'Académie de médecine que le pourcentage de carottiers est encore plus fort, voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 98, p. 1770.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MEDECINE DES 5 JUIN & 10 JUILLET 1928

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME
SEUL PRODUIT PRÉPARÉ SELON LA FORMULE DU PROFESSEUR P. DELBET

PRINCIPALES INDICATIONS

TROUBLES DIGESTIFS — INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES
PRURITS ET DERMATOSES
TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES -- ASTHÉNIE NERVEUSE
TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX -- PROPHYLAXIE DU CANCER

DOSE : 2 à 4 comprimés chaque matin dans un demi-verre d'eau.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS
ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

ner lieu à des poursuites », et « dans les deux mois précédant la mise en vigueur de la loi, les employeurs devront déclarer les salariés qu'ils occupent au 1er janvier 1930. » Avec le personnel instable, on devra, certes, il sera prudent, d'attendre le 4 février 1930, et de faire ce jour-là, six millions de déclarations, en vingt-quatre heures, par toute la France. (Les bureaux, enchantés, veulent être prêts et achètent déjà des immeubles — *Le Matin* 26 mai 1929 — aux frais de la nation qui paiera. « Les Français crient mais paient », a dit jadis un politicien.)

« *Une loi d'embouteillage national*, les assurances sociales vont mettre le comble à l'irritation du pays contre le régime de paperasses et de formalités administratives auquel il est soumis «, écrit Stéphane Lauzanne (*Le Matin*, 21 novembre 1929); et l'auteur montre, avec preuves à l'appui, qu'il y aura « au bas mot, 16 millions de plis recommandés à recevoir, transmettre et délivrer », d'où augmentation de travail des P.T.T., du nombre de budgétivores, la friction entre ceux-ci et le public...

Au point de vue médical, pour éviter cette augmentation d'impôts et de démarches déclarantes, on supprimera du personnel, des moyens d'existence à certains sujets très intéressants, on augmentera le salaire de certains pour qu'ils échappent à la loi et on en congédiera d'autres!...

Le Corps médical — en dehors de sa contribution propre, de sa nécessité inéluctable pour l'exécution — est frappé par des à-côtés retentissant sur tout le monde, et c'est ce *Tout le monde* qu'il faut instruire pour éviter des désastres, encore convient-il que lui-même en connaisse toutes les répercussions personnelles et générales pour les révéler aux autres!...

Ajoutons pour être complet, que toutes les déclarations sont vérifiables à tout moment par des fonctionnaires *ad hoc*. Sans prévenir évidemment, on viendra *at home* voir si l'on a bien, et pas plus, les personnes déclarées, aux prix indiqués, sous leurs vrais noms. Le tout à peine de sanctions graves, même sans doute, si les intéressés vous ont donné de faux noms!

Grande liberté, évidemment!

LIVRES NOUVEAUX

Technique thérapeutique médicale (1), par le docteur G. MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le praticien trouvera dans ce volume toutes les indications qui éclaireront sa conduite dans la pratique journalière. Les chapitres ont été rédigés avec soin, ils sont explicites, et forment un guide consciencieux qui sera toujours consulté avec fruit.

Voici l'énumération des chapitres contenus dans ce volume :

Anesthésie : anesthésie générale par le chloroforme, par l'éther, le bromure d'éthyle, le sommeil électrique. L'anesthésie locale.

La transfusion du sang. Les saignées, les sangsues, les ventouses scarifiées.

Le drainage cutané. La ponction des adénites cervicales tuberculeuses. L'arthrocentèse. La paracentèse de l'abdomen.

L'œil : corps étrangers, l'œil artificiel.

(1) In-8 de 435 pages avec 162 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE — GASTRALGIE | ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., 133, Aubenas.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

Près CHANTILLY, dans jolie localité
PROPRIÉTÉ A VENDRE
comprenant maison d'habitation très bien construite,
grand garage, dépendances, jardin.
Conviendrait à l'installation d'un médecin — Région très habitée.
DUCHEMIN, 16, rue Vaugirard, Paris.

CAMPHYDRYL ROBIN
Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %
TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS
ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS
INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES — ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ — INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES
PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

Bacilloses

États infectieux pulmonaires

Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'

Antiphymique Vadam

Réalise l'antiseptie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.



FORMULE

Iode	0.01
Cholestérine	0.10
Cinnamate de Benzyle	0.05
Eucalyptol	0.05
Goménol	0.05
Gaïacol	0.05
Huile stérilisée. 1c.c.	5

Synergyl Vadam

Médication synergique **injectable et granulée** d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.

Échantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié ès-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone: Archives 08-27

LE LABORATOIRE DU BACTÉRIOPHAGE

Laboratoire de recherches dont les bénéfices sont destinés à des fins scientifiques
sous le contrôle du
PROF. d'HÉRELLE

Bacté-coli-phage
Colibacilluries - Pyélonéphrites - Cystites

Bacté-rhino-phage
Grippe - Coryza - Rhino-pharyngites

Bacté-intesti-phage
Entérites - Colites - Diarrhées infantiles

Bacté-pyo-phage
Panaris - Phlegmons - Plaies Infectées

Bacté-staphy-phage
Furonculose - Anthrax

AGENTS GÉNÉRAUX
LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE — 37, rue de Bourgogne — Paris

Le cœur : paracentèse du péricarde, péricardotomie.

Le poumon : inhalations, tractions rythmées de la langue, injections trachéales, insufflations dans la mort apparente du nouveau-né.

Tubage et trachéotomie.

Thoracentèse. Thoracotomie avec résection costale. Pneumothorax artificiel.

Technique de la thérapeutique médicale du tube digestif.

Technique de la thérapeutique médicale du système nerveux : la ponction lombaire.

Traitement de la méningite cérébro-spinale.

La rachi-anesthésie. La rachithérapeutique.

Traitement sous-arachnoïdien cérébral. Ponction des espaces sous-arachnoïdiens cérébraux par la fente sphénoïdale.

La méthode épidurale.

Anesthésie régionale : de la face, paravertébrale.

Technique de la thérapeutique médicale des voies urinaires. Cathétérisme évacuateur, sondes à demeure, traitement des rétrécissements de l'urètre. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. Traitement de la blennorragie.

Technique de la thérapeutique médicale de la vessie : lavage, ponction de la vessie. Phimosis, paraphimosis, hydrocèle vaginale.

Le rein des vieillards (1), par Pierre DELAFONTAINE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'étude du rein sénile n'avait pas été reprise dans un travail d'ensemble depuis la trnsformation de la pathologie rénale due aux travaux de Widal et de ses élèves. L'ouvrage de Delafontaine comble cette lacune.

La première partie relate les résultats des procédés d'exploration fonctionnelle modernes. Il existe chez le vieillard, d'une façon à peu près constante, des troubles du fonctionnement rénal. Ces troubles, cliniquement latents, peuvent dans un tiers des cas être reconnus par le dosage de l'urée sanguine; le plus souvent ils ne sont décelés que par les méthodes plus sensibles (constante d'Ambard, épreuve de la phénolsulfonephtaléine).

Le chapitre suivant dégage les particularités des néphrites chroniques séniles. Si les azotémies légères sont fréquentes celles qui dépassent 1 gramme sont rares, celles qui dépassent 2 grammes sont exceptionnelles. La symptomatologie de ces azotémies reste très discrète. Les grands accidents azotémiques ne s'observent pratiquement pas chez le vieillard. Le coma urémique en particulier, contrairement aux notions courantes, est tout à fait exceptionnel. La place qu'il faut attribuer aux œdèmes et aux accidents cardio-vasculaires dans les néphrites séniles est étudiée ensuite. L'auteur s'attache à montrer combien il est difficile, dans la pratique, d'apprécier le rôle du rein dans le déterminisme de ces troubles. Isoler les néphrites chroniques du vieillard, c'est dissocier artificiellement un ensemble pathologique complexe où des lésions multiples évoluent parallèlement.

L'anatomie pathologique confirme la fréquence des altértiions rénales dans la vieillesse. Les lésions sont diverses, polymorphes, non caractéristiques. A côté de la sclérose d'origine vasculaire, il faut faire une large place à la sclérose primitivement interstitielle décrite par M. Oberling.

(1) Un vol. in-16 de 202 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.



Cette monographie basée sur 130 observations constitue une importante contribution à un chapitre particulièrement complexe de la pathologie sénile. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU PYLORE [1]

Examens complémentaires. — 1° **Le tubage à jour** confirme la stase montrant un liquide résiduel plus ou moins abondant, souvent sanglant.

Le repas d'épreuve a moins d'intérêt. Il montre simplement de l'*hypochlorhydrie* et de l'hypopepsie contrastant à une notable augmentation de l'acidité totale et du taux des acides de fermentation.

Ajoutons que l'examen cytologique du liquide gastrique pourrait montrer la présence de cellules néoplasiques.

2° **La radioscopie** après repas opaque, va montrer des signes de sténose, et des signes de suspicion permettant de penser à un néoplasme.

a. Signes de sténose. — Le bas-fond est abaissé, l'antre prépylorique élargi, la baryte révèle un liquide de stase abondant.

Les contractions sont souvent lentes, irrégulières, faibles, surtout au niveau du pylore. Quelquefois l'atteinte de la motricité peut être plus tardive et les ondulations peuvent être subnormales.

Cependant la bouillie opaque ne franchit pas le pylore ou ne passe que très lentement dans le duodénum. *L'évacuation est ralentie.*

b. Signes de suspicion. — C'est surtout l'*irrégularité et sa fixité* de l'image pylorique. Le pylore se dessine mal, il reste flou ou dessine un canal irrégulier, sinueux.

Parfois, dès ce moment, il est partiellement invisible ou même amputé (image lacunaire). Si cet aspect n'est pas rattachable à une compression, il est pathognomonique du cancer.

La mobilité du pylore est diminuée : le pylore est fixé.

La valeur de ces signes est considérable. Malheureusement, ils sont loin d'être nets et constants. Cependant, il est de toute importance de poser à ce moment le diagnostic. On se basera sur :

— L'*âge et les antécédents* du malade,
— L'existence d'*hémorragies continues*,
— Les résultats de l'*examen radiologique*.

ÉVOLUTION

1° Le malade est traité.

L'évolution peut être, en effet, modifiée par *une exérèse large et précoce.*

Il faut donc en bien connaître les *contre-indications* :

— *L'existence d'une tumeur* nettement perçue, de même que le ganglion de Troisier.

La tumeur est souvent facile à palper sous une paroi déjà amaigrie; on s'assurera de sa consistance dure, de sa motilité, de ses adhérences. Elle peut, en effet, adhérer à la face profonde de la paroi dans la région de l'ombilic. Elle peut aussi se propager en haut et à droite, vers le foie, suivant le trajet du petit épiploon.

— *Les métastases :* qu'il faut rechercher au niveau du foie, sous la forme de noyaux marronnés.

Au niveau du péritoine qui recèle une lame d'ascite.

Si même toutes ces recherches semblent négatives, il faudra encore pratiquer un *examen général* du sujet, on étudiera son degré d'anémie; on dosera son urée sanguine, en vue de préciser sa résistance. Enfin, souvent ce n'est qu'au cours de la *laparotomie exploratrice* que l'on se rendra compte si l'on peut tenter une intervention curative (gastropylorectomie élargie) ou une opération palliative (gastro-entérostomie). De la première, on peut attendre une survie importante (deux à trois ans en moyenne). La seconde, évidemment moins sérieuse au point de vue immédiat, donne quelques mois d'amélioration.

2° Le malade n'est pas traité.

Rapidement, le cancer du pylore arrive à sa phase terminale de *sténose atonique et de cachexie.*

Les douleurs sont devenues beaucoup moins vives, continues, [illegible].

Les vomissements sont espacées, abondants, d'odeur fétide, ils contiennent des aliments ingérés plusieurs jours auparavant

Les hématémèses sont fréquentes : surtout petite hématémèse noire, mêlée d'aliments et de mucosités, rarement vomissements de sang pur.

Elles aggravent l'anémie du malade.

L'état général est profondément altéré. L'asthénie est très marquée, l'amaigrissement est massif; l'anémie s'accompagne d'un jaune paille qui donne au malade un aspect bien spécial.

Examen : cliniquement, l'estomac est distendu, sa limite inférieure abaissée, souvent d'ailleurs de façon relativement modérée.

La tumeur est souvent perçue à ce moment. Elle siège à droite, au-dessus de l'ombilic. Dure, bosselée, irrégulière, elle a des contours imprécis, mal limités. Surtout, elle est fixée, ne suivant pas les mouvements respiratoires, se mobilisant mal.

Il est à peine nécessaire de rechercher à la radioscopie l'image lacunaire, au tubage d'anachlorhydrique classique, dans les selles des hémorragies occultes, pour parfaire le diagnostic.

Phase terminale. — Des accidents très variés peuvent terminer cette évolution.

Ils sont en rapport soit avec l'extension locale et les métastases, soit avec une complication locale, une infection intercurrente ou les progrès de la cachexie.

Les métastases sont le plus souvent hépatiques : avec douleurs, ictère et ascite.

Péritonéales : avec ascite hémorragique et noyaux secondaires ou pleuro-pulmonaires.

Les complications locales sont moins fréquentes; citons l'hémorragie, la perforation, l'abcès sous-phrénique.

La cachexie terminale est souvent fébrile et parfois entrecoupée d'accidents infectieux (phlébite). La mort est fréquemment hâtée par des infections surajoutées (bronchopneumonies, tuberculose), parfois par des accidents acidosiques dus à l'inanition.

La durée totale de l'évolution est d'environ deux ans.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 99, p. 1798.

Les Maladies des vésicules séminales, par E. Chauvin, professeur de Clinique urologique à l'Ecole de médecine de Marseille. In-8 de 2.6 pages et 42 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

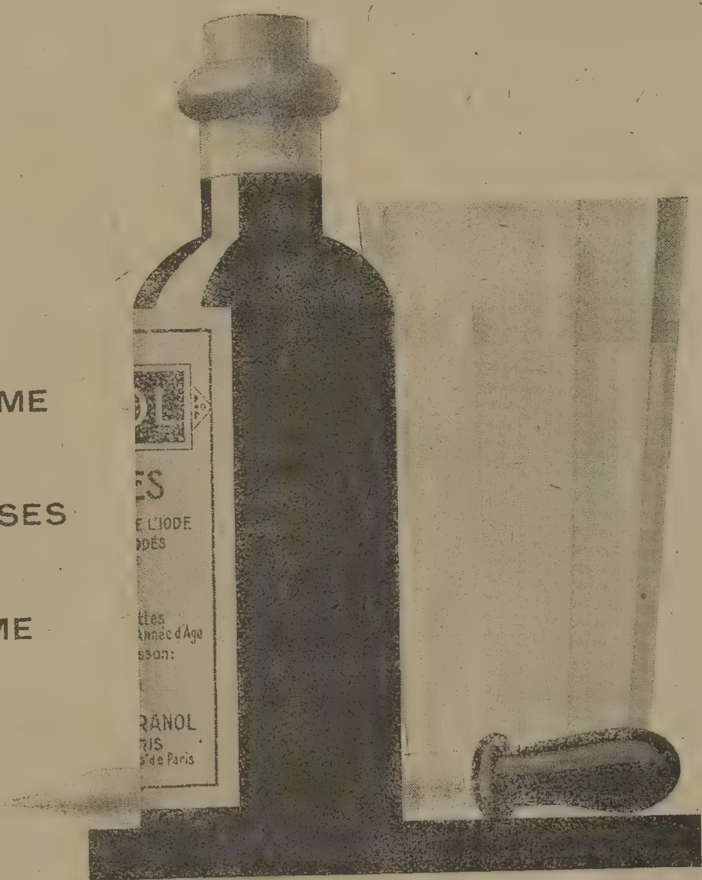
ERANOL

IODE COLLOÏDAL LIBRE
EN SUSPENSION AQUEUSE

LYMPHATISME

TUBERCULOSES

EMPHYSÈME



HYPERTENSION

RHUMATISMES

MYCOSES

Enfants . III à V gouttes pro die par année

Adultes : XI à C gouttes pro die en deux fois

LABORATOIRE DE L'ERANOL : 45, RUE DE L'ÉCHIQUIER. PARIS

LABORATOIRES CARTERET

Traitement et Prophylaxie
des AFFECTIONS PULMONAIRES
par la Voie intestinale
(Syndrome entéro-pulmonaire)

Perles glutinisées
6 à 8 par jour

CETEMOL

Huile Antiseptique (Camphre-Eucalyptol-Thymol et Menthol)

Injections intra-musculaires ou sous-cutanées
Ampoules de 2 cc³ : une par jour

GRIPPE et ses complications
tous ÉTATS INFECTIEUX

Échantillons et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la
BLENNORRAGIE
Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0.10 %)' attaque les associations microbiennes

Boites de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'nne ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

N° 102. — SAMEDI 21 DECEMBRE 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1929. — N° 102.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — *Médecins.* — Beaujon : MM. Harvier, Faroy; — Saint-Louis : M. Babonneix; — Necker : MM. Villaret, Heuyer; — Charité : M. Abrami; — Saint-Antoine : M. Chabrol; — Ambroise Paré : M. Ch. Richet; — Debrousse : M. Rouillard; — Andral : M. René Bénard; — Ivry : M. Gauthier; — Tenon : M. Ameuille; — Bicêtre : M. Donzelot.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination d'au moins sept internes titulaires et de plusieurs internes provisoires s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le 28 janvier 1930. Pour se faire inscrire, s'adresser à M. l'administrateur délégué de l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse (XVe), avant le 25 janvier 1930.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jean Barbier.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie des sciences morales et politiques.

ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA RÉGION DE PARIS. — En outre des conférences qui seront faites dans les quatre écoles (médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration), trois exercices pratiques prévus au programme d'instruction de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la région de Paris seront exécutés au cours du premier trimestre 1930 dans les conditions suivantes :

Exercices pratiques d'intérêt général communs aux quatre écoles annexes au grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles :

Dimanche 19 janvier 1930, à 9 h. 30 : Le groupement d'ambulances de corps d'armée dans une offensive, installation, choix de l'emplacement, par le médecin lieutenant-colonel Schneider, de l'Ecole supérieure de guerre.

Dimanche 16 février, à 9 h. 30 : Déplacement du groupement d'ambulances de corps d'armée, par le médecin lieutenant-colonel Schickelé, de la section technique du Service de santé au ministère de la Guerre.

Dimanche 16 mars, à 9 h. 30 : Evacuation de l'avant par avions sanitaires dans la guerre de mouvement sur les fronts européens, par le médecin lieutenant-colonel Schneider, de l'Ecole supérieure de guerre.

Trois autres exercices pratiques d'intérêt général faits à la Sorbonne et deux exercices pratiques faits à l'intérieur de chaque école auront lieu dans le courant du premier trimestre de 1930.

Leurs sujets ainsi que leurs dates seront communiqués ultérieurement.

VAL-DE-GRACE. — Un concours s'ouvrira le 15 mai 1930, à 9 h., à l'Ecole d'application du Service de santé militaire pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeurs agrégés de médecine et deux emplois de professeurs agrégés de chirurgie.

En exécution de l'article 10 du décret du 10 février 1920, modifié les 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925 et 12 avril 1926, sont seuls admis à ce concours les médecins

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

commandants et les médecins capitaines ayant accompli, depuis leur sortie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, au moins deux années de service dans un corps de troupe.

Les épreuves seront subies d'après le programme et dans les conditions déterminées par l'instruction du 13 janvier 1921, modifiée le 4 juin 1923.

Les demandes formulées par les médecins en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis motivé des chefs de chaque candidat et adressées au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er avril 1930.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES. — Le XIIIe Congrès international d'hydrologie, climatologie et géologie médicales aura lieu, sur invitation du gouvernement portugais, à Lisbonne, le 15 octobre 1930.

Ce Congrès, d'initiative française, s'est tenu pour la première fois en 1886, à Biarritz, et, depuis lors, tous les trois ans, alternativement en France et à l'étranger.

Le Comité d'organisation portugais a pour président le professeur Egas Moniz et pour secrétaire général, le professeur Raposo de Magalhaes.

Le bureau permanent du Congrès, comprenant des notabilités scientifiques de tous les pays, a pour mission d'établir la liaison entre les Congrès successifs. Il siège à Paris et a, comme président, le docteur Ray-Durand-Fardel, et comme secrétaire général, le docteur Flurin.

La *International society of medical hydrology*, présidée cette année par le professeur baron Koranyi qui succède à Lord Dawson of Penn, le docteur Fortescue Fox, conservant ses fonctions de Chairman, également invitée par le gouvernement portugais, y tiendra à la même date, sa séance annuelle, participant aux travaux du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur Raposo de Magalhaes, 3, rue de Buenos-Aires, à Lisbonne, au docteur Flurin, 19, avenue Mac-Mahon à Paris ou au docteur Ferreyrolles, 15, rue Freycinet, à Paris.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE. — Le Conseil municipal de Paris, sur la demande de M. F. Lobligeois, au nom de la 5e Commission, vient de prendre la délibération suivante :

ARTICLE PREMIER. — Il sera inscrit au budget de 1930 une subvention à titre de participation de la Ville de Paris au Congrès international de radiologie qui doit se tenir à Paris en 1931.

ART. 2. — Cette somme sera versée entre les mains du représentant dûment qualifié dudit Congrès.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE. — Le Comité d'organisation du prochain Congrès de stomatologie, qui se tiendra à Venise le 15 septembre 1930, a nommé président d'honneur le docteur Chompret, président de l'Association stomatologique internationale.

RÉUNION D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR DE BORDEAUX. — Une Réunion scientifique vient de se constituer dans le but de grouper les travaux de l'Ecole bordelaise, en matière d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Ces séances auront lieu quatre fois par an : les troisièmes jeudis de *janvier*, de *mars*, de *mai* et de *novembre*, à 17 h., à la maison Demons, 17, rue du Professeur Demons.

Les demandes d'adhésions doivent être adressées au président de la Réunion : professeur Rocher, rue du Professeur Demons, 17, Bordeaux; secrétaire général : docteur Ch. Lasserre, rue de Cursol, 29, Bordeaux.

La première séance aura lieu le 16 janvier 1930.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu en janvier 1930 au ministère du Travail et de l'Hygiène, à Paris, pour le recrutement de cinq médecins qui seront chargés des services ci-après dans le département de la Dordogne :

1° Inspection sanitaire des écoles;

2° Surveillance médicale préventive des pupilles de la nation;

3° Consultations gratuites d'un dispensaire polyvalent d'hygiène sociale (antituberculeuses, antivénériennes, prénatales, etc.);

4° Contrôle des vaccinations diverses.

Les candidats à ces fonctions devront être Français, pourvus d'un diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat), avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de moins de 45 ans.

Leur demande rédigée sur papier timbré devra être adressée au préfet de la Dordogne avec le dossier réglementaire composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous avant le 15 janvier 1930, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée;

2° Acte de naissance;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

6° Exposé des titres, travaux, états de services et références en matière de phtisiologie et de syphiligraphie;

7° Principales publications;

8° Engagement pour le cas où il serait nommé de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement aux fonctions déterminées par arrêté préfectoral;

9° Engagement en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes de continuer son service dans le département pendant trois mois au minimum.

Chaque candidat sera avisé par le préfet de la Dordogne en temps utile et à l'adresse qui sera donnée du résultat du concours en ce qui le concerne.

Le traitement annuel est fixé à 30.000 fr. et l'indemnité forfaitaire annuelle de déplacement à 10.000 fr., sous condition d'avoir une auto personnelle en bon état de marche. (*J. O.*, 19 déc. 1929.)

— Un concours sur titres aura lieu, à la fin de janvier, pour la nomination d'un médecin chargé de dispensaires dans la Gironde.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

(Voir la suite des « Informations », p. 1841.)

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.*

LABORATOIRE NATIVELLE
49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

L'emploi de

L'OUABAÏNE ARNAUD

est indiqué dans tous les cas d'insuffisance du myocarde :

Insuffisance du cœur gauche;
Insuffisance ventriculaire droite;
Arythmies et Tachycardies.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

La Solubaïne ou solution au millième d'Ouabaïne Arnaud permet d'administrer l'Ouabaïne Arnaud par voie buccale; elle est aussi maniable que la solution de Digitaline Nativelle.

L'Ouabaïne n'est pas un succédané de la Digitaline. Elle a ses indications propres; presque la totalité des insuffisances cardiaques peuvent en bénéficier : 1° celles consécutives à des lésions organiques du cœur; 2° celles qui sont dues à la répercussion qu'exercent, sur ce dernier, les lésions ou troubles des organes voisins (poumons, par exemple); et les différentes maladies infectieuses.

DIURÉTIQUE PUISSANT

« L'association de l'Ouabaïne Arnaud et de la digitaline Nativelle forme une symbiose médicamenteuse qui produit les plus heureux effets, là où chacune d'elles séparément administrée semble être inefficace. »

THÈSE DU Dr DIMITRACOFF, PARIS 1922.

ACTION CONSTANTE ET SURE

DOSES :

Petites doses prolongées	X à XX gouttes.
Doses moyennes	XXV à L gouttes.
Doses massives	L à CL gouttes.

DOSAGE RIGOUREUX

LABORATOIRE Prof. Arnaud NATIVELLE

DRAEGER

**

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE
CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas.
COMPRIMÉS – CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e - Tél. Auteuil 44-09

SÉDOBROL
"ROCHE"

tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré achloruré & bromuré

Traitement bromuré intensif dissimulé

régime déchloruré rendu agréable

1 tablette SÉDOBROL "ROCHE"
= 1 gr. NaBr

DOSES :
adultes : 1 à 5 tablettes par jour
enfants : ½ à 2 tablettes selon âge

échantillon et littérature sur demande
PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, PLACE DES VOSGES - PARIS

ROCHE

INFORMATIONS

(SUITE)

LES MEMBRES DE L'UNION MÉDICALE LATINE VISITENT LE CENTRE DE RÉÉDUCATION DU DOCTEUR DE PARREL. — Sous les auspices de l'Union médicale latine, de nombreux médecins français et étrangers, membres de cette Société, viennent de visiter le Centre de rééducation du docteur de Parrel pour les malades de l'audition, de la parole et de la voix installé 78, boulevard Malesherbes, à Paris.

Les visiteurs ont été vivement intéressés par l'instrumentation de rééducation fonctionnelle acoustique et par le matériel d'enseignement utilisés dans les différents services, notamment dans celui de médico-pédagogie des sourds-muets, conçu et réalisé selon les principes les plus modernes et le plus large éclectisme. C'est Mlle le docteur Hoffer, professeur honoraire de l'Université, qui assure la direction de cet important service, avec infiniment de compétence et de dévouement.

Le docteur de Parrel — qui est membre du Conseil d'administration de l'Union médicale latine — a pris l'initiative la plus heureuse en créant il y a quelques années ce Centre de rééducation, unique en son genre et actuellement en pleine expansion. Les malades et les infirmes de l'audition et de la voix ainsi que de la parole y trouvent les soins médicaux et pédagogiques que comporte leur état.

Pour la première fois se trouve réalisé dans cet établissement la collaboration étroite du professeur de chant et du laryngologiste pour l'enseignement de la technique vocale et la rééducation fonctionnelle des voix, malmenées ou surmenées. Des tableaux et schémas très démonstratifs à cet égard ont été présentés et commentés par Mme Louise Matha, au cours de la visite des médecins de l'Union médicale latine.

On conçoit tout l'intérêt que présente le Centre de rééducation du docteur de Parrel pour les médecins étrangers, car il va servir de modèle à des organisations médico-pédagogiques de même ordre qui doivent être prochainement fondées dans d'autres pays.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, Magitot, Bollack et Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 6 janvier 1930, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NOTES DE PRATIQUE

LA GRIPPE ET SES SUITES

La grippe, dans ses manifestations polymorphes, commande, à défaut de médication spécifique, une médication symptomatique.

Comme dans toutes les maladies infectieuses, le problème qui se pose dans la grippe est d'enrayer la pullulation microbienne, de neutraliser les toxines, de soutenir le cœur.

Le Cétémol, par ses éléments volatils et fortement antiseptiques, répond au mieux aux données de ce problème, et en période épidémique le Cétémol, par voie buccale, constitue un préventif de choix.

HÔTEL DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

ÉMISSION NOUVELLE DE 900.000 FR. D'OBLIGATIONS PAR LA SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DE L'HÔTEL CHAMBON

L'hôtel des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, est en voie de parachèvement. Les bureaux de la Confédération y sont installés depuis fin août; de même le bureau de l'Association professionnelle internationale médicale, l'A. P. I. M. Les bureaux du Syndicat des chirurgiens français y sont organisés depuis fin octobre. L'Association générale des médecins de France et la Société de secours pour les femmes et enfants de médecins décédés dans la détresse occuperont leurs locaux à partir du 15 janvier. Ainsi sera constitué une sorte de ministère français de la médecine appartenant aux médecins et géré par eux.

En plus, a été édifiée une grande salle à toutes fins : tenues d'Assemblées générales, organisation de cours et de Conférences, d'expositions, de banquets, de représentations artistiques, etc.

Pour réaliser ce programme dans son ensemble, la Société Immobilière de l'Hôtel Chambon a été obligée d'engager de fortes dépenses. Une première somme de 1.600.000 fr. avait été votée pour l'exécution de la première partie de ce programme. Les prévisions ont été exactes et cette somme a servi à l'achat de l'hôtel, au paiement des droits, aux réparations de l'immeuble existant. Restait la seconde partie : édification d'un local pour l'A. G. et la F. E. M., construction de la grande salle et d'une galerie d'exposition permanente pour les grandes firmes pharmaceutiques. Une dépense supplémentaire de 900.000 fr. a été de ce fait décidée. Pour couvrir cette dépense, la Société Immobilière émet des obligations de 1.000 fr. et de 250 fr. Ces obligations sont nominatives ou au porteur, au choix des souscripteurs. Les obligations nominatives sont recommandées. L'intérêt est de 5 p. 100, comme pour la première émission d'obligations, en janvier dernier. La Société prend à sa charge l'impôt sur le revenu de 18 p. 100, mais il lui est interdit, comme à toute autre Société, de payer l'impôt de transmission sur les obligations au porteur et cet impôt personnel est de 0 fr. 50 pour 100 fr. de capital.

Par conséquent, les porteurs d'obligations nominatives touchent 5 p. 100, l'impôt sur le revenu de 18 p. 100 (soit 90 centimes sur 5 fr. d'intérêt) étant supporté par la Société. Les détenteurs d'obligations au porteur sont également exemptés de l'impôt sur le revenu, mais non de la taxe de transmission de 0,50 p. 100 de capital.

En résumé, les obligations de la Société présentent cette particularité intéressante sur beaucoup d'autres que l'impôt sur le revenu est payé par la Société elle-même. Quant aux avantages et inconvénients des obligations au nominatif ou au porteur, il appartient à chaque souscripteur de les apprécier.

Tous les médecins qui comprennent l'intérêt primordial de l'existence de cet hôtel des Syndicats médicaux français n'hésiteront pas à souscrire.

Les souscriptions sont recueillies par le docteur F. Jayle, 2, rue Guynemer, Paris-VIe. Le paiement de la souscription doit accompagner la souscription et peut être fait de trois manières : 1° par l'envoi d'un chèque de banque barré à M. le docteur Jayle; 2° par un virement au C. C. P. de la Société : 1342.67, Paris; 3° par un envoi en espèces sous lettre chargée; ce dernier moyen est le plus onéreux et le moins pratique pour la comptabilité. Dans les trois cas, il est nécessaire d'aviser directemen, M. le docteur Jayle par une lettre, qui peut être jointe ou non à la souscription, du nombre et de la variété des obligations prises en spécifiant si elles sont nominatives ou au porteur.

LES SÉRODAUSSE

sérum activé de jeune taureau

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES

PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL

O V A R I E N

sérum activé de génisse

HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES

INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)

sérum de jeune bovidé en croissance

FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)

RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)

LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)



diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ

prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

REVUE GÉNÉRALE

LES OSCILLATIONS PARADOXALES DU WASSERMANN

Par L. OGLIASTRI.

Il n'est peut-être pas une question dans le domaine si étendu des sciences médicales qui ait donné lieu à un si grand nombre de travaux ni surtout à d'aussi nombreuses controverses que celle du diagnostic sérologique de la syphilis. Dans l'immense littérature qui s'y rattache et où biologistes et cliniciens ont minutieusement étudié la signification et la valeur de la réaction de Wassermann, nous voulons essayer de dégager ici une notion qui, tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique, nous semble présenter un certain intérêt à l'heure où se pose plus nettement que jamais devant l'opinion des syphiligraphes le délicat problème du parallélisme entre la sérologie et la clinique.

Parmi les auteurs, qui, à l'heure même de son apparition, se sont mis à étudier avec soin le mécanisme et les résultats de la réaction de Wassermann, la plupart ne tardèrent pas à reconnaître son manque absolu de spécificité, rattachant à cette considération tous les faits contradictoires et déconcertants qu'ils avaient pu observer.

En 1912 déjà, Nicolas et Charlet après avoir montré les nombreuses variations présentées, chez les syphilitiques soignés, par la réaction faite en série, concluaient que celle-ci ne pouvait en aucun cas constituer un guide thérapeutique de grande valeur.

Depuis cette époque, bien des auteurs revinrent sur ces anomalies du Wassermann dont ils soulignèrent la répercussion si souvent fâcheuse sur l'état d'esprit du malade comme sur les décisions thérapeutiques du médecin. Pendant de nombreuses années se poursuivit dans la presse comme dans les sociétés, en France comme à l'étranger, un important débat d'où émergèrent parmi tant d'autres, avec celui de Nicolas, les noms de Ravaut, de Thibierge, de Brocq, de Jeanselme et Marcel Bloch, de Chadzynsky, de Maurice Renaud, de Milian, et aussi ceux de Sargent, de Lisser et Wolbarst en Amérique, de Philippson, en Italie. Tous, en s'appuyant sur de nombreux exemples, firent ressortir l'instabilité de cette réaction de Wassermann à laquelle ils ne crurent devoir accorder qu'une valeur toute relative dans le diagnostic de la syphilis comme dans la conduite de ce traitement.

Serrant de plus près le problème, le professeur Gougerot étudia, il y a quelques années, le rythme même de ces variations paradoxales du Wassermann. Il montra qu'elles peuvent s'observer suivant trois modalités différentes et indépendamment de tout phénomène clinique, chez des malades régulièrement soignés. C'est ainsi que se trouve précisée cette notion des Wassermann oscillants qui, par les renseignements d'ordre pratique que l'on peut en tirer semble devoir retenir utilement l'attention des médecins.

Du point de vue scientifique, d'autre part, elle montre l'erreur de ceux qui cherchent dans les phénomènes sérologiques une mesure exacte de l'infection syphilitique. En particulier, elle permet d'entrevoir le danger d'une obéissance trop passive à des lois telles que la loi des trois huit dont le tort est de vouloir introduire dans la sérologie une certitude mathémathique qu'on ne saurait y concevoir.

***

De tous les paradoxes de la réaction de Wassermann, devenus de plus en plus nombreux à mesure que se perféctionnaient et se multipliaient les techniques, Gougerot dégagea, en 1924, un premier groupe de faits constitué par des oscillations positives survenant chez des malades soumis à des cures intensives et ayant, de ce fait sans doute, un Wassermann habituellement négatif.

De ces faits qui peuvent, à juste titre, surprendre le médecin insuffisamment prévenu, l'auteur rapporta plusieurs exemples. Il cita, en particulier, le cas d'un malade traité immédiatement pour un chancre mixte de la verge avec Wassermann encore négatif et chez qui l'on vit, dans la série des réactions toujours négatives apparaître au vingtième mois, une poussée positive après une quatrième cure arsenicale. Une autre de ces observations concerne une femme traitée pour un chancre de la lèvre et chez laquelle le Wassermann se montra constamment négatif, sauf deux réactions positives survenues inopinément, la première au quatorzième mois, après une cure de calomel, la deuxième au vingt-cinquième mois, après une série de cyanure.

Revenu sur ces oscillations positives dans un article qu'il publia, avec Peyre, dans les *Annales de dermatologie*, Gougerot cite d'autres cas analogues, en particulier un cas de syphilis ancienne mal traité et cliniquement latente avec réaction fortement positive, et où le Wassermann, devenu négatif à la suite de plusieurs traitements arsenicaux, le resta définitivement, sauf un clocher inattendu survenu six jours après une piqûre de bismuth.

Comment expliquer des oscillations aussi paradoxales? Elles ne relèvent, dit Gougerot, ni d'erreurs de techniques, ni de réactions médicamenteuses, et leur interprétation ne nous est guère possible dans l'ignorance où nous sommes encore de la pathogénie du Wassermann.

Quoi qu'il en soit, leur connaissance est intéressante à plus d'un titre. Elle évite d'abord au médecin qui les constatera des erreurs de jugement souvent préjudiciables à la conduite du traitement. Dérouté, en effet, devant ces anomalies incontestables du Wassermann, et subissant parfois trop volontiers la tyrannie du laboratoire, ne risque-t-il pas de voir dans ce phénomème le simple échec d'une thérapeutique à laquelle il refusera désormais sa confiance. Et dès lors, ne devient-il pas incapable de parer aux conséquences morales que ces poussées positives peuvent avoir sur les malades, sur les négligents qui n'y voient qu'un prétexte à suspendre leur traitement et sur les phobiques qui se laissent aller si vite au plus amer découragement.

Mieux averti, au contraire, de semblables faits

dont il aura jugé le peu de gravité et compris tous les enseignements, le médecin se sentira mieux disposé à poursuivre plus résolument que jamais le traitement de consolidation, et d'autre part, il sera plus à même de soutenir moralement ses malades, les empêchant de sombrer dans un désespoir injustifié ou d'abandonner une confiance nécessaire.

Il est un deuxième groupe de réactions de Wassermann paradoxales que Gougerot a étudié avec Peyre et dans lequel il a rangé les oscillations négatives survenant sans raison apparente chez des malades intensément traités et dont les réactions sont néanmoins irréductiblement positives. Il y a là une des anomalies des plus curieuses et aussi des plus rares du Bordet-Wassermann et de tels faits n'ont d'ailleurs, au point de vue pratique, qu'une importance très relative. D'un intérêt purement doctrinal, il ne sauraient être pour nous d'aucun enseignement dans ce qui a trait à la conduite du traitement. Les auteurs n'en citent d'ailleurs que deux observations : la première est celle d'une femme chez laquelle le Wassermann, demeuré constamment positif pendant cinq ans, présenta deux courtes phases de négativité, l'une survenue à la suite d'une série de curaluès, l'autre après une cure d'érythrolués. Ces oscillations n'étaient pas dues à l'action spéciale de ces médicaments, car le Wassermann est, chaque fois, redevenu positif après répétition de la cure qui avait paru agir. Chez le deuxième malade les réactions furent constamment positives pendant toute la durée de l'observation sauf une période de Wassermann négatif consécutive à une série de sulfar et sans aucune raison clinique ou thérapeutique appréciable.

A côté des faits que nous venons d'envisager et qui ne comprennent que des oscillations plus ou moins rapides, ne durant que quelques jours ou quelques semaines, il existe un troisième groupe de réactions de Wassermann paradoxal constitué par des oscillations lentes et prolongées.

Gougerot et Peyre les ont étudiées dans un troisième article où ils en ont apporté un certain nombre d'exemples. Il s'agit de malades qui, bien que très régulièrement traités passent par des phases successives de réactions alternativement positives et négatives et cela sans raison thérapeutiques ou cliniques connues.

Dans chacune des observations qu'ont exposées les auteurs, les variations du Wassermann n'ont pu être mises sur le compte d'un état clinique particulier et notamment (comme le cas peut quelquefois se présenter) de lésions évolutives plus ou moins latentes.

C'est, par exemple, Mme W..., syphilitique ancienne mal traitée jusqu'en 1922 et chez laquelle le Wassermann, après avoir été réactivé par le novar, a subi un certain nombre de variations successives que ne peuvent expliquer les examens cliniques les plus approfondis et qu'il ne fut pas non plus possible d'attribuer à des influences médicamenteuses.

C'est ensuite M. P..., syphilitique depuis 1921, mais qui ne reçut un traitement régulier qu'à partir de 1924. Son Wassermann d'abord négatif fut trouvé positif après une cure de novar, redevint négatif quelques mois après une cure bismuthique pour être à nouveau positif huit mois plus tard. Dans la suite et pendant tout le temps qu'on a pu observer ce malade, les réactions continuèrent à osciller suivant le même rythme sans que l'on ait pu trouver la cause de ces variations successives.

C'est encore Mme G... syphilitique ancienne régulièrement traitée depuis 1923 et chez laquelle on dut renoncer au novar à cause d'une éruption syphilitique papuleuse arséno résistante apparue après la première injection de ce médicament. Traitée presque exclusivement par des séries successives de curaluès, cette malade vit pendant quelques années son Wassermann passer par des phases successives de positivité et de négativité; et son cas est particulièrement démonstratif car il est évident que ces oscillations n'ont aucun rapport avec le traitement, puisque les mêmes cures de curaluès ont donné des résultats différents qui eux-mêmes ne correspondirent en rien à l'évolution de la maladie.

Et c'est enfin M. N... syphilitique depuis 1919 soigné depuis 1924 à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Antoine pour de l'ozène. Son Wassermann, positif au début du traitement, fut rendu négatif par une série de curaluès mais redevint positif après trois cures successives de ce même sel pour être encore négatif après un traitement mercuriel et passer ensuite par une nouvelle phase de positivité avant d'être à nouveau et définitivement négatif.

Comment interpréter de tels phénomènes? Dans l'état actuel de nos connaissances biologiques il ne nous est guère possible d'en saisir exactement le mécanisme et Gougerot et Peyre n'ont pu, ici encore, qu'émettre des hypothèses. Avant tout, croyons-nous, une réserve s'impose : pour que ces oscillations puissent être prises en considération en tant que modifications paradoxales du Wassermann il faut, de toute évidence, ne tabler que sur des observations scrupuleusement suivies, tant au point de vue sérologique qu'au point de vue clinique apparent ou caché car nombreux sont sans doute les sujets qui présentent de semblables oscillations de leur Wassermann mais chez lesquels les réveils positifs sont la traduction de réactions viscérales plus ou moins apparentes ou même la conséquence d'une activation thérapeutique ou bien encore l'effet d'une négligence trop prolongée ou simplement enfin le résultat d'un changement de technique. Sous ces réserves, il reste évidemment des cas qui, comme ceux de Gougerot et Peyre, rentrent dans le cadre de ces anomalies du Wassermann. Si l'explication pathogénique de ces phénomènes n'est guère encore possible, du moins pouvons-nous, sans doute, tirer de leur seule notion un double enseignement; au point de vue scientifique d'abord ils opposent, répétons-le, un démenti formel au parallélisme trop rigoureux qu'on a voulu voir entre les réactions sérologiques et les manifestations cliniques et nous ne ferons que rappeler, à cet égard, l'intéressante polémique qui mit récemment aux prises deux hommes

comme Flandin et Vernes attaché l'un, aux seules méthodes tirées de l'observation clinique, l'autre à l'idée d'une mesure quantitative de l'infection syphilitique exclusivement basée sur la sérologie. C'est, on peut bien le dire, la première de ces conceptions qui semble avoir toujours rallié la majorité des auteurs.

En 1918, Thibierge terminait ainsi son remarquable article sur les méfaits du Wassermann : « En toute circonstance on ne doit considérer cette réaction que comme un élément de diagnostic, dont il faut, dans chaque cas, apprécier la valeur d'abord en elle-même, et en rapport avec l'époque de sa constatation, ensuite par comparaison avec les autres signes observés. Comme toutes les méthodes de laboratoire, la réaction de Wassermann ne peut se substituer à la clinique; les déductions qu'elle fournit doivent toujours être comparées à celles qu'autorise l'étude directe de la maladie. S'il y a discordance entre elles, le médecin doit en rechercher attentivement les raisons, s'il ne les trouve pas, la suite lui montrera, 9 fois sur 10, qu'il devait se fier à l'observation clinique, attentive et précise. »

Six ans plus tard, à la Société médicale des hôpitaux, Maurice Renaud, dans un intéressant mémoire consacré à la réaction de Wassermann, s'exprimait ainsi :

« Si la plus grande réserve s'impose dans l'interprétation des données de la réaction en vue du diagnostic, à plus forte raison ne doit-on pas mettre en elles une confiance absolue quand on leur demande des directives de traitement.

L'intensité d'une modification humorale ne peut servir de mesure à la gravité d'un processus infectieux et l'appréciation du pouvoir de déviation ne peut nous renseigner sur ce qu'il nous importe le plus de prévoir : la forme, l'allure et les localisations de la maladie. » Et l'auteur ajoutait plus loin que « la réaction de Wassermann ne peut ni ne doit être le pivot autour duquel tourne toute la syphiligraphie car il ne faut pas s'exposer volontairement aux pires erreurs ».

Tout récemment enfin, Belgodère, étudiant les applications pratiques de la réaction de Wassermann, écrivait que « celle-ci doit être interprétée comme un moyen de contrôle du diagnostic clinique, comme un adjuvant de l'examen clinique, mais qu'elle ne peut en aucune façon se subsister à lui. »

Nous pensons que cette notion des Wassermann oscillants, judicieusement mis en lumière par Gougerot et Peyre, apporte à ce débat une assez importante contribution. Elle montre que la réaction de Wassermann, pour indiscutable que puisse être sa valeur dans le diagnostic de la syphilis, ne doit pas être considérée comme exprimant exactement le degré de l'infection syphilitique. Positive, surtout quand cette positivité ne s'accompagne pas de manifestations cliniques, elle ne correspond pas toujours à un état d'imprégnation de l'organisme. Négative, même si elle le demeure pendant un temps très prolongé, elle ne doit jamais être interprétée comme l'indice d'une guérison certaine.

Il s'ensuit — et c'est là le grand enseignement qui se dégage de ces oscillations paradoxales du Wassermann — que l'on ne saurait logiquement voir dans l'évolution des réactions sérologiques la seule base d'une thérapeutique rationnelle. « Le Wassermann, écrivait autrefois Nicolas, ne saurait en aucune façon être considéré comme un guide pratique, suffisant et sûr de la thérapeutique antisyphilitique. Quelles que soient les variations du Wassermann, le traitement de la syphilis doit rester, ainsi que l'a enseigné Fournier, systématique et prolongé. »

C'est une conclusion analogue qui découle naturellement de l'étude des Wassermann oscillants. Leur intérêt pratique est, comme l'ont bien montré Gougerot et Peyre, de nous inciter à poursuivre pendant longtemps chez nos malades les traitements de consolidation par des successions méthodiques de cures plurimédicamenteuses.

BIBLIOGRAPHIE

Beinhauer. Reactions of Wassermann persistant positivis, *Amer. Journ. of syph.*, 1925, t. IX, p. 762.

Belgodere. Réaction de Wassermann, *Monde méd.*, 15 mai 1929.

Bergeron. Des surprises du Wassermann, *Presse méd.*, 2 juin 1920.

Bory. Limite et importance du rôle de la syphiligraphie de l'épreuve de Bordet-Wassermann, *Journ. méd. franç.*, 1923, t. II, p. 341.

Brocq. Valeur pratique du Wassermann, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1924.

Chadzinski. Quelle est la valeur réelle de la réaction de Wassermann pour le diagnostic et le traitement de la syphilis, *Ann. de dermat.*, janv. 1919.

Flandin. De la valeur des réactions sérologiques dans la syphilis, *Presse méd.*, 8 déc. 1928.

Gauthier. La réaction de Wassermann est-elle une réaction spécifique, *Th. de Paris*, 1918, n° 64.

Gerbay. Enquête sur la réaction de Wassermann dans la syphilis, *Ann. des mal. vénér.*, 1921, n° 10.

Gougerot. Réaction de Wassermann négative pendant plus d'un an et récidive des accidents contagieux, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, avril 1923; — Paradoxes et imperfections de la réaction de Wassermann, *Journ. des prat.*, 1924, t. XXXVIII, p. 785; — Poussées paradoxales de Bordet-Wassermann positifs au cours du traitement antisyphilitique intense, *Paris méd.*, 11 oct. 1924, n° 41, p. 289.

Gougerot et Peyre. Réactions de Wassermann irréductiblement positives malgré des cures intensives avec des oscillations de réactions négatives de causes inconnues, *Ann. des mal. vénér.*, juin 1926; — Bordet-Wassermann oscillant à longues périodes malgré la continuation du traitement, *Ann. des mal. vénér.*, juillet 1926; — Oscillations positives chez des malades ayant eu un Bordet-Wassermann négatif au cours de traitements antisyphilitiques intenses, *Ann. des mal. vénér.*, sept. 1926.

Laurent. Réaction de Wassermann négative et récidive des accidents, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, janv. 1923.

Leredde. Sur un cas de syphilis non traitée en raison des résultats de laboratoire négatifs, publications de la *Soc. de dermat.*, 8 nov. 1923.

Lisser. La tyrannie de la réaction de Wassermann, *Journ. of cut. diseases*, nov. 1919, p. 786.

Milian. Valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann, *Mouvement sanitaire*, 23 mars 1927.

NICOLAS et GATÉ. La réaction de Wassermann a-t-elle une valeur absolue? *Ann. de dermat.*, 23 avril 1914; — Le Wassermann du sang, *Ann. de dermat.*, 1920.

OGLIASTRI (L.). Contribution à l'étude des Wassermann oscillants, *Th. de Paris*, 1929.

PHILIPPSON. Comment s'expliquent les réactions contradictoires que peut donner la réaction de Wassermann, *Policlinico*, Roma 1925.

RAVAUT. Erreurs d'interprétation du Bordet-Wassermann, *Ann. de dermat.*, mai 1926, p. 291; — Que peut-on demander à la réaction de Wassermann? *Journ. méd. franç.*, déc. 1928.

RENAUD. Quelle portée la réaction de Wassermann doit-elle avoir dans la pratique médicale? *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3e série, t. XLVIII, p. 309.

ROGER, WIDAL et TEISSIER. La syphilis, *Nouveau Traité de médecine*, t. IV.

RONCHÈSE. *La Réaction de Bordet-Wassermann pour le sérodiagnostic de la syphilis*, Masson et Cie, 1919.

SARGENT. Le contrôle du Wassermann dans le traitement de la syphilis, *Amer. Journ. of syphilis*, avril 1920, p. 286.

SCHWERS. Le Bordet-Wassermann dans la pratique médicale, *Ann. des mal. vénér.*, 1923.

SÉZARY, FERNET et GALLERAND. Les poussées temporaires de la réaction de Wassermann dans la syphilis tardive, *Presse méd.*, 2 juillet 1927.

SPILLMANN et LASSEUR. La séro-réaction de la syphilis, *Ann. de dermat.*, déc. 1920, 6e série, n° 12, p. 507.

THIBIERGE. Les méfaits de la réaction de Wassermann, *Presse méd.*, nov. 1918.

VERNER. Des droits respectifs de la clinique et de la sérologie en matière de syphilis, *Presse méd.*, 24 oct. 1928, p. 1347; — De la syphilis, *Presse méd.*, 26 janv. 1929.

WOLBARST. Les contradictions du Wassermann envisagées au point de vue clinique, *New York med. Journ.*, 31 janv. 1920, p. 177.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1929)

Sur la transformation de l'acide pyruvique en acide lactique dans le foie. — Mme Y. KHOUVINE, MM. AUBEL et L. CHEVILLARD.

Ouverture d'un pli cacheté. — M. Auguste CABANES demande l'ouverture de deux plis cachetés contenant l'exposé d'un *Traitement simple des vomissements même graves de la grossesse.* (Renvoyé à la Section de médecine.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1929)

Renouvellement du bureau. — M. de Lapersonne est élu, à l'unanimité moins une voix, vice-président pour 1929. Il remercie l'Académie en quelques mots émus.

M. Jules Renault, secrétaire annuel, est réélu par acclamations.

MM. Léger et Marfan sont élus membres du conseil.

Les assurances sociales. — La discussion sur les assurances sociales se poursuit de la façon la plus instructive. Il peut paraître toutefois regrettable que l'Académie ait attendu la veille de l'application de la loi pour en étudier le fonctionnement et en faire connaître les dangers. Cette remarque n'ôte d'ailleurs rien à la force de l'argumentation que nous avons entendue.

M. WEISS revient sur la situation faite au Corps médical par l'assurance-maladie. Se basant sur l'expérience alsacienne, il insiste, comme il y a quinze jours, sur le déclin des études médicales et sur la démoralisation des médecins. Il montre enfin que la toute-puissance des caisses rend l'assurance-maladie impossible à supprimer dans les pays où elle fonctionne. Ce n'est pas le moindre danger de la loi.

M. CHAUFFARD rappelle les deux communications faites par M. Paul Strauss et de M. Georges Weiss dans la séance du 3 décembre. Il constate que les caisses, par leur puissance d'argent, finissent par devenir un Etat dans l'Etat. Le principe de la loi, certes, est excellent, la loi elle-même est déplorable. « Il faudrait avoir le courage d'abroger cette loi *bâclée* », car elle sera néfaste pour le budget et pour les malades.

En conclusion, M. Chauffard n'entrevoit qu'une solution : *a.* abroger la loi; *b.* utiliser les crédits devenus disponibles pour réaliser l'équipement hygiénique et hospitalier du pays; *c.* enfin, charger les organisations mutualistes existantes d'appliquer les mesures d'assistance.

M. HAYEM élève une fois de plus la voix pour montrer les dangers de la situation et pour demander à la Faculté de médecine de se montrer plus sévère dans les examens et de développer l'enseignement de l'hygiène, à l'Académie de faire respecter les grandes traditions médicales et notamment le secret médical, aux Pouvoirs publics enfin de créer le ministère de la santé publique qui s'impose plus que jamais.

M. Paul STRAUSS déclare qu'il ne faut pas se placer seulement au point de vue médical pour apprécier les lois. Il déclare qu'en Alsace personne ne voudrait prendre la responsabilité de modifier la loi existante.

Il apporte enfin des statistiques qui contredisent celles de M. Weiss, et il termine par un vigoureux plaidoyer en faveur de la loi sur les assurances sociales.

M. WEISS s'étonne, non sans vivacité, qu'avec des documents puisés à la même source on arrive à des conclusions absolument différentes. Il termine en disant à M. Strauss, avec une véritable émotion : « Si vous aviez vu les assurances comme je les ai vues, vous les auriez en horreur. »

— La suite de la discussion est remise à quinzaine.

L'hygiène et les stations thermales et climatiques. — M. BARBARY. Aux termes de la loi du 15 février 1902, seules les villes possédant plus de 20.000 habitants ainsi que les stations thermales possédant plus de 2.000 habitants sont dans l'obligation de posséder un bureau d'hygiène chargé de veiller sur l'exécution des mesures capables de sauvegarder la santé publique.

M. Barbary examine très spécialement le retentissement de la loi sur l'hygiène de certaines stations thermales classées parmi celles ayant moins de 2.000 habitants.

Beaucoup d'entre elles, dit-il, qui durant les trois ou quatre mois de saison reçoivent pour la cure un nombre considérable d'hôtes de passage ne représentent plus après ce passage que des centres ruraux de moins de 2.000 habitants. Sous la garantie d'un recensement fait à une époque où toute l'activité médicale a disparu, elles échappent à l'obligation d'avoir un bureau d'hygiène. L'auteur voudrait que fût imposée une organisation d'hygiène à toutes les stations thermales ou climatiques sans exception, bureaux d'hygiène autonomes ou postes d'hygiène placés sous le contrôle de l'Inspection départementale d'hygiène : ces organismes assumeraient la surveillance de captation et d'adduction des eaux, l'évacuation des matières usées, la désinfection des locaux devenus vacants et en collaboration discrète, la mise en pratique de l'hygiène dans les établissements de cure.

Cette création mettrait fin à une odieuse campagne de dénigrement intéressé. Elle viendrait à l'appui d'une renommée due au rôle thérapeutique des stations françaises, rôle reconnu par les médecins du monde entier.

Techniques chirurgicales nouvelles. — M. Maurice Sourdille (de Nantes), poursuivant les travaux des professeurs suédois Barany et Holmgren, présente des techniques chirurgicales nouvelles s'appliquant à la fois aux surdités chroniques progressives et aux suppurations de l'oreille moyenne.

Pour les surdités chroniques progressives, l'opération se fait en deux temps. Le premier consiste à explorer et à débloquer, si besoin, la chaîne des osselets, à rendre la mobilité à la membrane tympanique et à séparer la caisse du tympan de la région mastoïdienne. Le second consiste en une trépanation décompressive rigoureusement aseptique du labyrinthe, avec fermeture immédiate par une mince membrane épidermique préparée par le premier temps. Cette opération peut quintupler l'audition de la voix haute et des sons graves du côté opéré. Elle améliore également l'oreille opposée.

Pour les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, le premier temps permet à lui seul une guérison rapide avec amélioration de l'audition et souvent fermeture de la perforation tympanique. Le mécanisme est analogue à celui de la thoracoplastie dans les pleurésies purulentes par suppression des espaces morts des attiques et de la mastoïde, une des causes principales de la chronicité de l'infection.

Cette communication est accompagnée d'intéressantes projections.

Rapport. — M. Jules Renault lit un rapport sur un vœu du Conseil général des Alpes-Maritimes ayant trait à la colibacillose.

La Commission spéciale nommé à cet effet conclut, d'après la pathogénie habituelle de cette affection qu'il n'y a pas lieu de l'inscrire sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Présentations. — Au début de la séance M. Hutinel a présenté un volume de M. Babonneix sur la *Syphilis héréditaire du système nerveux*, M. Paul Richer a présenté son livre sur le *Nu dans l'art*, M. Pierre Bazy a offert son bel ouvrage d'*Urologie pratique*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 30 novembre 1929)

Infections expérimentales inapparentes par le virus amaril chez les singes réceptifs. — MM. Auguste Pettit et Georges Stefanopoulo. Sur 18 cas de fièvre jaune contractée au laboratoire, nous en connaissons 4 qui ont été mortels, mais sur le mode de contamination on n'a que des renseignements oraux; on sait pourtant aujourd'hui que certains cas ont pu passer inaperçus, puisque le sérum de ceux qui ont travaillé avec la fièvre jaune peut devenir neutralisant pour le virus. Le sérum des auteurs, qui manipulent ce virus depuis mai 1928, n'a pas jusqu'à présent manifesté cette propriété. Au cours des passages du virus amaril chez le singe, nous avons observé que, chez quelques sujets, la fièvre jaune expérimentale peut évoluer sans qu'aucun syndrome permette de soupçonner la réalité de celle-ci. Le typhus amaril peut donc revêtir chez le singe la forme d'une infection inapparente, ce qui s'est observé également chez des expérimentateurs.

Enfin, certains singes brésiliens présentent une forme latente de la fièvre jaune.

Le rôle du poids moléculaire dans l'action cholagogue des acides aromatiques : action du dibromosalicylate et du diiodosalicylate de sodium. — MM. E. Chabrol, R. Charonnat, M. Maximin, J. Porin et M.-E. Piettre ont choisi comme terme de comparaison le salicylate de sodium; ils ont alourdi sa molécule par des substitutions d'atomes d'iode ou de brome qui ont conduit aux 3,5 dibromo- et 3,5 diiodosalicylate de sodium.

Injecté par voie veineuse à la dose de 1 gramme sur deux chiens de 19 et 23 kilogrammes, le salicylate de sodium fit varier le volume de la bile du simple au double, durant la demi-heure qui suivit l'injection; le flux biliaire retomba ensuite à son chiffre normal. Sur un troisième chien, la sécrétion s'éleva de 4 à 8 centimètres cubes pour se maintenir à ce taux pendant deux heures consécutives. Sur un quatrième chien, le salicylate resta pratiquement sans action. Dans ces quatre expériences, le poids de l'extrait sec éliminé par demi-heure ne subit aucun accroissement sous l'effet du salicylate; chez deux animaux, il sembla même en décroissance.

Le 3,5 dibromosalicylate et le 3,5 diiodosalicylate de sodium injectés par voie veineuse, à la dose de 1 gramme, respectivement sur trois chiens de 13 à 25 kilogrammes, ont eu une action plus intense et plus prolongée; ils ont au moins doublé le volume de la bile pendant quatre ou cinq demi-heures consécutives; une fois même, ils l'ont triplé et quintuplé. Avec ces substances l'extrait sec de la bile augmente en même temps que s'accroit le volume.

L'iode et le brome n'ont point de pouvoir cholagogue; le dibromocinnamate est inactif comme le cinnamate; la tétraiodophénolphtaléine, l'iodure de sodium semblent aussi dépourvus de propriétés cholérétiques. L'augmentation des extraits secs n'est pas liée au passage dans la bile du médicament injecté; l'excrétion du dibromosalicylate représente tout au plus 1 centigramme sur un extrait sec de 40 centigrammes.

L'action cholérétique des dérivés dibromé et diiodé du salicylate de sodium laisse donc supposer que le poids de la molécule intervient à côté du groupe carboxyle dans les propriétés cholagogues de certaines acides aromatiques.

Variations de la sécrétion biliaire sous l'influence des alcaloïdes modificateurs du système nerveux végétatif. — MM. E. Chabrol, R. Charonnat, M. Maximin et A. Bocquentin ont essayé de perturber le jeu fonctionnel du sympathique et du pneumogastrique, tout en opérant sur des chiens porteurs d'une fistule cholédocienne temporaire après exclusion de la vésicule.

Le sulfate d'atropine n'augmente pas le volume de la bile sécrétée par le foie. Il n'entrave en aucune manière les effets cholérétiques de l'atophan.

L'acétylcholine reste également inactive. Malgré son intervention l'atophan quadruple, en l'espace d'une demi-heure, le volume de la sécrétion hépatique.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'yohimbine et au tartrate d'ergotamine (15 milligrammes pour un chien de 19,5 kilogrammes). Dans toutes ces expériences l'atophan conserve ses propriétés cholérétiques remarquables.

Les auteurs rapprochent de ces constatations leurs recherches antérieures sur l'action inhibitrice du sulfate de magnésium.

Association antivirus bactériophage. — M. Ach. Urbain a déposé, au nom de M. Pierre Rosenthal, une note dont voici le résumé :

« La thérapeutique par le bactériophage ne donne pas toujours un pourcentage suffisant de succès pour justifier cette thérapeutique à l'exclusion des autres.

En l'associant aux antivirus de Besredka, dans certaines conditions, les résultats thérapeutiques sont supérieurs.

Cet antivirus doit être spécialement adapté aux cultures devenues résistantes au bactériophage. »

Tuberculose atypique du cobaye avec tumeurs et suppurations ganglionnaires. — MM. Paisseau et Oumansky ont provoqué, par l'inoculation de produits pathologiques humains non filtrés une tuberculose atypique du cobaye pré-

sentant les caractères de la tuberculose atypique type Calmette-Valtis.

Elle s'en distingue par plusieurs particularités dont les plus importantes sont la production d'hypertrophies ganglionnaires, parfois énormes, portant sur les ganglions de la région inoculée comme sur les ganglions abdominaux et bronchiques. Ces adénopathies sont souvent suppurées et on peut trouver dans le pus ganglionnaire des bacilles acido-résistants en nombre considérable. Cependant elles sont spontanément curables avec diminution, puis disparition des bacilles. Les réinoculations sur plusieurs séries d'animaux permettent de reproduire cette tuberculose ganglionnaire sans provoquer de localisations viscérales ni le retour à la tuberculose généralisée typique.

Recherches sur le phénomène de neutralisation des toxines par les aldéhydes. — M. L. Vellux a recherché si la formation des anatoxines peut être liée à la seule modification des groupes aminés par les aldéhydes. D'après ses résultats, une telle interprétation est en désaccord avec les modifications très variables que ces aldéhydes peuvent apporter aux groupes aminés de plusieurs milieux protéidiques toxiques ou non. L'hypothèse d'une condensation moléculaire ménagée paraît plus vraisemblable.

La séro-agglutination du streptocoque gourmeux. — MM. Ach. Urbain, G. Carpentier et L. Chaillot montrent qu'en utilisant des sérums de lapins hyper-immunisés, il est possible de séparer le streptocoque gourmeux des autres souches de streptocoques humains ou animaux qu'ils ont étudiés.

Le sérum des chevaux convalescents de gourme grave renferme aussi 60 p. 100 environ des cas, des agglutinines spécifiques pour le streptocoque gourmeux.

Perméabilité de l'amnios aux sérums hétérologues et au complexe sérum antitoxine. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard. Les sérums hétérologues traversent rarement l'amnios, qui se montre à leur égard moins perméable que le placenta. Les sérums hétérologues, qui entrent dans la composition du complexe sérum-antitoxine, injectés à la femelle pleine, pénètrent dans le liquide amniotique mais se trouvent en plus faible proportion que dans le sang du fœtus. Le sérum dans le complexe sérum-antitoxine, acquiert donc la propriété de traverser sans peine des tissus qui opposent une barrière presque infranchissable aux sérums normaux carrespondants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 8 novembre 1929)

Présentation de malade. — M. Houlie présente un ancien asthmatique guéri. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'insuffisance hépatique. Le traitement causal a amené la disparition de l'asthme. A ce propos, l'auteur fait remarquer que dans la majorité des cas d'asthme traités par lui, il a obtenu la guérison. Il considère l'asthmatique avant tout comme un malade, traiter l'asthme revient donc à rechercher et à guérir des tares souvent latentes.

Présentation de malade. — M. Wetterwald présente une fracture de l'humérus dont il a commencé le traitement le vingt et unième jour, au sortir de l'appareil. Récupération fonctionnelle en 6 séances de rééducation avec traitement des points douloureux.

Chirurgie du duodénum. — M. Victor Pauchet rapporte deux cas de malades chez lesquels il a observé des hémorragies gastiques, attribuées à un ulcère duodénal. Chez l'un, la laparotomie ne fit reconnaître aucune lésion gastrique ni duodénale, mais un foie cirrhotique; il s'agissait d'un malade atteint de constipation chronique depuis de longues années, mais qui n'était pas alcoolique. La lésion du foie était la conséquence de l'intoxication par stase intestinale chronique. Les injections d'iso-foie et le régime désintoxiquant amenèrent la guérison des hémorragies. Chez l'autre malade, il s'agissait d'un ulcus duodénal vrai, qui avait été traité antérieurement par la gastro-entérostomie; les hémorragies avaient récidivé. L'auteur fit une gastro-duodénale qui amena la guérison.

Orientation moderne du traitement biologique de la blennorragie. Les vaccins plurivalents colloïdaux, — MM. G. Delater et S. Abramof. On tend aujourd'hui à considérer les diplocoques Gram positif (synocoques de Nicolle) comme des gonocoques modifiés, susceptibles d'entretenir les localisations hémorragiques et de causer une contamination. Aussi les auteurs, après d'autres, utilisent-ils, pour préparer leurs vaccins, des souches diverses de gonocoques et en particulier des synocoques. Ils y ajoutent une substance qui, non seulement, stérilise l'émulsion microbienne sans altérer son pouvoir antigène, mais encore renforce son action thérapeutique de la sienne propre : c'est l'argent colloïdal électrique dont dispersion est faite au laboratoire dans l'émulsion même. Résultats heureux dont l'avenir appréciera la valeur et qui seront rapportés plus tard.

Chirurgie pulmonaire expérimentale post-pneumothorax. — M. Georges Rosenthal contrôle sa méthode de chirurgie pulmonaire expérimentale qui ne saurait se confondre avec la chirurgie de la paroi thoracique. Il montre l'utilité qu'il y a à diminuer la dose des anesthésiques, à laisser un minimum de points profonds de suture et surtout à exécuter en deux temps la thoracoplastie en raison de l'intolérance expérimentale de l'ablation de plus d'une côte. Une première séance avec ablation d'une seule côte fera sans doute baisser la mortalité considérable des thoracoplasties.

Le mal de Pott lombo-sacré, son premier signe radiographique chez l'adulte. — M. Marcel Galland (de Berck) montre que chez l'adulte, on observe généralement au début du mal de Pott lombo-sacré, un pincement de disque intervertébral localisé à la région postérieure. Chez l'enfant, le pincement du disque est toujours total d'emblée. L'auteur rappelle les lois de la transmission élastique, cas de la colonne vertébrale, organe souple grâce aux nucleus. Le mal de Pott a pour effet de détruire le nucleus. Le maximum des pressions s'exerce dans les concavités de courbure (et particulièrement à la région lombo-sacrée) à la partie postérieure du disque. Chez l'enfant, à sacrium droit, les pressions sont plus verticales; le pincement est dès lors total d'emblée. L'auteur, enfin attire l'attention sur toutes les maladies susceptibles de provoquer le pincement du disque lombo-sacré (sacralisation, lombalisation, sacralisation avec Pott, Pott avec ostéophytes, rhumatisme, etc...),

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(séance du 19 novembre 1929)

Présentation de malade. — **Conservation de la dent dans la cure des kystes corono-dentaires.** — MM. Chompret, Imard et Dechaume.

Epithélioma de la langue. — M. Béliard rapporte une observation où le diagnostic ne fut établi qu'après quelques mois, tant les signes étaient discrets.

Prothèse. — M. Béliard. Mise au point théorique et pratique concernant la fonction stabilisatrice de la prothèse fixe équilibrée dans le traitement pathogénique de l'ostéolyse alvéolaire.

S'appuyant sur ses travaux antérieurs, l'auteur montre

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Étˢ MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour. pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10, Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour*
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20; Hg. 0,015).
Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
INJECTIONS INDOLORES

Etablᵗˢ MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

PEPTONES
de VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'ŒUF et de LAIT
FARINE DE BLÉ
dans l'enrobage
SULFATE de MAGNÉSIE

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
MIGRAINES CONGESTION DU FOIE

en Granulés
PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
4 PEPTO-ALBULMINES
+
Sulfate de Magnésie

MÉDICATION
ANTIANAPHYLACTIQUE
et
CHOLAGOGUE

en Granulés seulement

Littérature & Échantillons à M.M. les Docteurs - Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA - Dʳ E. PERRAUDIN, Ph. de 1ᵉ Cl. 21, rue Chaptal, PARIS

dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur

GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES
Une à 4 gélules par jour

AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R. C. PARIS 134-569

ANDROCRINOL
contient l'hormone orchitique

LIPOÏDE
TESTICULAIRE
MÉDICATION
OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames PARIS XVII

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE

calme la toux

Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

GRANULÉ

POUVANT ÊTRE CROQUÉ OU PRIS DANS UN PEU D'EAU, DE TISANE

DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises dans l'intervalle des repas.

Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ

30, Rue Armand-Sylvestre COURBEVOIE (Seine)

COURMONT

l'intérêt capital qu'il y a à solidariser par une contention bien comprise les dents pyorrhéiques.

Deux observations de paralysie faciale d'origine dentaire. Essai pathogénique. — MM. Bercher et Houpert rattachent l'un des cas à une névrite ou paranévrite infectieuse à point de départ buccal; l'autre à un réflexe sympathico-facial.

Deux observations d'ostéosynthèse du maxillaire inférieur. — M. Ridard rapporte deux cas où l'ostéosynthèse, loin de favoriser la consolidation, l'avait rendue impossible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(Séance du 3 décembre 1929)

Hypermnésie spécialisée. — M. Le Grand, après avoir rappelé que normalement la mémoire développée et cultivée est au service d'une intellectualité élevée, montre que dans certains cas des débiles mentaux présentent une véritable hypertrophie de cette faculté. Il s'agit le plus souvent, dans ce cas, d'une hypermnésie spécialisée et stérile.

Tumeur du tibia. — MM. Lepoutre et Delattre relatent l'histoire d'une tumeur de l'extrémité supérieure du tibia, évoluant depuis quatre ans chez un jeune homme de vingt ans. Cliniquement et radiographiquement, c'était une tumeur à myéloplaxes, avec tendance vers la malignité. L'intervention date actuellement de treize mois et le résultat est excellent. L'examen anatomique a montré qu'il s'agissait d'un chondrome à cellules étoilées.

A propos de deux cas de tumeurs de la vessie. — M. Lepoutre, pour l'extirpation des tumeurs, a utilisé l'appareil à lampes, construit par Baudouin, sur les indications de Heitz-Boyer. Il préfère lier les vaisseaux qui saignent plutôt que de réaliser l'hémostase par électro-coagulation. Avec cette seule modification, il considère que cette nouvelle technique opératoire rend plus bénignes et plus faciles et l'intervention elle-même et ses suites immédiates. On ne peut encore se faire une opinion sur l'avantage de cette technique au point de vue des greffes opératoires du cancer.

Le traitement des suppurations pulmonaires à pyogènes par le chlorhydrate d'émétine. — M. Bernard. Chez deux malades atteints d'abcès du poumon postpneumoniques et chez qui les injections d'huile goménolée et d'auto-vaccins n'avaient pas eu d'action, l'auteur a institué le traitement émétinien qui a amené une guérison rapide chez l'un, moins rapide chez l'autre. Il insiste sur l'innocuité et les avantages que l'on peut retirer d'une telle méthode pendant la période médicale des abcès pulmonaires, c'est-à-dire dans les deux premiers mois qui suivent la collection purulente.

Les crises abdominales au cours du purpura rhumatoïde. — M. Bernard. Une femme de cinquante-trois ans et un enfant de cinq ans et demi sont atteints de purpura rhumatoïde. Survient chez tous deux une crise abdominale douloureuse, avec plastron péritonéal dans la fosse iliaque droite, vomissements et melæna : tous deux guérirent par le traitement médical.

Ces crises abdominales au cours du purpura prennent souvent le masque de l'appendicite aiguë et de l'invagination intestinale.

La coexistence de taches purpuriques sur le tégument permet de rapporter la crise douloureuse à sa véritable cause (purpura péritonéal et intestinal) et d'éviter l'opération.

Un cas de tumeur méningée du crâne. — MM. Langeron et Galiègue. Observation anatomo-clinique d'une tumeur méningée (méningo-sarcome) interhémisphérique ayant entraîné, après une phase latente certainement très longue, une hypertonie du type décérébré étendue aux quatre membres.

Radiographie de fœtus au cours de la gestation. — MM. Favreau, Desplats et Belle.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis héréditaire et système nerveux (1), par le docteur L. Babonneix, médecin de la Charité.

M. L. Babonneix a réuni dans cet ouvrage les travaux qu'il poursuit depuis longtemps sur la syphilis héréditaire du système nerveux, et qui se trouvaient jusqu'à ce jour disséminés dans diverses revues. Bien qu'il les ait, autant que possible, reproduits tels qu'ils avaient été publiés, il ne s'agit pas ici d'un simple recueil d'articles : leur groupement méthodique fait apparaître dans son ensemble l'importance de l'œuvre réalisée par l'auteur. On trouvera dans ce livre tous les éléments d'une étude complète de l'hérédo-syphilis nerveuse, étude fondée presque exclusivement sur des observations personnelles, ce qui en assure la complète originalité.

Après avoir montré la réalité de la neuro-syphilis héréditaire et avoir indiqué sur quels éléments s'appuie le diagnostic, M. Babonneix passe à l'étude du cas. Nous n'en donnerons pas l'analyse; il nous suffira de dire que tous les problèmes sont envisagés, et discutés minutieusement et avec la plus grande impartialité. La bibliographie est réduite au minimum, puisque tout repose ici sur des faits originaux; et pourtant la documentation, si allégée soit-elle dans son exposé, apparaît considérable.

Nous nous bornerons à citer quelques chapitres qui feront comprendre ce qu'on peut trouver dans cet ouvrage.

L'étiologie de l'*hémiplégie infantile* est depuis longtemps très discutée; les arguments en faveur de la syphilis, tels qu'ils ont été indiqués par les différents auteurs, sont d'abord énumérés, arguments de probabilité et arguments de certitudes. Puis viennent les cas personnels, étudiés selon la même méthode; ils sont au nombre de 40, parmi lesquels on trouve 20 fois une syphilis certaine : la conclusion s'impose.

De même pour l'*épilepsie*, M. Babonneix, après avoir impartialement indiqué les raisons qui font admettre ou rejeter l'origine syphilitique, expose ses observations, les discute, et, en se défendant de tout parti-pris, trouve la vérole dans 19 cas sur 120, soit une proportion de 16 p. 100.

Les *convulsions infantiles* sont toujours à l'ordre du jour et leur interprétation toujours à l'étude. Quel est le rôle de la vérole? Elles représentent, d'après les faits de l'auteur, 7 p. 100 des manifestations de l'hérédo-syphilis nerveuse; et sur 25 observations la syphilis est prouvée 9 fois, ce qui donne 36 p. 100 des cas.

Nous voyons encore par exemple que si, pour les *syndromes intellectuels* qui font l'objet d'un très important chapitre, bien des observations doivent être discutées, il n'en apparaît pas moins que, comme l'a soutenu A. Fournier, l'hérédo-syphilis joue un grand rôle dans le déterminisme des troubles psychiques de l'enfance, idiotie, imbécillité, arriération mentale, troubles du caractère ou des sentiments affectifs.

Ce court aperçu de quelques-uns des sujets traités ne donne en aucune manière une idée de l'importance de ce livre, de sa richesse en faits cliniques et anatomiques, du souci de vérité avec lequel sont conduites les enquêtes, des conseils pleins de sagesse relatifs à la thérapeutique. Ecrit par l'un des médecins qui ont le plus laborieusement pour-

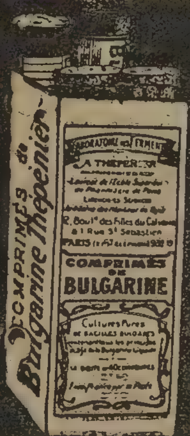
(1) Paris, Masson et Cie.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

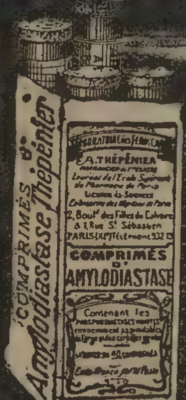
Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150 854, Seine.

suivi l'étude de la neurologie infantile, cet ouvrage vient à son heure, à une époque où le domaine de l'hérédo-syphilis dans toutes ses manifestations est souvent démesurément agrandi. Il montre par des documents précis et qui seront pour les chercheurs un inappréciable recueil de faits minutieusement étudiés et un modèle de discussion, avec quelle variété de formes la syphilis héréditaire frappe le système nerveux. Il ne s'adresse pas seulement aux spécialistes neurologues ou pédiatres : il n'est pas de praticien qui ne se trouve souvent en présence des problèmes qui font l'objet de ce travail. C'est un travail considérable et en même temps un livre de bonne et saine clinique, ce qui n'exclut pas l'originalité, bien au contraire ; il doit demeurer comme un élément de travail indispensable. Un style clair et alerte, une édition soignée, de bonnes figures, un format aisément maniable, en rendent la lecture facile et attrayante. H. GRENET.

Nouvelle anatomie artistique. Le Nu dans l'art. [L'art chrétien] (1), par le docteur Paul RICHER (de l'Institut).

M. Paul Richer a bien voulu nous adresser un exemplaire du magnifique volume qu'il a présenté à l'Académie de médecine dans ces termes :

« Le cours que j'ai longtemps professé à l'Ecole des Beaux-Arts sur l'Anatomie artistique comportait toujours quelques leçons sur la façon dont les artistes des différentes époques avaient interprété le nu de la figure humaine. J'ai entrepris de publier ces leçons à la suite de celles consacrées à l'anatomie et, sous le titre de *Le Nu dans l'art*, j'ai déjà eu l'avantage les années précédentes de présenter à l'Académie deux volumes, l'un consacré aux arts de l'Orient classique, Chaldée, Egypte et Assyrie, l'autre à l'art grec. J'apporte aujourd'hui un troisième volume consacré à l'art chrétien depuis les origines jusqu'à la Renaissance.

Evidemment ce sont là des questions un peu en dehors des préoccupations habituelles de l'Académie. Mais j'ai pensé que ces études artistiques en raison du rôle prépondérant qu'y joue l'élément scientifique faisaient également partie de son domaine. En effet, la science intervient là pour apporter son aide à l'art, en fournissant aux historiens qui s'occupent de son évolution au cours des temps, un nouvel élément d'appréciation basé sur des raisons indiscutables, en dehors du goût et du sentiment dont on s'est contenté de faire état jusqu'à présent.

Ainsi se sont trouvés confirmés des faits déjà démontrés, pendant que d'autres étaient rectifiés et que même de nouveaux ignorés jusque-là étaient révélés.

C'est ainsi que l'analyse morphologique du « nu » de la figure humaine tout en confirmant l'opinion déjà émise que l'art chrétien primitif dérive de la forme grecque atténuée ou pervertie, a permis de plus d'y rattacher certaines formes étranges incomprises et négligées.

Pour ce qui est de l'art byzantin, on trouve ainsi démontré que le « nu » qu'il avait créé comprend des traits de la forme

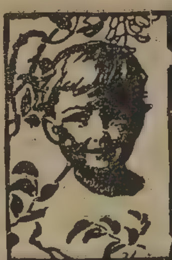
(1) Un volume in-8. — Paris, Plon éditeur.

UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES 19 RUE DROUOT PARIS

BRONCHITES, toux nerveuse, spasmodique catarrhale, émétisante
Comprimés antiseptiques, Sédatifs expectorants.
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Bromol — Codéine — Poudre de Dover, etc.
DOSE : Quatre à six comprimés par 24 heures (jusqu'à 8 dans les toux rebelles).
Laboratoires LAURIAT, 31 *bis*, r. des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulᵈ Ornano, PARIS

VALERIANE liquide de L. PACHAUT
La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

grecque auxquels s'ajoutent d'autres traits venus du plus lointain Orient, de la Chaldée et de l'Assyrie, réalisant ainsi une étrange formule où se combine l'Orient et l'Occident. Nous arrivons ainsi, par une voie différente, à rejoindre l'opinion de M. E. Male fondée sur l'iconographie, touchant la double origine de l'art byzantin.

En poursuivant l'analyse morphologique du « nu » on constate que la formule byzantine règne en maîtresse dans l'art roman, pendant que l'art gothique arrive à s'en libérer entièrement. Et les grands imagiers du moyen-âge, les sculpteurs de nos cathédrales n'ont point, comme en Italie un siècle plus tard, cherché leurs modèles dans l'art grec, ainsi qu'on a pu le croire. L'analyse scientifique de leurs œuvres, démontre que le nu qu'ils ont créé ne provient pas de l'imitation d'œuvres périmées, quelque glorieuses qu'elles fussent, mais qu'ils l'ont tiré de leur propre fonds, n'ayant d'autre maître que la nature et la vérité. »

Laboratoire et ophtalmologie (1), par Ch. DEJEAN, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier, docteur ès sciences.

Le laboratoire, en médecine et en chirurgie, est devenu une impérieuse nécessité. C'est aujourd'hui le complément indispensable de la clinique journalière.

Il en est de même en ophtalmologie.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections oculaires exigent des examens fréquents d'histologie, de bactériologie, de parasitologie et de chimie pathologiques : prélèvements, biopsie des tumeurs, détermination des microbes pathogènes, analyses d'urine, du sang et des humeurs, sérothérapie, vaccinothérapie, interprétation des résultats fournis, renseignements brefs et précis sur ces diverses questions, acquisitions nouvelles. Ces notions élémentaires sont exposées dans le nouveau livre du docteur Dejean.

Les ouvrages de laboratoire sont déjà nombreux mais trop complexes pour les débutants. Celui-ci s'adresse à l'oculiste praticien. Il ne fera pas double emploi. Suffisant pour le laboratoire personnel et pour l'instruction du praticien, il renvoie, pour les cas compliqués, aux manuels spéciaux.

Le docteur Dejean, pendant trois ans, a fait cet enseignement élémentaire de laboratoire aux stagiaires et aux assistants de la clinique ophtalmologique de Montpellier, comprenant l'anatomie pathologique, la bactériologie, la parasitologie, les humeurs, les sérums et les vaccins. Son petit livre, ainsi vécu, simple, clair et pratique, avec nombreux schémas, complétera notre propédeutique d'ophtalmologie après les Nouveaux éléments de Truc, Valude, Frenkel, les Consultations de thérapeutique oculaire et le Manuel élémentaire d'ophtalmologie de H. Villard; il sera certainement apprécié par les élèves et les confrères oculistes. L. G.

Immunité et vaccinothérapie (2), par le docteur Louis MOINSON. Préface du docteur E. POZERSKI.

Deux méthodes ont, dans ces vingt-cinq dernières années, renouvelé la médecine, l'opothérapie, ou thérapeutique par les glandes, et la vaccinothérapie, ou traitement par les vaccins et sérums. L'année dernière, le docteur Moinson a exposé, en un livre très remarqué, le dernier état de l'opothérapie. Cette année, en un petit volume facile à lire, il résume les théories scientifiques les plus récentes sur l'immunité, la vaccinothérapie et l'anaphylaxie, questions extrêmement importantes et généralement mal ou peu connues. Il y joint les résultats obtenus de son expérience de clinicien averti. Après avoir lu ce travail, on saura dans quel cas il convient d'opérer des prélèvements de sang et de pus, par quels états passent les éléments prélevés avant de devenir le contenu de l'ampoule injective, quand ils sont susceptibles d'agir et comment. Ce petit volume, complet, précis, exact, au courant et, ce qui ne gâte rien, de forme attrayante, est susceptible d'intéresser à la fois les praticiens et leurs malades. L. G.

(1) Un volume in-8, 275 pages, 44 figures, 1929. — Paix : 25 fr. — Paris, Editions médicales, N. Maloine.

(2) In-18 de 98 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, Le François.

PRATIQUE HYDROLOGIQUE

ORIGINE, DESCRIPTION, TECHNIQUE DU RADIO-VAPORARIUM-SULFURE DE LUCHON

Le docteur Molinéry vient de parler devant la Société d'hydrologie de Paris (1) du remarquable vaporarium de Luchon, dont la *Gazette des hôpitaux* a déjà donné le 7 août 1929 une description détaillée, et d'exposer comment l'Ecole d'hydrologie française étudie les conditions de son arsenal thérapeutique, avant d'en livrer quelque partie aux mains des médecins pour le traitement de leurs malades.

L'auteur consacre avec juste raison la plus grande partie de son étude à montrer quelle fut la genèse à travers les âges de la technique des bains de vapeurs sulfurées, spontanément émises des nombreux griffons de Luchon (plus de 80!). La fin du XVIIIe siècle et le commencement du XIXe siècle furent particulièrement féconds. Puis François de Neufchâteau de 1836 à 1866 entreprit et conduisit à bien les travaux qui consacrèrent la réputation de ce grand ingénieur des Mines, en creusant à même la roche les 1.200 mètres de galeries qui constituent le périmètre géothermal de la station.

Au cours de ces trente dernières années, Landouzy, Carron de la Carrière, Garrigou, Moissan, Charles Moureu, de Launay, et encore MM. Lepape, Bardet, Léon Bertrand, Mailhet, Desgrez et Bierry, René Audubert avec les médecins de la station, continuent leurs recherches et serrent de plus en plus près les possibilités d'un vaste Hamman sulfureux naturel creusé sous la montagne, au contact même des roches d'où émergent les sources chaudes.

M. Molinéry, rappelle la journée d'inauguration de ces services techniques où, à la date du 27 juillet 1929, les représentants de la science française se firent un honneur d'apporter leur concours à l'œuvre gigantesque qui venait d'être menée à bonne fin.

Après avoir donné la description si curieuse de ces 1.200 mètres de salles et de galeries ou la température relevée est de 28 à 46 degrés et le radon neuf mille fois plus abondant que l'air normal, M. Molinéry expose le fonctionnement du vaporarium de Luchon et en donne sommairement les premiers résultats, se réservant au cours d'une prochaine communication de les exposer et de les discuter. Les manifestations rhumatismales de l'uricémie et les affections catarrhales des muqueuses sont en tout cas les premières indications de cette étuve naturelle aux vapeurs sulfurées spontanément émises, et aux gaz rares découverts par les physico-chimistes.

(1) 18 nov. 1929.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Fds d'achat et vente de DROGUERIE et Prod. Pharmac. à Paris, *14, Passage Etienne-Delaunay.* Adjud. Et. CONSTANTIN, not., Paris, 8 janv., 14h30. M. à p. (ne pt ét. b.), 5.000f. Cons. 5.000f. S'ad. GATTÉ, synd., 11, Pl. St-Michel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16., Seine.

ÉDIFICATION de L'ORGANISME

Nourrissons, Débiles
Sevrage
Adolescents délicats

RECONSTITUTION des TISSUS

Dénutrition, Convalescences
Anémies Essentielles & Symptomatiques
Maladies Consomptives & Débilitantes

CRÈME de PROTÉINES

PROCÉDÉ MAURICE RENAUD

MOELLE OSSEUSE, RATE, TISSU NERVEUX
FOIE et PLASMA

EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM DE LAIT

UN A TROIS FLACONS PAR JOUR

Laitages DIÉTÉTIQUES, 15, Quai de Bourbon, PARIS

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons
pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** Gravelle Goutte

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations a la date du 25 décembre 1929. — *Médecins.* — A Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Renault, limite d'âge, M. le docteur Babonneix, de la Charité; à la Charité, M. le docteur Abrami, de l'hôpital Ambroise Paré; à Ambroise Paré, M. le docteur Richet, de Necker; à Necker, M. le docteur Heuyer, de l'hôpital Tenon; à Tenon, M. le docteur Ameuille, de l'hôpital Debrousse; à Debrousse, M. le docteur Rouillard, de Bicêtre; à Bicêtre (tuberculeux), M. le docteur Donzelot, titularisé; à Beaujon (service du professeur Achard, nommé professeur de clinique de l'hôpital Cochin), M. le docteur Harvier, de Beaujon; à Beaujon (service de M. le docteur Harvier), M. le docteur Faroy, d'Andral; à Andral, M. le docteur René Bénard, de l'hospice d'Ivry; à Ivry (tuberculeux), M. le docteur Cain, titularisé; à Necker (docteur Sicard, décédé), M. le docteur Villaret, de Saint-Antoine; à Saint-Antoine, M. le docteur Chabrol, de l'hospice d'Ivry; à Ivry, M. le docteur Gautier, titularisé.

Mutations antérieures. — MM. les docteurs P.-E. Weil et Brulé, médecins de l'hôpital Tenon, échangent leurs services.

Chirurgiens. — A Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Lecène, décédé, M. le docteur Mathieu, de Bretonneau; à Bretonneau, M. le docteur Picot, titularisé; à Tenon, en remplacement de M. le docteur Riche, limite d'âge), M. le docteur Roux-Berger, de Broussais; à Broussais, M. le docteur Bréchot, de Trousseau; à Trousseau, M. le docteur Sorrel, de Berck, titularisé; à Berck, M. le docteur Richard, chirurgien des hôpitaux.

Accoucheurs. — A l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le docteur Macé, limite d'âge, M. le docteur Chirié, de Tenon; à Tenon, M. le docteur Ecalle, titularisé; à Beaujon, en remplacement de M. le docteur Funck, limite d'âge, M. le docteur Levant, de la Charité; à la Charité, M. le docteur Vignes, titularisé.

Electro-radiologistes. — A Broussais, en remplacement de M. le docteur Bonniot (en disponibilité), M. le docteur Cottenot, des Enfants-Assistés; aux Enfants-Assistés, M. le docteur Gérard, de Bicêtre; à Bicêtre, M. le docteur Dariaux, titularisé.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Lecture des copies.* — Séance du 18 décembre. — MM. Sobel, 18; Soyer, 24; Thouazé, 20; Ungar, 21; Vautier, 19; Laguzet, 23; Landau, 19; Allik, 15; Amante, 21; Iliovici, 23; Lafay et Lannegrau, 20.

Séance du 19 décembre. — Questions données : « Indications de la ponction lombaire et renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien. »

MM. Laguzet, 15; Ségalle, 14; Blum, 15; Laroche et Thomazi, 14; Landau, 11; Sobel, 12; Bourdial, 13; Leclercq, 10; Soyer, 16; Amante, 13; Iliovici, 16; Lafay, 11.

Classement des candidats : MM. Soyer, 40; Iliovici, 39; Blum et Laguzet, 38; Bourdial et Ségalle, 37; Laroche, 36; Amante et Thomazi, 34; Lafay, 31; Landau et Sobel, 30; Leclerc, 18.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Récompenses décernées pour l'année 1929.* — *Prix Delord* (550 fr. et médaille d'argent). — M. Gré, interne de 5e année.

Prix de l'Administration (150 fr. de livres). — M. Mailhe, interne de 5e année.

Prix du docteur Levieux (une trousse). — M. Broustet, interne de 4e année.

Médaille d'argent. — MM. Dervillée, Auché, Bouc, Du-

SOLUBAÏNE
Solution au Millième d'OUABAÏNE ARNAUD
INDICATIONS : Insuffisance du cœur gauche.
Insuffisance ventriculaire droite.
Arythmies — Tachycardies.
LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bd de Port-Royal

bourg, internes de 3e année; Grangé, interne de 2e année; Noblia, interne de 1re année.

Médaille de bronze. — MM. F. Traissac, R. Traissac, Philip, Marque, Mlle Valette, internes de 2e année; Beauchesne, interne de 1re année.

Médaille d'argent. — MM. de Tanouarn, Le Lain, internes provisoires.

Médaille de bronze. — MM. Chastaignet, Rigaud, internes provisoires.

Médaille d'argent. — M. Sourreil, externe de 4e année, Mlle Fiot, MM. Estradère, externes de 5e année; Petges, Balans, Halty, externes de 3e année.

Médaille de bronze. — MM. Berger, externe de 4e année; Déjean, Ruppli, externes de 3e année; Laumonier, Péry, Monglond, Le Scouezec, Malouines, de Boucaud, Mlle Bardy, MM. Minec, Ferradou, Mlle Lesparre, M. Nancel-Pénard, externes de 2e année.

Médaille d'argent. — M. Guyot, interne en pharmacie.

Médaille de bronze. — Mlles Laguierce, Péret, internes en pharmacie.

COMMÉMORATION DE L'ŒUVRE DU PROFESSEUR FERNAND WIDAL. — Les amis, les collègues et les élèves du professeur Fernand Widal se sont groupés pour honorer la mémoire de ce maître qui compte parmi les gloires de notre pays et dont l'œuvre scientifique a jeté un éclat si vif sur la médecine française. Le Comité qui s'est constitué dans cette intention propose : 1° d'élever un monument; 2° de faire placer un médaillon à la Faculté de médecine et à l'hôpital Cochin; 3° de publier une édition de ses œuvres principales.

Les souscriptions sont dès maintenant reçues chez MM. Masson et Cie, trésoriers, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Toute souscription d'un minimum de 100 fr. donnera droit à l'envoi d'une médaille.

Toute souscription d'un minimum de 300 fr. donnera droit à la médaille et à l'édition des œuvres principales.

Comités d'organisation : MM. Fernand Bezançon, André Lemierre, Pierre Abrami, Marcel Brulé, Edouard Joltrain, Louis Pasteur Vallery-Radot.

Les Comités étrangers sont déjà formés ou en voie de formation. La liste en sera publiée ultérieurement.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er décembre 1929, à MM. Hérissey et Lutz, agrégés près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Selin est nommé, pour un an, préparateur de physique.

M. Hérisset est nommé, pour un an, préparateur de matière médicale.

M. Albrespy est nommé, pour un an, préparateur de pharmacie et chimie analytique.

CENTRE ANTICANCÉREUX DE LILLE. — M. le docteur Lambret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, a été nommé directeur du centre régional de lutte contre le cancer de Lille.

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME. — Le *Journal officiel* publie la citation suivante :

« Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Pierre Ledon, manipulant de radiologie à l'hôpital de la Conception de Marseille et ensuite au centre régional de lutte contre le cancer de cette ville, atteint dans ses fonctions de radiodermite chronique des deux mains, et dont la mort prématurée a été hâtée par une forte commotion due à une décharge de courant électrique reçue en service.

Victime du devoir, M. Ledon peut être donné en exemple pour le dévouement dont il a fait preuve au cours de toute sa carrière et la haute idée qu'il se faisait de ses obligations professionnelles. »

GUERRE. (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Oberlé, directeur du Service de santé de la 15e région à Marseille, maintenu.

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin colonel Rouffiandis, directeur du Service de santé de la 16e région à Montpellier, maintenu.

MUTATIONS. — M. le médecin général Melliès, directeur du Service de santé de la division d'Alger, est nommé directeur du Service de santé de la 19e région à Alger, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Meyer, placé dans la section de réserve.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE (SEINE). — CONCOURS POUR UN EMPLOI DE MÉDECIN CHEF DU SERVICE DE RADIOLOGIE. — Un concours sur titres aura lieu au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le mercredi 15 janvier 1930, à 15 h., pour la désignation du titulaire de l'emploi, actuellement vacant, de médecin chargé du service radiologique de l'Asile national des convalescents.

Ce concours est ouvert sans condition d'âge à tous les docteurs en médecine de nationalité française.

Le jury du concours est ainsi composé : MM. Santenoise, inspecteur général des services administratifs; le professeur Strohl, représentant la Faculté de médecine de Paris; le chef du premier bureau de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques ou son délégué; le directeur de l'Asile national des convalescents; les docteurs Lévy et Berthoumeau, médecins en chef de l'Asile national des convalescents.

Les candidats devront produire, à l'appui de leur demande : 1° extrait de l'acte de naissance ou toute autre pièce établissant que le candidat est citoyen français; 2° diplôme de docteur en médecine ou pièce équivalente; 3° exposé des titres scientifiques, travaux, emplois ou occupations habituelles, références, etc.

Le registre des inscriptions sera ouvert au premier bureau de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques le 20 décembre et clos le 8 janvier 1930.

Le médecin chef du service de radiologie de l'Asile national des convalescents reçoit une indemnité actuellement fixée à 2.400 fr. par an.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège), par suite du départ de M. le docteur Martimor, appelé à un autre emploi.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1861.*)

DIGIBAÏNE DEGLAUDE 6, r. d'Assas, Paris.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE.

Le Phosphopinal-Juin
EST AU PHOSPHORE CE QUE LE CACODYLATE EST A L'ARSENIC
ÉLIXIR — CAPSULES — GOUTTES
LABORATOIRES : 10, Impasse Milord. — PARIS-18e.

Sirop et Granules CROSNIER Cure sulfureuse

Toux Dyspnée IODÉINE MONTAGU

Cibalgine

AMPOULES
Remplacent la morphine dans les 3/4 des cas

Sédation de la Douleur sans alcaloïdes

COMPRIMÉS
Céphalées et toutes algies

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, **LYON.** 249

Coramine Ciba

Diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique

Présente tous les avantages de l'huile camphrée sans aucun de ses inconvénients.

Elle tonifie le cœur, relève la pression sanguine, amplifie la respiration.

Par son action rapide, intense et durable, elle constitue une arme puissante et fidèle pour combattre *la défaillance cardiaque, les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.*

GOUTTES, XX à LX par jour — AMPOULES, 2 à 4 par jour

Pas de seringues huileuses | **Injection indolore vite résorbée**

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

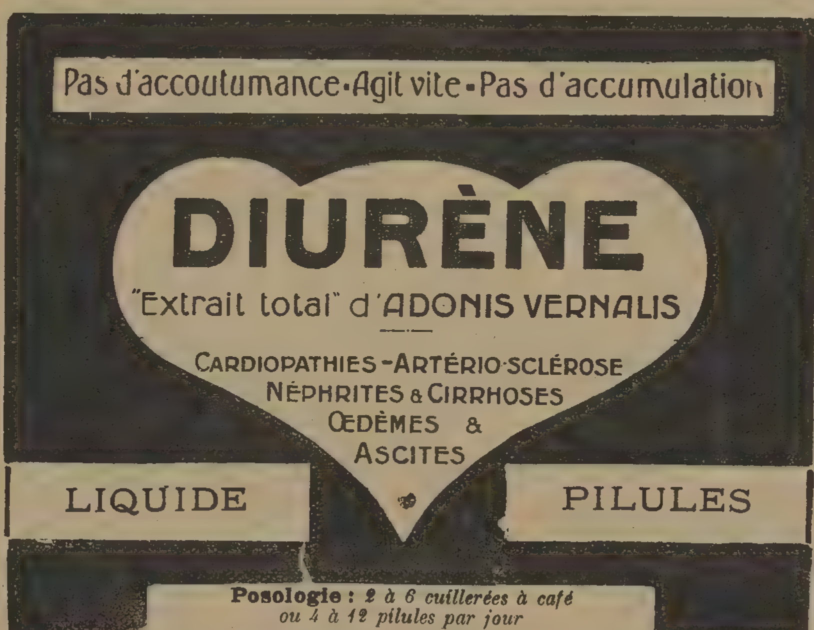
LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque
Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs
de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

INFORMATIONS

(SUITE)

INSTITUT D'ACTINOLOGIE (œuvre reconnue d'utilité publique par décret du 16 mai 1929). — Un cours pratique aura lieu à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223, rue de la Convention), les jeudis, à 9 h. du soir, à partir du 16 janvier 1930.

Le programme sera ainsi conçu :

Docteur J. Saidman : Les lampes utilisées en actinothérapie. Choix des doses. Principes et applications pratiques de la méthode sensitométrique, le 16 janvier.

Docteur L.-G. Dufestel : Le traitement des adénites et des péritonites tuberculeuses. Les autres indications de la lumière dans la tuberculose sous-cutanée, le 23 janvier.

Docteur J. Meyer : Les tuberculoses cutanées, le 30 janvier.

Docteur A. Lautman : Le traitement du rachitisme, le 6 février.

Docteur A. Lautman : Les autres indications des ultraviolets en pédiatrie, le 13 février.

Docteur J. Colanéri : Les ultraviolets en chirurgie, le 20 février.

Docteur J. Saidman : Les indications des ultraviolets en médecine générale, le 27 février.

Docteurs Auzimour, Dufougeré et Palisse : Les ultra-violets en oto-rhino-laryngologie, en stomatologie et en gynécologie, le 6 mars.

Docteur J. Meyer : Les indications des ultraviolets en dermatologie, le 13 mars.

Docteur J. Saidman : Les rayons infrarouges et les associations polyradiothérapiques, le 20 mars.

Le droit d'inscription pour ce cours est de 100 fr. — S'adresser au secrétaire général de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, Paris (XVe).

LES ÉTRANGERS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — En réponse au docteur Lobligeois, conseiller municipal des Batignolles, l'Assistance publique a fourni les renseignements suivants sur les étrangers soignés dans les hôpitaux parisiens en 1928.

Le nombre de journées d'hospitalisation d'étrangers bénéficiaires de conventions a été de 181.706; d'étrangers non bénéficiaires de conventions, 156.013; Marocains et Tunisiens, 16.469, soit au total 354.188. L'administration de l'Assistance publique ajoute :

Le prix de journée de 1928 étant de 36 fr. 99 en médecine et 38 fr. 77 pour la chirurgie, les dépenses d'hospitalisation pour ces étrangers se sont élevées à :

Médecine : 199.038 journées à 36 fr. 99, 7.362.415 fr. 62;
Chirurgie : 155.150 journées à 38 fr. 77, 6.015.165 fr. 50.
Total, 13.377.581 fr. 12.

Quant aux sommes mises en recouvrements sur l'Etat français en vue de payements par les Etats d'origine, elles ont été les suivantes : Belgique : pour un malade, 406 fr. 89; Italie : pour trois malades, 8.433 fr. 72; Pologne : pour un malade, 147 fr. 96; total, 8.988 fr. 57.

Enfin, les mises en recouvrements sur l'Etat français pour les hospitalisations d'étrangers sans domicile et secours, bénéficiaires des conventions d'assistance, ont atteint la somme de 582.785 fr. 14. D'ailleurs, l'Assistance publique ajoute qu'aucune de ces sommes n'a encore été remboursée. Toutefois, l'Etat a alloué à l'administration de l'Assistance publique pour l'hospitalisation en 1928 des étrangers non bénéficiaires de conventions et des Marocains et Tunisiens, une subvention forfaitaire de 674.100 fr.

« MÉDECINS PARISIENS DE PARIS » (secrétariat général, 119, boulevard Malesherbes, VIIIe). — Le 17 décembre 1929, les Médecins parisiens de Paris se sont réunis au restaurant Ledoyen en un dîner qui fut le vingt-neuvième depuis la fondation de leur Amicale, Société très prospère puisqu'elle rassemble actuellement près de 200 membres. Puis, sous la présidence de M. le docteur Vitry, se tint l'assemblée générale annuelle au cours de laquelle fut constitué le bureau suivant pour 1930 :

Président d'honneur : M. le professeur Charles Richet; président : M. le docteur Henri Dufour; vice-présidents : MM. les docteurs Schaeffer et Pierre Prost; secrétaire général : M. le docteur J. Bongrand; trésorier : M. le docteur Lutaud.

Etaient présents à ce dîner : MM. les docteurs Aubertin, Bauer, Baillière, Banzet, Basset, Blondel, Bongrand (Jules), Bouteron, Boulanger-Pilet, Boutet, Cadenat, professeur Claude, David, Deniker, Doin, Dufour, Eloy, Fège, Friedmann, Galliot, Gérard (Léon), Girard, Guillemin, Haret, Laënnec, Laurent-Gérard, Lenormand, Le Savoureux, Mlle Lévy, MM. Lobligeois, Lutaud, Mlles Meurs, Mircouche, MM. Prost (Pierre), Quiserne, Rolet, Schaeffer, Tarrius, Thuillant, Valentin et Vitry.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au docteur Jules Bongrand, 6, rue Villaret de Joyeuse, Paris (XIIe).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Du 11 au 20 novembre, il a été enregistré 1.299 décès (moyenne 1064).

La scarlatine a causé 2 décès (moyenne 1); 85 cas nouveaux (moyenne 69).

La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 6); 85 cas nouveaux (moyenne 84).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 165 décès (moyenne 143).

UN NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL. — Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à *L'Esprit médical*, journal médico-littéraire qui vient de paraître. Ce nouveau confrère porte en épigraphie : *Toute science touche à l'art, tout art a son côté scientifique*. (Trousseau.)

C'est dire le programme de ce journal qui groupe dans sa rédaction les noms de Georges Duhamel, Louis Ramond, Louis Pellissier, Eugène Dupont, etc...

Le rédacteur en chef est M. Henri Drouin, les secrétaires de la rédaction MM. Paul Rabier et Henri Gilbert. (Administration, 9, rue Le Goff, Paris, Ve.)

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin directeur de sanatorium départemental (*J. O.*, 22 déc. 1929).

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Asnières (Seine) est déclarée ouverte (*J. O.*, 22 déc. 1929).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les professeurs Luigi Philippson, l'éminent dermatologiste de Palerme; Vialleton (de Montpellier), professeur d'histologie et d'embryologie, membre correspondant de l'Académie de médecine; Emile Vincent Garnier, ancien adjoint au maire de Marseille; Durodié (de Bordeaux).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. ACHARD.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la Clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une Conférence de clinique médicale pratique.

La première Conférence aura lieu le dimanche 12 janvier 1930. Elle aura pour sujet « La spirochétose ictérigène ».

— LABORATOIRE SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE (Fondation Paul Lemonnier). — *Démonstration d'anatomie pathologique.* — Une série de douze leçons sera faite par M. Macaigne, agrégé, et M. Nicaud, médecin des hôpitaux, les lundis, mercredis et vendredis, à 14 h., à partir du lundi 10 février 1930, au laboratoire Lemonnier (Ecole pratique).

Cours gratuits. — Inscription chez le concierge de l'Ecole pratique.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 6 janvier au 26 février 1930, par le docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Lafourcade, assistant de l'hôpital Saint-Louis; L. Périn, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; E. Rivalier, chef de clinique de la Faculté.

Les cours auront lieu le lundi 6 janvier 1930, et les jours suivants, à 2 h., à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Le droit à verser est de 500 fr.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 à 11 h. (sauf le mercredi). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Périn.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SPORTS D'HIVER. RAPIDE PARIS-CHAMONIX. — Jusqu'au 27 février 1930, un rapide (1re et 2e classes) est mis en marche entre Paris et Saint-Gervais-les-Bains (Chamonix-Mont-Blanc) et vice versa. Ce train comporte, dès le 10 décembre, des lits-salons avec draps, des lits-salons ordinaires et des couchettes. A partir du 18 décembre, un wagon-lits (1re et 2e classes) y sera mis en service.

Un train de sens inverse circule au départ de Saint-Gervais-les-Bains (Chamonix-Mont-Blanc) depuis le 11 décembre (avec wagons-lits à partir du 19 décembre) et jusqu'au 28 février.

Départ de Paris, 22 h.

Arrivée à Sallanches-Combloux-Mégève, 9 h. 53; à Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, 10 h. 07; à Chamonix-Mont-Blanc, 11 h. 28.

Départ de Chamonix-Mont-Blanc, 17 h. 33; de Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, 19 h. 08 et Sallanches-Combloux-Mégève, 19 h. 20. Arrivée à Paris, 5 9. 53.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOCATION. INSTALLATION DU MÉDECIN CHEZ SES PARENTS

On nous pose une question relative au point de savoir si un propriétaire peut s'opposer à ce qu'un jeune médecin, habitant chez ses parents, puisse exercer la médecine dans leur appartement : le propriétaire a été sollicité de donner son autorisation; il l'a refusée.

La question suppose que le bail qui a été conclu entre ce propriétaire et les parents du jeune médecin contient comme destination, une occupation purement bourgeoise. C'est cette destination qui fixe les rapports du locataire et du propriétaire en ce qui concerne le mode d'occupation.

Installer quelqu'un, que ce soit le fils ou un étranger à la famille, dans un appartement pour y exercer la médecine, alors que les parents ne l'exerçaient pas et n'avaient pas reçu d'autorisation à cet égard, c'est changer la destination des locaux, c'est leur donner un caractère professionnel qu'ils n'avaient pas, lors de la conclusion du bail. La différence entre la simple occupation bourgeoise et l'occupation professionnelle a été marquée très nettement par les lois sur les prorogations; elle remonte à la loi d'origine du 9 mars 1918. Les discussions ont été nombreuses pour savoir si le propriétaire, avant la guerre, avait donné son consentement, alors que le bail n'était pas explicite, en vue d'une location à un médecin ou à un avocat notamment. Antérieurement à la guerre, cette question avait peu d'importance : les appartements à louer étaient en abondance; c'était l'heureuse époque où l'on pouvait choisir son quartier et, dans le quartier, la rue et l'appartement remplissant les conditions que l'on recherchait. Le propriétaire était trop heureux de louer; et même au début de la guerre il consentait, pour obtenir une location, des réductions sur le prix du loyer. Le caractère professionnel de l'occupation ne le préoccupait pas : rares étaient les propriétaires qui ne voulaient pas d'un médecin ou d'un avocat.

Que les temps sont changés! Sitôt que la trompette sacrée eût annoncé le retour de la paix, le propriétaire, après la tourmente, chercha à libérer ses appartements, pour louer fort cher; mais le locataire éprouvé résista; il était la majorité dans la République. Le législateur a eu quelque bienveillance pour lui et notamment pour celui exerçant une profession libérale, qui avait fermé son cabinet pendant cinq ans. Il lui accorda une prorogation de bail plus longue qu'au locataire qui occupait bourgeoisement un appartement, sans y exercer de profession.

Dès lors, les propriétaires ont examiné les baux, au microscope, déterminé strictement les droits de leur locataire; ils s'en sont tenu à la lettre du bail. Ils ont appliqué la convention, qui, suivant le vieil adage bien connu, fait la loi des parties. Peut-on leur en faire grief? Non : une signature mise au bas d'un contrat engage le signataire, c'est du moins conforme à notre esprit latin qui veut que le droit prime la force. Il y a des divergences sur ce point!

En conséquence, répondant à la question posée ci-dessus, nous croyons devoir dire que le propriétaire peut refuser son autorisation d'exercer la médecine à celui qui, installé chez ses parents, veut y ouvrir son cabinet et faire de la clientèle. C'est le droit; il faut le respecter, quelque dur qu'il soit.

Sans doute, on considère que l'occupation professionnelle ne change pas le caractère bourgeois de l'appartement : mais en l'espèce on s'exposerait à un procès certain, et difficile à gagner.

Le jour où les appartements reviendront en abondance et ne seront plus loués aussi facilement, le propriétaire sera moins intransigeant sur son droit; c'est un vœu. Il peut paraître extravagant; on peut tout de même le formuler. Mais en attendant... il faut s'incliner.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

SURCHARGE GRAISSEUSE DU CŒUR

1° Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettre que 3 à 6 gr. de sel) par jour, par exemple : à 7 heures, 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée, 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 gr. de pain sans sel, deux tasses de thé; à 16 heures, une tasse de thé, sans sucre; à 19 heures, même menu qu'à midi, en remplaçant la viande par deux œufs sans sel.

2° Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0g50 de *Théosalvose strophantique*, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardiotonique.

Au bout de cinq jours, leur substituer deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, puis arrêt de cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

INJECTION CLIN
Strychno-Phospharsinée

	Formule N° 596	Formule N° 796	Formule N° 940
Cacodylate de soude	0 gr. 05	0 gr. 05	0 gr. 25
Glycérophosphate de soude	0 gr. 10	0 gr. 10	0 gr. 10
Sulfate de strychnine	1/2 mgr.	0 gr. 001	0 gr. 001
	par 1 c.c.	par 1 c.c.	par 5 c.c.
	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 1 c.c. Boîte de 6 et 12.	Amp. de 5 c.c. Boîte de 6 et 12.

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques.

Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine **qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique et** ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

Tonique général du Système nerveux, reconstituant, antianémique

GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

réalisent la même médication par voie digestive. 1678

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

R C Versailles 25.292

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France



Les ANTIGÉNINES

ANTIGÉNINE C. Colibacilles.
ANTIGÉNINE S. Staphylocoques.
ANTIGÉNINE C. E. Coli-Entérocoques.
ANTIGÉNINE T. A. B. Fièvres typhoïdes.
ANTIGÉNINE E. P. S. Grippe et complications.

VACCIN par voie buccale. — VACCIN par voie hypodermique.

BOUILLON-ANTIGÉNINE pour pansements.

RHINO-ANTIGÉNINE pour instillation nasale ou otique.

OVULES-ANTIGÉNINE-métrites, toutes leucorrhées.

Dépôt et Bureaux : 1, Place Lucien-Herr, PARIS-5ᵉ (ancien 43, Rue Tournefort)

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

ENDOCRINONÉVROSE HYPOTENSIVE

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

J'ai isolé sous ce nom, dans mes leçons cliniques de sympathologie, depuis cinq ou six ans, un type clinique dont l'observation princeps remonte à 1908.

Il s'agit en général de femmes, surtout de jeunes filles ou jeunes femmes, grandes, minces, à cou très long, sans saillie thyroïdienne appréciable, d'une très grande fatigabilité. Elles sont prises pour des neurasthéniques ou des paresseuses.

Quand on les examine, on constate une pression artérielle très basse (surtout la minima), qui, quelquefois, est au-dessous de 5. Cette hypotension artérielle rend compte des tendances lipothymiques qui sont fréquentes. Il existe de plus des manifestations cutanées, d'ordre sympathique, consistant surtout en acrocyanose. Cet ensemble fait penser à des troubles endocriniens. Mais, comme à l'examen, l'insuffisance glandulaire ne paraît pas être localisée à une seule glande, j'ai cru plus clinique de désigner ce type par une formule plus compréhensive d'*endocrinonévrose hypotensive*.

J'énumérerai les symptômes qui la caractérisent en passant en revue les différentes zones psychique, neurologique, endocrinienne et viscérale, que j'ai décrites dans ma *méthode concentrique* (1).

Zone psychique. — Les réactions de découragement avec des reprises d'euphorie sont en rapport avec les modifications de l'état nerveux essentiellement labile. C'est pourquoi chez ces malades on peut, selon les moments et l'orientation personnelle, trouver des éléments hystériques, neurasthéniques, psychasténiques ou de la psychonévrose émotive.

Cette atmosphère psychique, faite surtout d'un état d'émotion, de sentiments, de tendances résultant de l'état cénesthésique diffus, aboutit très facilement à des inquiétudes et des interprétations qui font quelquefois considérer ces malades comme des hypocondriaques.

Cette *hypercénesthésie* se manifeste par une sensibilité toute particulière aux changements de la tension électrique de l'air : telles de ces malades ont, par exemple, mal à la tête, quand elles vont dans un tramway à trolley ou font une promenade dans une grande plaine.

Cette hypercénesthésie est aussi la caractéristique de leur moi profond et explique la fréquence des prémonitions et l'intérêt, chez ces malades, de l'interprétation des rêves.

Parmi elles se recrutent beaucoup de médiums et de mystiques. D'autre part leur *sensibilité météorique* en fait des agents remarquables pour apprécier la moindre variation des climats.

Zone neurologique. — Il existe une *hyperacuité olfactive* marquée et variable selon les périodes. Elle s'exagère sous l'influence du commencement des grossesses, et il semble bien qu'elle soit liée à une hyperexcitabilité vagale.

Tout le monde connaît le rapport étroit entre le monde des odeurs et le monde sexuel. Il est incontestable que ces malades sont généralement de grandes amoureuses; elles ont une *hyperovarie* et un développement assez considérable de leurs fonctions génitales. Il y a également une *hyperalgésie* beaucoup plus considérable que chez les sujets normaux; il ne faut donc pas considérer les endocrinonévrosées hypotensives comme des douillettes; est simplement abaissé le seuil de leur sensibilité douloureuse.

Au point de vue moteur, ce qui caractérise ces malades d'une façon essentielle, c'est l'*hypotonie musculaire*, qui paraît être plus encore qu'une modification nerveuse, une disposition physique de leurs fibres musculaires. Il existe chez ces sujets une hypotonie générale, qui se trouve non seulement au niveau des muscles striés et se caractérise par le développement peu marqué de leurs muscles et une laxité ligamenteuse de ceux-ci, si bien qu'on peut redresser leurs doigts à angle droit sur la face dorsale de la main mais aussi au niveau des muscles lisses. Cette hypotonie des fibres musculaires lisses explique la fréquence des varices chez ces malades.

D'autre part, il existe peu de tonicité de leurs artères. On constate, en effet, peu de vibrance artérielle. Ce sont des malades qui se trouvent facilement mal, si elles changent brusquement de position, parce que leur tonus musculaire n'est pas suffisant pour combattre immédiatement les modifications résultant de la pesanteur.

Au point de vue sensorio-moteur, il faut en résumé noter de l'hyperesthésie et une certaine hypotonie.

Versant sympathique. — Il peut se résumer en deux états : d'une part une hypercénesthésie tout à fait remarquable et d'autre part une vagotonie. Analysons ces deux points.

Au point de vue vaso-moteur, ces malades ont une facilité à présenter de l'*acrocyanose*; les extrémités sont froides, cyanosées, et chez certaines d'entre elles cela entraîne un certain degré de timidité; elles craignent de paraître laides. Il existe une véritable phobie de la laideur. Le nez est souvent violet; ces malades ont des engelures, des exfoliations au bout du nez. De plus ces troubles vasomoteurs entraînent des variations dans le volume des membres résultant des différences de positions; si elles restent longtemps debout, les membres inférieurs enflent. Et ce défaut de tonicité fait qu'il y a des variations du volume des extrémités en rapport également avec les règles. Beaucoup de ces malades ont le ventre qui gonfle dans les jours qui précèdent les règles ; on observe les mêmes variations volumétriques au niveau des membres. Par exemple leurs bagues tombent des doigts — comme celles de Mélisande — dans l'interrègles; au moment des règles, au contraire, les doigts sont gonflés; ils présentent des sillons formés par les anneaux, de telle sorte que les bagues ne peuvent pas sortir.

Ces défauts de tonicité en rapport avec des trou-

(1) LAIGNEL-LAVASVINE. *La méthode concentrique dans l'étude des psycho-névroses*, Chahine 1928.

bles vaso-moteurs déterminent facilement des lipothymies. Il existe d'autre part une facilité aux manifestations urticairiennes, qui n'est pas d'ailleurs de même ordre que l'existence du dermographisme; on peut, en effet, voir de ces endocrinonévrosiques hypotensives qui ont de l'urticaire et pas de dermographisme.

Au point de vue des réactions sympathiques, il faut encore signaler la relative fréquence des migraines.

On constate aussi des manifestations lisso-motrices; ces malades, ne peuvent pas rester à jeûn, ont de la constipation, des spasmes réactionnels et en même temps un état général de ptose; ptoses qui entraînent secondairement une excitabilité du grand sympathique par le tiraillement du plexus solaire.

Au point de vue pilo-moteur, ces malades ont généralement froid, mais difficilement la « chair de poule », contrairement aux sujets qui sont hyperorthosympathiques.

Au point de vue sécrétoire, des rhumes de cerveau en série, avec éternuements successifs, apparaissent au moindre changement de température; il y a très souvent un syndrome d'excitation du ganglion sphénopalatin.

Au point de vue trophique, on note une certaine fragilité de la peau et en même temps un degré marqué d'instabilité pondérale; ces malades changent de poids facilement; cette instabilité pondérale résulte non seulement de la labilité du métabolisme, mais du volume; des changements de densité sont liés à des troubles vaso-moteurs, dont j'ai déjà parlé.

Zone endocrinienne. — Il faut, ici, passer en revue le versant morphologique et le versant humoral.

Versant morphologique. — Ces malades ont de grandes mains avec souvent un aspect acromégaloïde dissocié. En étudiant la tête, on trouve de l'hypertrichose; il y a une légère ombre, qui se devine sur la lèvre supérieure, comme l'a décrite Flaubert chez Emma Bovary. Ces femmes ont les cheveux électriques; ils crépitent quand on y passe un peigne d'écaille ou de celluloïde; dans l'obscurité, on voit des étincelles, ce qui a pu donner lieu à l'interprétation d'auréoles des saints. Et ceci rentre dans la catégorie des phénomènes d'illumination des saints étudiés chez les mystiques dans le livre très remarquable de Ribet, sur la mystique divine, dans lequel on voit un certain nombre d'exemples de phénomènes de rayonnement. Il y a là un fait : c'est le rapport entre l'hagiographie et l'existence expérimentale de ces manifestations chez certains psychonévrosiques.

Le cou est plus ou moins cylindrique, indiquant un certain degré de troubles du corps thyroïde qui coïncident bien avec l'hypothyroïdie et la petitesse du cou. Mais ceci n'empêche pas l'hypothyroïdie de s'accompagner de crises d'hyperthyroïdie réactionnelle intermittente.

Le torse est souvent caractérisé par des seins petits. C'est la règle chez les hyperovariennes, ce qui néanmoins n'est pas contradictoire avec l'excellence de la lactation, et on peut dire que les femmes à seins petits sont généralement bonnes nourrices.

En même temps qu'on constate cet aspect spécial du torse, on relève souvent un peu de scoliose.

L'abdomen présente en général des ptoses; on constate chez ces femmes nues une dénivellation sous-ombilicale, ou au contraire un abdomen un peu arrondi à la partie inférieure comme l'Eve de Jean et Hubert Van Eyck, en rapport avec l'hypotonie des muscles de la sangle abdominale qui est peu solide.

Enfin les membres inférieurs sont généralement assez longs, parce que la puberté a été relativement tardive et qu'il y a eu un développement des membres inférieurs exagéré qui est de règle chez les hypogénitaux. Ces membres sont le plus souvent couverts de poils.

Versant humoral. — J'ai pu trouver une série de modifications permettant de classer les différentes perturbations endocriniennes.

Examen du sang. — Hypoglycémie, hypoadrénalinémie, hypocholestérinémie, acidité ionique avec augmentation du pH au-dessus de 7, indiquant de l'alcalose.

L'analyse des fonctions surrénales montre une insuffisance marquée avec hypo-adrénalinémie et hypocholestérinémie. Par contre, il existe, à l'âge adulte, de l'hyperovarie, avec hypertrichose; des règles abondantes, des seins petits, une vie génitale riche, et de très bonnes grossesses. C'est un point important à noter, que la grossesse est excellente chez ces malades et la lactation épuisante. Il faut se souvenir de ce détail et se méfier de la lactation, car elle entraîne une perte considérable de calcium; or, comme ces malades ont déjà de l'hypocalcémie, une lactation trop prolongée augmente encore cette hypocalcémie et il s'en suit une excitabilité sympathique qui les prédispose à une nouvelle poussée de tuberculose.

Il y a une dyshypophysie caractérisée par une croissance inégale portant sur les extrémités; elle se produit par petites poussées réactionnelles et il est très difficile de se rendre compte si il y a exagération ou diminution : on peut dire qu'il y a « perturbation ». Il existe une instabilité endocrinienne, qui se caractérise par de l'hypothyroïdie avec crises paroxystiques d'hyperthyroïdie relative, de telle sorte que ces malades donnent quelquefois l'impression de basedowiennes : ce sont de fausses basedowiennes avec poussées paroxystiques d'hyperthyroïdie réactionnelle à un fond d'hypothyroïdie. C'est ce qu'ont très bien vu mon excellent ami Léopold Lévy avec H. de Rotschild dans son étude sur les glandes endocrines.

Au point de vue parathyroïdien, on constate de l'hypocalcémie. Or, on sait que la tétanie, liée à l'hypocalcémie, est en rapport avec une insuffisance parathyroïdienne, qui me paraît jouer un rôle dans l'apparition de l'anxiété fréquente chez mes malades. Enfin, je croirais assez volontiers que, dans certains cas, il existe un peu d'*hyperinsulinémie*. Les malades

ont, en effet, un pancréas qui fonctionne presque trop; malgré une surcharge graisseuse relative et fréquente des membres inférieurs, elles sont maigres, mangent bien et n'engraissent pas du fait du fonctionnement trop actif du pancréas, ce qui fait qu'il y a destruction de tous les éléments à base d'hydrates de carbone, et on peut se demander si cette hyperinsulinémie ne joue pas un rôle dans les phénomènes d'anxiété, car à la suite d'injections d'insuline, même avec les insulines les plus privées de protéines, quand le sujet n'a pas pris auparavant une quantité suffisante d'hydrates de carbone, il est souvent pris d'anxiété résultant de l'hyperinsulinémie transitoire.

Cette même description se rapproche à ce point de vue des faits que mon excellent ami et collègue Gougerot a notés, il y a quelques années, quand il a décrit une forme particulière de dysendocrinie sous le nom d'hyperinsulinémie.

Zone viscérale. — Ici, il faut distinguer le versant fonctionnel du versant anatomo-pathologique.

Versant fonctionnel. — Il est en même temps ou le reflet de la cause ou en concomitance avec la cause d'une certaine partie des manifestations sympathiques qu'on constate. C'est ainsi qu'en premier lieu, dans ces perturbations viscérales, il faut placer les perturbations digestives. Chez ces malades apparaissent la boulimie ou l'anorexie, avec réduction des aliments par crainte de douleurs, entraînant l'hypo-alimentation. A un degré de plus, on peut trouver de l'anorexie mentale avec ses conséquences si graves.

De plus, il existe, avec une fréquence énorme, de la ptose, ptose gastrique, ptose côlique, avec leurs différents symptômes selon que la ptose est totale ou, ce qui est plus fréquent, au point de vue des réactions sympathiques positives, quand il y a un effondrement du côlon transverse : on a alors le syndrome de Lane.

En même temps apparaissent des spasmes intermittents et réactionnels, qui ne sont pas contradictoires avec la ptose, qui semblent se compliquer souvent d'*aérophagie* avec distension de l'estomac, lequel comprime le cœur et détermine des *crises d'anxiété*, de l'*aérocôlie*, qui, par gêne de l'abdomen et modifications de la cénesthésie résultant de cette gêne du côlon transverse et particulièrement de l'angle côlique gauche, peuvent être un point d'appel pour les interprétations délirantes.

Mais on peut trouver aussi de la ptose rénale, particulièrement du rein droit, et de la ptose génitale.

L'appareil circulatoire se manifeste surtout par un cœur anxieux, des palpitations, une anxiété cardiaque avec tachycardie. Il faut alors chercher du côté digestif ou vagosympathique. Il y a fréquence de varices et de manifestations acromégaliques.

L'appareil respiratoire doit être étudié avec soin. On note des prédispositions à la tuberculose.

Dans l'appareil urinaire, on est frappé de ce fait que les malades sont *oligopotes*, c'est-à-dire qu'en raison de leur baisse de pression, elles n'ont jamais soif, boivent extrêmement peu et ont par suite une quantité d'urine insuffisante pour éliminer tous leurs déchets. Il y a donc un élément d'intoxication résultant d'une dépuration insuffisante,

L'appareil génital mérite intérêt en raison souvent d'un certain degré d'hyperovarie et d'une vie génitale riche. Il y a aussi très souvent des perturbations caractérisées par la fréquence des pertes blanches.

La nutrition générale mérite aussi d'être étudiée, car ces malades ont très facilement des manifestations *anaphylactiques*. Je n'entre pas dans le détail des descriptions; les humeurs sont facilement floculées selon la composition alimentaire, suivant l'état humoral particulièrement lié à la disposition physique; ce qui est certain, c'est la difficulté de l'engraissement; l'instabilité pondérale et l'hypothermie, 35 à 36 degrés. Quelquefois, sous l'influence d'un surmenage, la température atteint ou dépasse 38 degrés, mais aussitôt elle retombe à 35 ou 36.

Au point de vue musculaire et cutané, on observe une diminution de la tonicité.

La peau est fragile avec tendance à l'urticaire.

Au point de vue du squelette, les malades ont facilement de la scoliose.

Versant anatomo-pathologique. — Derrière les perturbations fonctionnelles du tube digestif, il faut s'assurer qu'il n'existe pas d'ulcus, soit pylorique, soit duodénal, ou qu'il n'y a pas de diverticule duodénal ou de périviscérite. Cela a été le mérite de Carnot d'attirer l'attention sur la fréquence des périviscérites et il est certain que les adhérences jouent un rôle important dans les perturbations du transit, particulièrement dans les réactions sympathiques abdominales.

En même temps, il faut rechercher avec soin la lithiase biliaire, et il y a là un cercle vicieux entre la vagotonie et les manifestations de coliques hépatiques. Incontestablement la vagotonie, telle que la vagotonie prémenstruelle, facilite l'apparition des phénomènes, et la lithiase biliaire par la vagotonie locale, qu'elle détermine, peut jouer un rôle dans les modifications générales.

Au point de vue des altérations circulatoires, on note la fréquence du cœur en goutte, petit cœur tombant.

Au point de vue respiratoire, fréquence des manitations tuberculeuses.

Au point de vue urinaire, facilité de certaines lithiases, particulèrement de la lithiase oxalique.

Evolution. — L'évolution de ce type clinique se fait généralement par à-coups. Ce qui semble dominer c'est l'*insuffisance surrénale avec hyperovarie.*

Dans l'**étiologie**, on trouve généralement des prédispositions constitutionnelles. Les parents sont souvent goutteux, d'autre fois alcooliques ou syphilitiques. Parmi les maladies de l'enfance, il semble que la scarlatine et la diphtérie soient susceptibles, sinon de créer, du moins d'accentuer l'endocrinonévrose hypotensive.

En résumé, il s'agit d'un syndrome caractérisé par une hypercénesthésie avec hypotension artérielle et vagotonie liée à de l'insuffisance surrénale et de

l'hyperovarie avec réactions viscariantes hypophysaires et thyroïdiennes chez des personnes longiformes, scoliotiques, peu musclées, ptosiques, à cœur inquiet, vagotoniques, hyperaffectives, relativement peu émotives. Cet ensemble survient souvent à la suite de scarlatine chez des hérédo-goutteuses de famille thyroïdienne.

Le diagnostic est différent selon que prédomine dans le tableau clinique l'une ou l'autre des différentes zones que nous avons étudiées, soit diagnostic d'hystérie, soit celui de neurasthénie, d'hypocondrie de syndrome de Basedow, où il y a différentes perturbations ovariennes avec troubles surrénaux, troubles hypophysaires; soit diagnostic de ptose; voire même d'affections organiques du tube digestif.

Quand on compare le type clinique, que je me suis efforcé de dégager, aux descriptions de Lian et de Loeper, on ne peut s'empêcher de trouver une très grande ressemblance.

Le point important, et que j'ai voulu surtout souligner, c'est le point de vue pratique. Un certain nombre de sujets, rangés parmi les *asthéniques* dans un diagnostic superficiel, font partie du vaste groupe des hypotendus artériels permanents et l'analyse de leurs manifestations montre que beaucoup de ces asthéniques relèvent d'une hypotonie très remarquable de la fibre musculaire lisse, comme l'a mis en évidence Loeper, et dont j'ai naguère montré l'intérêt dans la première édition de ma *Pathologie du sympathique* (1924).

ACTUALITÉS

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'IONOTHÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE (1)

Ionisation et électrolyse. — Les opérations physiques les plus banales peuvent dissimuler longtemps une part insoupçonnée d'inconnu et ce n'est guère que depuis un siècle qu'on a pu se rendre compte que la solution aqueuse de certaines substances pouvait contenir autre chose que ce qu'on y avait introduit.

Si, en effet, on pratique des mesures cryoscopiques, tonométriques, ou osmométriques, les résultats obtenus ne donnent plus, comme il serait logique de l'escompter, un compte fidèle du nombre de molécules chimiques introduites dans la solution. Les chiffres conviendraient, au contraire, à une solution contenant un nombre de molécules supérieur à celui qui existe réellement.

La vérité est qu'à une concentration donnée de la solution correspond un dégré corrélatif de dissociation de la molécule chimique en ses atomes ou en ses groupements constitutifs; ceci pour une catégorie tout au moins de corps chimiques qui font tous partie de ce qu'on est convenu d'appeler cristalloïdes.

Ces atomes ou ces groupements constitutifs ne sont du reste pas d'emblée dans l'état chimique ni physique où on les rencontre couramment. Ici, en effet, leurs propriétés chimiques sont entièrement masquées; d'autre part, à leurs propriétés physiques habituelles s'est adjoint un état électrique différent correspondant à un état d'électrisation soit positive soit négative, selon leur nature. Ces fragments moléculaires ont été dénommés *ions*; la solution où s'est spontanément opérée cette destruction de la molécule est une solution ionisée où les ions sont établis entre eux et vis-à-vis du composé d'origine dans un état instable d'équilibre qu'il est possible de faire cesser.

C'est même grâce à la rupture de cet équilibre apparent qu'on fut mis sur la voie des phénomènes de dissociation et d'ionisation.

Depuis un certain temps, en effet, on connaissait les effets de décomposition dus au courant électrique lorsqu'on lui fait traverser les solutions conductrices de certains corps. On voyait, au niveau des électrodes empruntées par le courant, des témoignages (dépôt de substances solides, dégagements gazeux) d'une décomposition par le courant de la substance dissoute. C'est à ce phénomène qu'on avait donné le nom d'*électrolyse*; le corps dissous fut dénommé *électrolyte*. Toutes les solutions n'étaient d'ailleurs pas susceptibles de conduire le courant et de subir l'électrolyse mais principalement des composés binaires métalliques, des acides, des sels.

Une étude plus approfondie montra que ces solutions susceptibles d'être électrolysées étaient justement les mêmes qui étaient le siège de l'ionisation spontanée dont nous venons de parler.

On peut, en somme, considérer actuellement que le courant qui agit ne fait qu'orienter conformément à leurs propriétés électriques les ions libres contenus dans la solution. Comme dans l'atmosphère, les éléments affectés d'électricité de nom contraire tendent à se rapprocher, les éléments porteurs d'électricité de même nom à s'éloigner au prix du plus grand déplacement que le milieu leur permette d'effectuer. Telle est l'origine de la dénomination d'ions (ἰών allant) affectée à ces fragments moléculaires.

On distingue les cations, porteurs d'électricité positive qui s'orientent vers la cathode, les anions porteurs d'électricité négative qui rejoignent l'anode. L'étude des solutions en cours d'électrolyse fit, de plus, reconnaître, moyennant certains artifices expérimentaux que par rapport à chacune des variétés d'ions, les solutions ont cessé d'avoir une concentration homogène; que les propriétés spécifiquement chimiques des ions demeurent voilées tant que par contact avec les électrodes ils ne se sont pas dépouillés de leurs charges électriques.

Cette convection des ions au sein du milieu liquide n'est même pas interrompue si on cloisonne le bac contenant l'électrolyte au moyen d'une cloison poreuse. Ce pouvoir de déplacement des ions enfreint donc à la fois les habituelles lois d'équilibre des solutions et celles de la simple osmose. Les ions ont ainsi acquis des facultés de déplacement et de pénétration dont ne jouissent pas les atomes ni les molé-

(1) On trouvera un exposé détaillé de ces notions dans l'excellent ouvrage de DELHERM et LAQUERRIÈRE. *L'ionothérapie électrique.*

cules qui se trouvent dans d'autres conditions physiques.

Les effets sont du même ordre quoique plus délicats à analyser et à prévoir lorsque plusieurs cloisons poreuses divisent un bac en plusieurs compartiments qui peuvent contenir un même électrolyte ou plusieurs électrolytes différents. L'ion transporté peut ainsi à travers plusieurs cloisons rejoindre l'électrode à laquelle il doit aboutir.

Lorsqu'au lieu de placer sur le trajet du courant de simples solutions, on interpose un organisme animal, la complexité de l'action du courant est difficile à analyser mais on peut en schématiser les effets d'ensemble en considérant que tout se passe comme si les cellules de l'organisme formaient un nombre immense de subdivisions d'une même cuve électrolytique séparées par des cloisons poreuses; les ions cheminent à travers l'organisme de façon comparable.

En raison de l'importance du chlorure de sodium dans le milieu intérieur et de la mobilité relative par ailleurs établie des ions Cl et Na, tout se passe comme si l'électrolyse portait simplement sur une solution chlorurée et ce sont les ions Cl et Na qui se manifestent auprès des électrodes. La réalité est d'une complexité qui défie actuellement l'analyse. On ne peut que distinguer des effets topographiques du courant :

Effets interpolaires sensiblement nuls chaque cellule reprenant d'un côté ce qu'au même moment elle perd de l'autre.

Au contact même des pôles les effets varient avec les électrodes. Des électrodes humides, imbibées d'un liquide conducteur permettent aux produits de l'électrolyse de l'organisme de continuer leur chemin à travers le milieu électrolytique sans que leur présence se décèle.

Il en est autrement avec des électrodes solides, de charbon ou de métal, sur lesquels les ions viennent s'arrêter. Métaux et charbons peuvent demeurer inattaqués; les tissus au voisinage du pôle négatif se chargent de soude tandis que l'hydrogène se dégage produisant de la mousse; pour une durée ou une intensité suffisante du courant, il se produit une escharrification plus ou moins profonde, escarre molle, non adhérente, assez étendue, due à l'action des bases puis une cicatrice qui est souple, mince, peu rétractile. Au pôle positif, l'oxygène, le chlore exercent leur action antiseptique, il se produit une escarre dure, sèche adhérente, avec coagulation sanguine; la cicatrice résiduelle est épaisse, raide, non rétractile; on peut de plus observer des métallisations locales dues à l'emploi d'une électrode en métal attaquable.

Pénétration médicamenteuse. — De même que les ions provenant de l'organisme peuvent à travers un milieu humide, bain ou compresse humide, continuer leur chemin vers l'électrode métallique, *les ions provenant d'un bain ou d'une compresse humide peuvent cheminer à travers des corps organisés.*

C'est ainsi qu'à travers une pomme de terre dans une cavité de laquelle on a constitué un godet recevant en même temps une solution d'iodure de potassium et la cathode du circuit, on peut faire passer un courant et observer la coloration bleue de l'iodure d'amidon au point où l'anode s'enfonce dans la tubercule.

Ensch a réalisé une variante de cette expérience en faisant traverser au courant le corps d'une grenouille dont deux membres trempent dans un bain d'iodure de potassium recevant la cathode tandis que les deux autres voisinent dans un bain d'eau ordinaire avec l'anode entourée d'un fragment de pomme de terre. Le fragment en question se colore en bleu par la présence d'iode.

Une expérience plus complexe de Stephane Leduc est d'une conception plus directement physiologique. Une anode humide imbibée de sulfate de strychnine est appliquée sur la peau rasée d'un lapin; le courant ressort par une cathode d'eau pure à laquelle fait suite une deuxième électrode semblable appliquée à un second lapin pour qui elle représente l'anode. Le courant ressort par une cathode imbibée d'une solution de cyanure de potassium. Si l'on fait passer le courant pendant un temps suffisant, on constate que le premier animal présente bientôt les symptômes caractéristiques de l'intoxication strychnique, le second des symptômes caractéristiques de l'intoxication cyanique qui font rapidement mourir l'un et l'autre. Rien ne se produit au contraire si le courant passe en sens inverse. Les ions médicamenteux contenus dans les électrodes ont donc pénétré avec une rapidité et dans une quantité telles qu'il ne peut être question d'une simple absorption tégumentaire.

D'autres expériences ont permis de reconnaître que chaque espèce d'ions possède sa conductibilité et sa vitesse de pénétration propres, que chaque tissu, d'autre part, présente au courant sa résistance particulière. La peau est très résistante et c'est au niveau des orifices glandulaires que la résistance est la plus faible; les nerfs et le sang sont, au contraire, beaucoup moins résistants.

Bien entendu, on retrouve ici les mêmes lois d'orientation des ions que dans l'electrolyse in vitro : *métaux et alcaloïdes se portent au pôle négatif, métalloïdes et radicaux acides se portent au pôle positif.* On doit donc disposer à l'anode les solutions dont on veut faire pénétrer le métal ou l'alcaloïde, à la cathode celles dont on veut faire pénétrer le métalloïde ou le radical acide.

Il est donc théoriquement possible de réaliser, grâce au courant, un nouveau mode de pénétration médicamenteuse transcutanée et l'on pourrait en théorie, espérer l'étendre à un grand nombre de substances en même temps que faire arriver l'élément actif au contact même des organes dont on souhaite influencer les lésions et les troubles fonctionnels.

Il n'en est pas ainsi en pratique. Un certain nombre d'ions ne peuvent être employés en raison des réactions cutanées qu'ils provoquent; d'autres sont emportés par le courant sanguin et dispersés avant de pouvoir se fixer à l'endroit désiré. Le plus grand nombre, enfin, dont on sait qu'ils ne diffusent pas dans le sang n'ont jamais pu être retrouvés plus loin que la peau.

Ils y pénètrent cependant et c'est là une propriété

précieuse, car s'il faut le plus souvent renoncer à leur faire exercer une action locale directe; il n'en reste pas moins que leur accumulation au niveau de la peau d'où ils diffusent ensuite lentement peut, dans certains cas, conférer à leur action une continuité et une durée particulière, en même temps qu'un certain degré d'innocuité.

Si, lorsqu'il s'agit de traiter des lésions cutanées, l'ionothérapie électrique pénètre la barrière cutanée d'une façon dont n'approche aucun autre procédé, lorsqu'il s'agit de lésions profondes, l'action électrolytique est à l'origine d'une diffusion secondaire dont l'expérience clinique a montré l'intérêt.

Bien entendu, dans l'ionothérapie comme dans toute opération électrolytique, c'est le courant continu ou courant galvanique qui est le seul approprié, avec une puissance appropriée à la tolérance de l'organisme.

Quant à la concentration des solutions médicamenteuses, qui varie naturellement avec la substance employée, et à la puissance du courant, l'accord n'est pas encore établi entre les auteurs qui ont pratiqué ces méthodes. Une assez grande marge existe et doit du reste exister puisque, dans une certaine mesure, ces deux données sont corrélatives. Ce qui importe, en effet, c'est le nombre d'ions médicamenteux transférés de l'électrode à l'organisme et la physique a mis ce nombre sous la dépendance de la quantité d'électricité mise en jeu. La quantité d'électricité est le produit de l'intensité du courant par le temps que dure son passage. Un même nombre de coulombs transporte toujours une même fraction de la molécule-gramme de la substance considérée. Il y a donc proportionnalité vis-à-vis du poids moléculaire. Cette proportionnalité n'est en pratique que relative et ne peut que rarement être mesurée avec précision un grand nombre des variables qui interviennent ne pouvant l'être elles-mêmes. En réalité, la quantité d'ions transportée par le courant est toujours notablement inférieure à ce que prévoient les calculs.

Il faut donc, à l'heure actuelle, se baser en pratique sur les résultats physiologiques et thérapeutiques. Comme nous aurons l'occasion de le voir, plusieurs voies peuvent y mener et l'intérêt pratique de cette méthode, dont l'emploi se trouve limité à certaines indications n'en demeure pas moins très grand.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1929)

Un cas de maladie de Cruveillier-Baumgarten. — MM. Ph. PAGNIEZ et R. RIVOIRE présentent un cas de cirrhose de Cruveillier-Baumgarten, dont neuf cas seulement ont été jusqu'à présent publiés. Leur malade présente une splénomégalie considérable sans hypertrophie du foie, sans ascite, sans circulation collatérale, mais dans la région sous-typhoïdienne existe un thrill intense, se traduisant à l'auscultation par un bruit de diable, décelant la persistance de la veine ombilicale dans laquelle s'effectue une circulation active. On a décelé par l'interrogation de ce malade, comme dans presque tous les cas publiés, des antécédents paludéens. En raison de cette symptomatologie, des résultats de l'examen du sang, analogues à ceux de la maladie de Banti, on peut se demander si dans l'espèce on n'a pas affaire à une forme spéciale de maladie de Banti analogue à celle individualisée par Eppinger.

Syndrome d'oblitération artérielle des jambes à type de thrombo-angéite, observé neuf ans. — MM. P. Emile WEILL et LÉVY-FRANCKEL rapportent le cas d'un homme de quarante-sept ans qui présenta quatre mois après une phlébite de la saphène gauche, une baisse de la tension artérielle du même côté avec chute de l'index oscillométrique (3 au lieu de 5 à droite), sans autres signes cliniques. Sur ce seul symptôme le diagnostic d'endartérite oblitérante fut porté, qui se justifia en juin 1924, trois ans plus tard, par l'apparition de crampes douloureuses des deux membres. Le membre inférieur droit fut atteint à son tour en 1926. En 1927, nouvelle poussée évolutive sur le membre inférieur gauche, assez douloureuse pour nécessiter l'emploi de la morphine. L'oscillométrie employée de façon méthodique à l'examen des affections douloureuses du membre inférieur permet de reconnaître nombre de cas d'artérite qui eussent jadis passé inaperçus.

Tétanos intermittent. — MM. Ph. PAGNIEZ et R. RIVOIRE relatent l'observation d'un malade qui, à la suite d'une plaie minime d'un orteil, présenta un tétanos caractérisé par une simple raideur des membres inférieurs, assez peu accusée pour permettre la marche et passer inaperçue du malade, et des redoublements spasmodiques aussi violents que dans les formes sévères. Entre les périodes de spasme le diagnostic de tétanos aurait été impossible à envisager et on avait dès lors affaire à un véritable tétanos intermittent qui guérit complètement en quelques semaines.

Deux observations de paraplégie par localisation méningée au cours de la maladie de Hodgkin. — MM. CAIN, RACHET et HOROWITZ, rapportent deux cas, l'un concerne un homme de vingt-trois ans traité auparavant pour des adénites cervicales. Apparition rapide d'une paraplégie flasque avec réflexes augmentés, signe de Babinski en extension, atrophies musculaires, troubles sensitifs et sphinctériens.

Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

A l'autopsie, volumineuses masses ganglionnaires thoraciques et abdominales, métastases viscérales. Gros bloc dans le poumon droit au contact de lésions de tuberculose aiguë caséeuse. Tumeur de la dure-mère cervicale.

Le deuxième à trait à une femme de vingt-trois ans. Après régression radiothérapique d'adénopathies cervicales, un zona intercostal apparaît, suivi quinze jours après d'un syndrome de section totale de la moelle.

A l'autopsie, énorme masse ganglionnaire abdominale se prolongeant dans le thorax, et, par les trous de conjugaison, se reliant à une tumeur de la dure-mère dans la région dorsale.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1929)

A propos du traitement de l'épilepsie. — M. L. BABONNEIX passe en revue les traitements de l'épilepsie, d'abord par les bromures alcalins (bromure de potassium et polybromures) d'après les indications de Gilles de la Tourette; mais l'auteur est amené aux conclusions suivantes sur ledit traitement bromuré :

1° La méthode donnée par ce dernier reposait sur le signe de la pupille qui a été démontré inexact ;

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

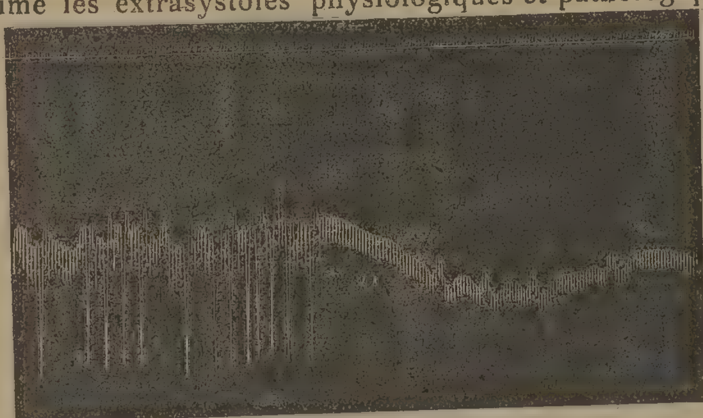
La Spartéine " Houdé "

Sulfate de Spartéine : $C_{15} H_{26} N_2, SO_4 H_2 + 5H_2 O$.
sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

2° Les doses ordonnées étaient extrêmement fortes et amenaient des accidents de bromisme;

3° La méthode ne réalise jamais qu'un effet suspensif.

Plus tard ce furent la bromuration et l'hypochloruration combinées, ou bien la méthode de la bromuration jointe à l'opothérapie thyroïdienne.

Vers 1922, les travaux de Tinel montrèrent l'avantage de l'emploi de l'hectine, traitement qui, lui aussi, n'est que suspensif. Puis l'on a employé la médication de choc, le régime cétogène, la médication acide, et enfin le traitement spécifique.

M. Babonneix préconise les barbyturates donnés seuls, sous forme de gardénal, et en détermine l'emploi comme suit:

1° Ne l'administrer que s'il n'existe pas de contre-indication (cœur, vaisseaux, reins, foie).

2° Donner d'abord une dose faible, laquelle étant bien supportée, peut monter de 5 à 30 centigrammes (doses maxima chez les adultes).

En principe pour un grand enfant : 20 centigrammes au maximum.

Pour enfants au-dessous de dix ans : 5 à 10 centigrammes.

La dose une fois déterminée, s'y maintenir pendant un certain temps et ne pas la supprimer complètement.

Le gain pondéral au cours des cures marines. — M. Barraud présente un certain nombre d'observations, d'enfants en particulier, n'obtenant pas par les méthodes habituelles une augmentation de poids alors que par les cures marines ceux-ci ont un gain pondéral marqué.

Toutefois, pour obtenir des résultats heureux, l'auteur estime que les cures marines doivent être dirigées médicalement. Entre autres règles, il signale que trente bains de mer doivent être un maximum pour une cure, et que l'on ne devra jamais dépasser dix minutes pour ceux-ci. Il estime également que pour les enfants ce sont les bords de l'Océan au-dessous de la Loire qui se trouvent être les plus favorables.

Nouveaux dérivés métalliques dus au thiopropanolsulfonate de sodium. — MM. Auguste Lumière et Félix Perrin exposent dans le présent travail un certain nombre de thiodérivés organo-métalliques, dans lesquels le métal est lié à une des valences du soufre. C'est ainsi que les auteurs réalisèrent déjà le corps connu sous le nom de cryptargol, substance se présentant sous forme de poudre jaune renfermant 35 p. 100 d'argent très soluble dans l'eau, non irritante et antiseptique (désinfection intestinale). De la même façon les auteurs ont pu obtenir un complexe aureux, l'allochrysine, contre les processus évolutifs de la tuberculose pulmonaire, contre les bacilloses chirurgicales, et certains rhumatismes chroniques.

Ils présentent deux autres complexes de la même série :

Avec le bismuth, la solution de ce corps à 5 p. 100 injecté sous la peau ou dans le muscle est bien toléré, s'absorbe rapidement et est peu toxique ; les phénomènes toxiques se produisent à 16 centigrammes de produit par kilo d'animal. Il a été peu employé cliniquement jusqu'ici, mais avec résultat satisfaisant, contre la lésion syphilitique rebelle.

Le deuxième complexe présenté est celui obtenu avec l'antimoine dont la toxicité est voisine du bismuth ci-dessus.

Ce dernier dérivé a été utilisé jusqu'à présent sur des cancéreux inopérables, comme succédané du plomb, sans aucun succès d'ailleurs, mais aussi sans aucun accident.

L'expérimentation se poursuit dans les spirilloses et les trypanosomiases.

Contribution expérimentale à l'étude de la valeur thérapeutique du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. — Mme Marie Lautier et M. R. Lautier (de Nice). Après avoir rappelé combien sont diverses les opinions des auteurs sur la valeur thérapeutique du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, Marie Lautier et R. Lautier (de Nice), tenant compte du trop grand nombre de cas où la médication salicylée se montre insuffisante ou complètement inactive, malgré les améliorations de sa posologie actuelle, concluent à la carence de la spécificité de l'action du salicylate de soude dans l'infection rhumatismale.

Ils apportent à l'appui de cette conclusion les résultats de leurs recherches originales sur l'action in vitro du salicylate de soude sur le microbe du rhumatisme dont ils ont pu, les premiers, obtenir expérimentalement les divers aspects morphologiques que l'on rencontre en clinique : forme bacillaire (Alchame), diplococcique (Wassermann, Leyden, Poynton) et streptococcique (auteurs anglo-américains) avec passage à volonté de l'une à l'autre forme.

Le salicylate de soude, ajouté aux milieux de culture dans une proportion allunt de 2g50 à 30 grammes par litre, n'a, in vitro, aucune action pratiquement microbicide vis-à-vis du microbe du rhumatisme et ne lui enlève en rien de sa vitalité.

Dans les milieux salicylés, la forme diplococcique du microbe du rhumatisme pousse activement, prend l'aspect morphologique et acquiert les caractères culturaux des souches streptococciques, qu'il est possible d'isoler du sang des malades atteints d'infection rhumatismale très grave.

LIVRES NOUVEAUX

La septicité bucco-dentaire (1), par P. Fargin-Fayolle et R. Thibault.

De tout temps fut admise la nocivité pour l'organisme de la présence d'un foyer infecté. On savait qu'il ne pouvait, sans dommages, faire les frais d'une suppuration prolongée; d'autre part la notion de la possibilité d'infection à distance du foyer principal n'est pas non plus toute récente, de même que l'affinité élective de certains microbes comme par exemple le gonocoque dont l'action sur les articulations est bien démontrée. Aussi peut-il paraître surprenant que l'on n'ait pas songé plus tôt que la cavité buccale qui, du fait de la présence des dents et des lésions multiples que subissent ces organes, était exposée plus que toute autre région à toute une série d'infections aiguës ou chroniques, pouvait jouer un rôle considérable dans la pathologie de l'organisme.

La raison en est peut-être le discrédit dans lequel étaient tenus ces organes dentaires, éloignés de la médecine par des usages aussi anciens que regrettables qui faisaient que les médecins les ignoraient et que ceux qui s'y intéressaient ignoraient la médecine. Tant et si bien que si naturel que puissent paraître les idées que nous exprimons plus haut, il fallut attendre le début du xxe siècle pour qu'elles pussent prendre corps d'abord et se répandissent, mais encore avec bien des difficultés dans les milieux médicaux. Il faut dire cependant que si les médecins français étudièrent soigneusement la question — et le nom de Tellier y demeurera attaché — la théorie de l'origine bucco-dentaire de certaines affections fut surtout en faveur en Amérique où elle se développa rapidement, trop rapidement même dans des milieux qui étaient encore trop étrangers à la médecine pour pouvoir se garder des exagérations qui suivent tout naturellement un enthousiasme irréfléchi. Il s'ensuivit que de l'autre côté de l'Atlantique, à grands renforts de statistiques établies par des cliniciens peu ou point avertis, presque toute la pathologie fut mise sur le compte de la septicité bucco-dentaire; que des praticiens suivant aveuglément ces statistiques sans essayer de les raisonner, se retranchaient systématiquement derrière la possibilité d'une lésion bucco-dentaire; que sa suppression leur paraissait devoir être effectuée préalablement

(1) Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin.

DRAINAGE BILIAIRE-INTESTINAL

JÉCOL

COMBRETUM — BOLDO — EVONYMINE

FORMULER : Prendre à la fin de chaque repas, 1 ou 2 cachets

3, rue Watteau, Courbevoie, Seine.

VACCINATION EN NAPPE PAR VOIE BUCCALE

Les Laboratoires Lecoq et Ferrand
54, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris

vous présentent

LES ENTÉROPRAXINES

ABRY

Formuler
- C = Colibacilles
- CS = Colibacilles-staphylocoques
- CSE = Colibacilles-staphylocoques-entérocoques

De Trouette-Perret

l'Aphloïne — Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la Nisaméline (Guaco) — Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies

la Papaïne — Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

R C 54.002 Seine.

LIPOIDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES

GYNOCRINOL — Contient l'hormone folliculaire

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE. AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.

ANDROCRINOL — Contient l'hormone orchitique

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS AGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.

LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

à tout examen général : toute dent suspecte était inexorablement sacrifiée et il y eut, de ces organes, une hécatombe sans précédent et telle que pour y satisfaire il fallut que s'organisât une branche spéciale parmi les dentistes, celle des *exodontists* qui se cantonnaient exclusivement dans les extractions, en somme en bon français des arracheurs de dents.

Il n'est rien de tel pour déconsidérer une méthode et des recherches que de semblables exagérations. Aussi fut-ce très lentement et très péniblement que la question de la septicité bucco-dentaire parvint en France à retenir l'attention des médecins.

Cependant, depuis quelques années, les travaux se sont multipliés dans les divers pays et ces travaux surprennent par leurs résultats un peu inattendus tous ceux dont l'esprit ne s'était pas arrêté sur cette possibilité particulière d'infection de l'organisme. Il est bien certain cependant qu'ils ne sont pas surprenants pour tous ceux qui réfléchissent tant soit peu à la question et qui ouvrent les yeux sur des faits qu'ils avaient jusqu'alors négligés.

Rien n'est fréquent comme la carie dentaire, et ses complications créent des foyers d'infection qui souvent sont sans éclat, et demeurent indéfiniment, distillant par les voies sanguines et lymphatiques une septicité qui ou bien sera élective pour certains organes, ou bien sera susceptible de créer un foyer secondaire au niveau d'un organe momentanément ou définitivement déficient. Très fréquente aussi est la pyorrhée alvéolaire qui peut procéder certainement de même manière mais aussi déverse dans les voies digestives et respiratoires des flots perpétuels de pus dont l'absorption ne peut être sans inconvénients. Aussi les observations se multiplient, se rapportant à la plupart des organes, établissant de plus en plus nettement les relations de cause à effet confirmées par les heureux résultats d'une thérapeutique appropriée. Mais tous ces travaux étaient épars, connus des seuls initiés : pour les répandre il était indispensable de les condenser en une revue d'ensemble qui fût susceptible d'attirer l'attention des praticiens sur les possibilités nouvelles que leur ouvrait cette notion de la septicité bucco-dentaire. Les docteurs Fargin-Fayolle et Thibault viennent de publier en un petit livre clair et précis, en cliniciens avertis qu'ils sont, tout ce qu'il faut savoir actuellement de la question. Cette mise au point judicieuse rendra certainement les plus grands services aux médecins, facilitera la diffusion des notions acquises et déterminera sûrement l'éclosion de travaux sur une échelle beaucoup plus vaste dont les résultats, à parcourir leur ouvrage et à envisager les possibilités qu'ils suggèrent, apparaissent bien incalculables.

A. HERPIN.

La génération humaine. Les secrets de la vie (1),
par le docteur G. MOZY.

Depuis Montaigne qui se demandait ce que l'action génitale a fait aux hommes pour qu'on l'exclut « des propos sérieux et réglés », nos idées ont un peu évolué. Nous osons parler de la sexualité, mais combien timidement! Et que d'idées fausses encore, dans le public, sur ces questions. C'est pour dissiper cette ignorance, pour éviter les suites désastreuses des erreurs sexuelles, pour montrer que la génération est une fonction aussi digne d'être étudiée que les autres, que le doc-

(1) Un volume de la *Bibliothèque de sexuologie*, in-12, 11 fig. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François,

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de *Théosalvose*

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16.. Seine.

TRAITEMENT NOUVEAU DES STAPHYLOCOCCIES

Staphylothanol

A BASE D'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
AMPOULES DE 2 CC

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

Contre les MALADIES DE LA PEAU et les ENGELURES

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique.
pommade à 2 % — — }

Contre les HÉMORROÏDES :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES :
BANDES LIPOLÉES à 25 % d'acide élaïérinique

LABORATOIRE DES FLANDRES, 10, rue des Fleurs, Ronchin (NORD). — R. C. Lille 28 728

CAMPHYDRYL ROBIN

Dérivé camphré en solution aqueuse - Solution à 5 %

TOUTES APPLICATIONS DU CAMPHRE, DE L'HUILE ET DE L'ALCOOL CAMPHRÉS

ÉTATS DE SHOCK — TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES — CRISES RESPIRATOIRES — INFECTIONS GRIPPALES
PNEUMONIES - EMPOISONNEMENTS PAR LES GAZ - ANTISEPTIE DES PLAIES ET DES MUQUEUSES - PRURITS DIVERS

INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES ABSORPTION IMMÉDIATE - INDOLORE - ABSENCE DE VISCOSITÉ INJECTIONS SOUS TOUTES FORMES

PARIS - LABORATOIRES ROBIN - 13, RUE DE POISSY - PARIS

Lactolaxine
FYDAU

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets

1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE

dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Littérature et Echantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PARIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE PHOSPHORÉ ET CALCIQUE INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES

AMPOULES Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.

COMPRIMÉS 1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.

GRANULÉ 1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas

COMPRIMÉS-CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

teur G. Mozy a entrepris, sous le titre de *Bibliothèque de sexuologie*, la publication d'une série de petits volumes de vulgarisation, où, sans étalage scientifique, mais avec la note médicale qui convient à ce genre de publications, sera exposé ce que l'on doit savoir aujourd'hui sur la sexualité.

« La fonction sexuelle, disait Amiel, est la plus terrible des redevances que nous ait imposées la nature » ; mieux connue, et les petits livres du docteur Mozy y contribueront, elle deviendra sans dommage pour l'individu comme pour l'espèce.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU PYLORE [1]

FORMES CLINIQUES

A. **Formes symptomatiques.** — Nous citerons :

— Le **cancer douloureux** pur, qui peut faire penser à des crises gastriques du tabes.

— Le **cancer latent**, qui se révèle par :

Une *anémie*,

Des *œdèmes*,

Ou un *ictère* (métastase hépatique ou compression ganglionnaire des voies biliaires).

— Le **cancer sténosant** rapide, rare, qui peut en imposer pour une sténose ulcéreuse à type spasmodique, surtout chez des sujets relativement jeunes.

B. **Formes anatomiques.** — **Cancer avec incontinence pylorique.** — Il est assez important et se présente sous un aspect particulier.

Cliniquement il y a peu de douleurs, pas de vomissements, mais une lientérie abondante.

Radiologiquement on trouve un estomac petit, rétracté, fixé; un pylore incontinent très rapidement franchi par le repas opaque.

Cette forme est souvent réalisée par un cancer infiltrant (*linite plastique*).

— **Cancer juxtapylorique.** — Le syndrome pylorique apparaît secondairement.

— Enfin, nous citerons le squirrhe, la linite plastique qui auraient une évolution relativement prolongée.

— Le **cancer secondaire** à un ulcère gastrique (ulcéro-cancer) constitue une forme très spéciale d'un diagnostic très délicat basé sur des nuances cliniques. Sa fréquence est d'ailleurs très discutée.

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas à nouveau sur les difficultés et l'importance du *diagnostic précoce* du cancer du pylore. Nous rappellerons simplement la valeur des hémorragies, de l'examen radiologique.

Il est d'ailleurs rare de pouvoir faire accepter à ce « dyspeptique » banal ou à cet anémique la laparotomie qui s'impose au moindre doute.

A la période de début, il faudra éliminer toutes

[1] Fin. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1929, n°s 99, p. 1790, et 101, p. 1834.

LAIT ALLÉGÉ
" DIETICUS "
Pauvre en matières grasses.
Aux albumines réduites et floculées
UN FLACON POUR UNE JOURNÉE DE DIÈTE
LES LAITAGES DIÉTÉTIQUES
J. TERRASSE, Pharmacien

LE LACTO-SÉRUM
"GALAZÈNE"
Stimule les Parenchymes
Accroît les Eliminations
Assainit le tube digestif
Grande Cure
3 flacons dans la matinée
Cure de Régime
1 flacon chaque matin

PURGATIF LACTÉ
"BRÉVANYL"
Purgation douce hépato-duodénale.
GRANDE PURGATION
5 cachets.
LAXATIF
1 cachet.
15, quai de Bourbon
PARIS (IVe)
Téléphone : Danton 80-60



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Carnets de cinq billets d'aller et retour ordinaires. — Dans le but de donner une nouvelle facilité aux voyageurs appelés à faire fréquemment le trajet entre Paris et certaines localités de la banlieue parisienne et vice versa, la Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée vient de mettre en vente, indépendamment des carnets de 10 billets d'aller et retour ordinaires, de toutes classes, déjà en usage, des carnets de 5 billets d'aller et retour, dans chacune des gares ci-après :

Paris, Charenton, Maisons-Alfort-Alfortville, Villeneuve-Saint-Georges, Montgeron-Crosne, Brunoy, Fontainebleau-Avon, Melun, Montereau, Sens, Draveil-Vigneux, Juvisy, Corbeil-Essonnes, Montargis.

Les voyageurs apprécieront certainement cette mesure nouvelle qui, en leur donnant le moyen de se munir à l'avance de cinq billets d'aller et retour, les dispensera de passer, à chaque voyage, aux guichets de distribution des billets.

---

les affections dyspeptiques sans retentissement pylorique :

— Gastrites simples hyperchloriques;
— Gastrite éthylique;
— Gastrite urémique,

dans lesquelles les hémorragies sont exceptionnelles. L'idée de néoplasme doit donc être toujours présente à l'esprit surtout lorsqu'il s'agit de sujets âgés, et d'une gastrite rebelle aux moyens habituels.

A la période d'état, le diagnostic le plus important de beaucoup est l'*ulcère du pylore*.

Schématiquement les deux affections s'opposent :

— L'ulcère est une affection des jeunes;
— Il est beaucoup plus douloureux que le cancer;
— L'hématémèse rouge, abondante, est plus fréquente;
— La distension gastrique est plus marquée;
— Les phénomènes spasmodiques sont de règle, de même que l'hyperchlorhydrie;
— Il n'y a jamais d'image lacunaire, d'hémorragies continues.

Enfin, l'évolution est irrégulière, paroxystique. Elle n'altère que momentanément l'état général, au moment des poussées.

Mais, en pratique, tous ces signes sont inconstants; et, de plus, il existe des formes d'*ulcère vieilli* qui réalisent des types intermédiaires.

L'*ulcère calleux* avec périgastrite, fréquent au niveau du pylore, s'accompagne souvent d'atteinte de l'état général, et, localement, d'une induration étendue et d'une fixité de l'estomac qui peuvent en imposer pour du cancer. Ajoutons que l'hémorragie peut être moins discontinue, qu'il peut apparaître une pseudo-image lacunaire. Le diagnostic est donc très délicat.

De cette forme il faut rapprocher l' « *ulcéro-cancer* » classique, ou cancer secondaire à un ulcère. Cliniquement il est très difficile à différencier d'un ulcère invétéré. Mais son existence, même histologique, n'est plus admise actuellement par tous les auteurs.

D'autres diagnostics moins importants sont à envisager :

— La *syphilis gastrique*, affection rare, évoluant sur un terrain spécifique dont témoigneront les réactions sérologiques et l'examen général.

— Surtout les *sténoses pyloriques d'origine extrinsèque*. Elles sont liées, soit à des compressions de voisinage (tumeur du foie ou de la vésicule), soit à une sténose pylorique d'origine biliaire; elle est toujours peu serrée, spasmodique. On en fera la preuve par l'étude des antécédents de lithiase, les résultats du tubage gastrique et de la radiologie.

Quoi qu'il en soit, une sténose pylorique avec atonie gastrique rapide, mais sans grande dilatation, devra donc toujours faire soupçonner un cancer. Elle devra faire rechercher le *sang dans les selles* et pratiquer une *radioscopie*. Le diagnostic doit être posé très précocement, avant l'apparition des signes de la période d'état. On sera toujours autorisé à aller chercher une confirmation par une *intervention exploratrice*, sous anesthésie locale. C'est dans ce cas que l'on pourra trouver parfois des lésions jeunes susceptibles d'une exérèse efficace.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC | INTESTIN

DYSPEPSIE — ENTÉRITE
GASTRALGIE — *CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[d] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

CURE DE **DIURESE**

EVIAN SOURCE **CACHAT**

VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

LIPIODOL

du Dr LAFAY
0.gr. 54 d'iode par cm.3
69, Rue de Provence, PARIS IXe

R. C., 225.781 B

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

BIOSINE
LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
LE PLUS COMPLET des Reconstituants et des Toniques de l'organisme
SON ACTION s'opère sur les systèmes nerveux, osseux et sanguins, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.
CONVIENT à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation.
LE PERDRIEL - PARIS 11 Rue Milton (9e)

C. R., 44.342, Seine.

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME



Tout Déprimé, tout Surmené
Tout Cérébral, tout Intellectuel
Tout Convalescent, tout Neurasthénique
est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.
GRAND PRIX Strasbourg 1923. 6, Rue Abel, PARIS (12e)

ANTISEPTIQUE — — DÉSINFECTANT

LUSOFORME

FORMOL SAPONINÉ
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
CHIRURGIE d'accidents

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
CONSTIPATION HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS. 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN — Leishmanioses · Trypanosomiases
Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"
(QUINIO BISMUTH)
"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

R.C Seine 333.204

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

Indolore — Incolore — Propre
Injection facile

DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES



ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE — PARIS (3e)

Dragée ADRIAN
au Chlorure de Magnésium
préventive des néoplasmes



Dragées dosées à 0 gr. 121
de Chlorure de Magnésium anhydre
correspondant à 0 gr. 259 de Chlorure de Magnésium cristallisé.

N° 104. — SAMEDI 28 DECEMBRE 1929. 102e ANNÉE. SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1929. — N° 104.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Gourdon et Weyl.

Internes provisoires : MM. Philippe et Baqué.

Questions traitées. — Epreuves écrites : *A.* Anatomie des voies biliaires extrahépatiques. — *B.* Signes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë de l'adolescent. — *C.* Signes et diagnostic de la tuberculose rénale.

Epreuves orales : *A.* Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. — *B.* Présentation du siège. — *C.* Rétention d'urine chez l'homme.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Il est créé, pour une période de neuf ans, à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, un emploi d'agrégé sans enseignement, affecté à l'urologie (emploi d'université).

La dépense sera couverte au moyen d'un fonds de concours versé au Trésor par M. Férier, industriel à Lyon.

Dans le cas où le versement cesserait d'être effectué, l'emploi d'agrégé serait supprimé.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTROLOGISTES ET RADIOLOGISTES. — A la suite de l'assemblée générale des 12 novembre et 10 décembre 1929, le bureau du Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes a été ainsi constitué pour l'exercice 1930 :

Président : docteur Bourguignon; vice-présidents : docteurs Gauduchau et Specklin (province); Haret et Dariaux (Seine); secrétaire général : docteur Moutard; secrétaire adjoint : docteur Leullier; trésorier : docteur Gilson.

Pour renseignements et correspondance s'adresser au docteur Moutard, 13, rue Montaigne, Paris (VIIIe).

Pour envoi de fonds s'adresser au docteur Gilson, 11, avenue Constant-Coquelin, Paris (XVIe). Compte chèques postaux 652-87.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES MÉDECINS MUTILÉS ET PENSIONNÉS DE GUERRE. — L'assemblée générale annuelle a eu lieu, sous la présidence du docteur Hornus, le 15 décembre 1929 au restaurant Marguery, suivie d'un banquet présidé par M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre; M. le ministre des Pensions (docteur Gallet) étant représenté par M. Bougrat.

Après audition du rapport moral du docteur Lièvre-Brizard, secrétaire général, et du rapport financier très satisfaisant du trésorier docteur Jouve, diverses questions à l'ordre du jour furent discutées. Un vœu est émis tendant à faire insérer par le Parlement dans la loi un article sur l'emploi obligatoire des médecins mutilés et pensionnés.

Sur intervention du docteur Jamart, il est constitué une commission des loyers chargée avec l'assistance de Me Bertrand, avocat-conseil de l'Association, de toute intervention utile.

A la demande du docteur Lévy, la question de la situation faite aux médecins experts des centres de réforme est mise à l'étude aux fins d'intervention ultérieure.

A l'unanimité, l'assemblée décide l'affiliation de l'Association à la Confédération nationale des mutilés et victimes de la guerre.

L'assemblée manifeste enfin le regret qu'une division puisse exister entre les différents groupements de médecins mobilisés et souhaite qu'une entente prochaine permette dans un élan commun la poursuite et l'aboutissement de toutes leurs revendications.

Après réception de MM. Paul Strauss, Bougrat, docteur Debat (bienfaiteur de l'Association), un banquet fort réussi groupe les nombreux convives.

Au champagne une remarquable allocution est prononcée par le président docteur Hornus à laquelle répondent en des termes élevés M. Bougrat au nom de M. le ministre des Pen-

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

sions, et M. le ministre Strauss qui assurent une fois de plus le Corps médical et en particulier les victimes de la guerre de toute leur sollicitude.

Les membres présents se séparent plus tard, après que d'importantes décisions ont été prises pour le plus grand bien à venir de tous les médecins de la grande guerre.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois, chef du service d'oto-rhino-laryngologie et le docteur Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, commenceront, le lundi 13 janvier 1930, une série de 15 leçons sur la séméiologie des maladies de l'oreille.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 10 heures et comprendra : 1° une consultation expliquée avec examen de malades et pratique de technique spéciale; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire au Service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec, auprès de M. Huet, assistant du Service.

Droit d'inscription : 150 fr.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MÉDAILLON DU PROFESSEUR J.-A. SICARD

Toi qui fis la mémoire, est-ce pour qu'on oublie?

LAMARTINE, *La vigne et la maison.*

Une grande salle d'hôpital, aux murs vert clair. Sur l'un d'eux, un médaillon portant le nom de J.-A. SICARD et, en exergue, ces simples mots, jaillis du cœur de son ami, M. le professeur DUMAS : « Il fut le médecin de la douleur. » Autour d'une famille en deuil, tous les élèves du maître trop tôt disparu, de nombreuses notabilités parisiennes, parmi lesquelles nous avons noté MM. Apert, Auvray, Babinski, René Bénard, Bouquet, Couvelaire, Crouzon, Donzelot, Dopter, Dupuy-Dutemps, Gosset, Legueu, Lemaître, Lesné, Lévi-Valensi, Marfan, Louis Martin, de Massary, Merklen, Rist, Rouvillois, Rouy, Sergent, F. Terrien, Vaquez; les provinciaux qui, aux heures heureuses de jadis, préparèrent avec lui l'agrégation et qui, tous, sont arrivés, dans leurs villes respectives, aux plus hautes situations : MM. les professeurs Etienne Martin (de Lyon), Raviart (de Lille), Rimbaud (de Montpellier), H. Roger (de Marseille); Marañon (de Madrid). De nombreux « profanes » : serviteurs reconnaissants, infirmières dont les visages émus montrent assez quel souvenir elles ont gardé de celui qui, de si longues années, leur dispensa les trésors de ses bontés, et aussi, et surtout, désespérés qui, après avoir tout essayé sans succès, songeaient au suicide, et auxquels par ses médications, et plus encore, par ses affectueuses paroles et par son optimisme impénitent, il a rendu l'espérance et redonné le goût de vivre.

*
* *

Successivement, MM. Haguenau, au nom des organisateurs, Descomps, au nom des élèves, Etienne Martin, au nom des amis, Babonneix et Bezançon, présidents, celui-ci de la Société médicale des hôpitaux de Paris, celui-là de la Société de neurologie, Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, Mourier, directeur de l'Assistance publique, prennent la parole. Ils célèbrent à l'envi les qualités de Sicard, sa splendide intelligence toute baignée d'infini, toute bruissante de pensées, toute vibrante d'inspiration créatrice, sa puissance de travail, son affection filiale pour ses maîtres, son dévouement aux amis. Ils retracent les étapes de cette carrière qu'étaient venus, de si bonne heure, dorer les rayons de la gloire. N'a-t-il point à son actif trois découvertes : *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde* (en collaboration avec le professeur Widal); *injections sous-arachnoïdiennes*, dont un des orateurs a pu dire qu'elles contenaient en germe la sérothérapie intrarachidienne et la rachicocaïnisation; *lipiodolo-diagnostic* qui, si aisément, permet de repérer les tumeurs intrarachidiennes et qui, grâce à la simplicité de sa technique, a bientôt été appliqué à l'exploration de la plupart des cavités de l'organisme? N'a-t-il pas, entre temps et comme en se jouant, fixé les caractères du liquide céphalo-rachidien, donné des névralgies la plus ingénieuse des interprétations, décrit les séquelles propres à l'encéphalite léthargique, fourni une importante contribution à la neurologie de guerre, rénové la pathologie vertébrale? Ils prennent enfin l'engagement d'acquitter les dettes que tous, collègues, amis, élèves, malades, ont contractées envers lui. A ceux qui l'ont connu de garder fidèlement sa mémoire! A eux d'entretenir la flamme du souvenir!

*
* *

La cérémonie est terminée. Il ne reste plus aux assistants qu'à venir s'incliner devant celle qui porte avec tant de dignité un nom illustre, et à se retirer, non sans avoir jeté un dernier regard au médaillon, œuvre du sculpteur Morlon. Heureux qui, comme J.-A. Sicard, a su éveiller, autour de lui, un tel frémissement d'âmes! Heureux qui a mis au service de la souffrance toute son intelligence et tout son cœur! Heureux celui qui a été, toujours et partout, la providence des malheureux, car « rien ne peut empêcher désormais qu'ils n'aient été la gloire de sa vie et qu'ils ne soient sa couronne dans l'éternité! »

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 8 janvier. — Jury : MM. Lemierre, président; Ombrédanne, Clerc et Lemaître. — M. DROUET. Etude de l'électrocardiogramme au cours du pneumothorax artificiel. — M. SOLIGNAC. Etude des phénomènes de photo-sensibilisation chez les bactéries. — M. MAGDELEINE. Manifestations orbito-oculaires aiguës des ethmoïdites.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Loeper, président; Champy, Bresson, Coquot, Maignon et Robin. — M. RAPIN. Sur certains efforts de la région sus-carpienne chez le cheval. — M. TIRTAINE. Emploi de l'atropine dans le traitement des coliques chez le cheval.

Jeudi 9 janvier. — Jury : MM. Ménétrier, président; Lejars, Tanon et Basset. — M. POLAC. Etude du traitement des varices volumineuses du membre inférieur. — M. TUBIANA. Etude de la nécrobiose des fibromes utérins. — M. DESNOT. Le problème des cimetières dans la société actuelle.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry et Robin. — M. VALADE. La cysticocose bovine en Syrie.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OXYGÉNATION DE L'ORGANISME Anémies, Dyspepsies MANGAÏNE TABLETTES à base de PEROXYDE de MANGANÈSE 4 à 6 tablettes par jour
Pharmacie SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, Paris.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, Eczémas, Brûlures, etc.

LENIFORME

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

Le plus puissant des Hémostatiques utérins - Inhibiteur du sympathique

AMPOULES	COMPRIMÉS	GOUTTES
1/2 à 1	1 à 2, trois fois par jour.	XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS-10e
M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe.
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

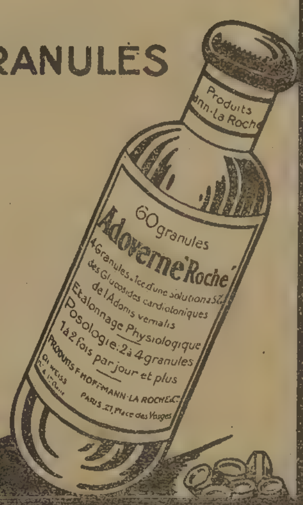
ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES



Propriétés { Cardiotonique, Diurétique, Eupnéique, Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 „
AMPOULES : 0.02 „
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
R. C., 39.868, Seine. PARIS

ANDROCRINOL
CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE
LIPOÏDE TESTICULAIRE
MÉDICATION OPO-PHOSPHATÉE

MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE
FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS
ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE

POSOLOGIE :
par la bouche :
6 à 8 PILULES PAR JOUR
par voie hypodermique :
UNE INJECTION JOURNALIÈRE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

LE PANSEMENT GASTRIQUE
au Sous-Nitrate de Bismuth
RÉALISÉ AU MOYEN DU

BISMUTH TULASNE

Préconisé dès 1910, par G. LION, médecin en chef de la Pitié, et préparé sur ses indications par A. TULASNE, son chef de Laboratoire, de façon à ne titrer que 7 % d'acidité.

« Si l'on met en contact du suc gastrique et du sous-nitrate de bismuth on voit toutes les « valeurs du suc gastrique tomber à o et l'Hcl, lui, disparaît constamment.

« L'Hcl s'est fixé sur le bismuth et s'est précipité sous forme d'un sel *insoluble* qui continue « à exercer une action protectrice sur la muqueuse. C'est là un point capital qui différencie nette- « ment le sous-nitrate des autres poudres dites absorbantes, lesquelles sont dissoutes par le suc « gastrique. »

(Travaux du Docteur G. Lion et de A. Tulasne, à la Pitié).

« Nos recherches nous permettent de conclure que le sous-nitrate de bismuth n'agit que « d'une façon indirecte dans les diverses affections gastriques où il donne des résultats si remar- « quables cliniquement. Il ne fait que provoquer la mise en activité du processus normal de « défense de la muqueuse gastrique, la sécrétion de mucus. »

(Travaux du Professeur Surmont et de A. Dubus, de Lille).

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

LABORATOIRES BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes, PARIS

ATÉLECTASIE PULMONAIRE POST-OPÉRATOIRE TARDIVE

Par R. SIMON,
Agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les cas d'atélectasie post-opératoire publiés en France sont aujourd'hui encore fort rares : personnellement je ne connais que les observations de Cotte et Savy, de Tixier et de Mocquot; mais je suis persuadé qu'ils seront plus nombreux au fur et à mesure que cette complication sera mieux connue, car, d'après les auteurs anglo-américains, si cette affection n'est pas très fréquente, elle est loin d'être exceptionnelle. En tout cas, elle est extrêmement intéressante, tant au point de vue clinique que physio-pathologique et elle mérite de retenir toute l'attention des chirurgiens.

Aussi je crois utile de publier l'observation suivante que je viens de recueillir.

Observation. — M. S..., soixante-treize ans, est opéré le 13 novembre 1929, de gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay sous anesthésie locale pour sténose pylorique due à un cancer inopérable du pylore avec propagation à la petite courbure. La paroi a été fermée en un plan au fil de bronze; quelques sutures cutanées à la soie entre les sutures métalliques.

Les suites opératoires immédiates furent excellentes. Le lendemain de l'intervention, le malade avait déjà des gaz et commençait à boire quelques verres à liqueur d'eau sucrée, le surlendemain, l'alimentation par la bouche était reprise.

La température axillaire qui était montée le deuxième jour à 37°5 est dès le troisième jour normale, et dès lors oscille entre 36°2 et 36°8.

Le malade a eu des gaz dès le lendemain de l'opération et une selle le troisième jour, mais ensuite, tandis que les gaz continuent à s'évacuer, il n'y a plus de selles.

Ablation des fils de soie et purgation légère (deux grains de Vals) le huitième jour.

Le neuvième jour, 22 novembre, au soir, le malade se plaint d'éprouver brusquement une très vive douleur sous le rebord costal droit. Cette douleur s'accompagne d'une certaine difficulté pour remuer le bras droit.

La température est un peu plus élevée : 37°3. Le pouls bien frappé est régulier à 88; la respiration calme, mais superficielle.

Le malade s'avoue fatigué, sa voix est un peu voilée. Il se plaint de sécheresse de la bouche, sa langue est d'un rouge intense. Il a eu deux selles très abondantes. Le ventre est souple partout.

Il passe une nuit très agitée.

Le lendemain, la douleur persiste, mais le bras droit est moins gêné.

La température s'élève, le soir, à 39°2. Le pouls est à 88. La respiration est calme, mais toujours superficielle.

Je ne constate rien d'anormal du côté abdominal.

Craignant, malgré l'absence de dyspnée et de toux, une complication pulmonaire, je fais asseoir le malade pour l'examiner.

Le côté droit du thorax respire moins que le gauche, Toute la hauteur du poumon droit; en arrière, présente une matité de bois à la percussion. Le silence respiratoire est absolu de ce côté : abolition du murmure vésiculaire, pas de râles, pas de souffles, un peu d'aegophonie et de pectoriloquie aphone au sommet. A gauche, sonorité et respiration normale.

Hypersonorité en avant sous la clavicule droite et matité à partir du troisième espace intercostal. A gauche, sonorité partout : disparition de la matité cardiaque.

On ne perçoit plus les battements du cœur. Le maximum des bruits du cœur s'entend sur le sternum.

Devant ce tableau si spécial, je pense à l'atélectasie pulmonaire.

Je prescris huit ventouses dont quatre scarifiées en arrière et à droite, un peu de liqueur ammoniacale anisée et deux fois, VIII gouttes de digitaline au millième, dans la journée.

Le lendemain matin, dimanche, le malade se déclare soulagé. Il a eu pendant la nuit, une très forte transpiration, après laquelle il a pu reposer.

Il se sent guéri et ne souffre plus que très légèrement sous le rebord costal droit. La température est tombée à 36°8, le pouls est calme à 60. La respiration paraît plus ample. La voix est forte. Par contre, l'état objectif des poumons est sensiblement le même que la veille.

Le soir, même état.

Le lundi matin, 25 novembre, excellent état général. Très légère sensation douloureuse sous le rebord costal droit. Encore un peu de matité à la base droite en arrière, mais le murmure vésiculaire s'entend jusqu'en bas. En avant, la zone de matité cardiaque est de nouveau normale.

Le 26 novembre, la guérison est complète.

Il me semble hors de doute qu'il s'est bien agi d'atélectasie pulmonaire.

D'après les publications américaines, les signes cliniques ne sont pas toujours aussi nets, et l'on comprend que parfois le diagnostic puisse être assez difficile avec une bronchopneumonie ou un infarctus. Mais ici, le diagnostic était évident. Aucune maladie ne donne un syndrome semblable.

Cependant, cette observation présente quelques particularités intéressantes.

Tout d'abord, il est exceptionnel de voir l'atélectasie survenir dix jours après une opération; elle est en général, beaucoup plus précoce et se manifeste vingt-quatre à quarante-huit heures après l'intervention. D'autre part, tandis que, fréquemment, les symptômes fonctionnels (dyspnée et cyanose), sont alarmants, ici, ces symptômes étaient très réduits et contrastaient avec l'intensité des signes physiques.

Enfin la guérison s'est produite rapidement : à la suite d'une véritable crise caractérisée par une forte transpiration, le malade s'est senti brusquement rétabli, la température et le pouls sont revenus d'un coup à la normale.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de cette affection et bien des hypothèses ont été émises pour expliquer sa genèse; celles de l'insuffisance de la ventilation pulmonaire et de l'obstruction bronchique semblent reposer sur des faits précis.

Mais ici, j'avoue que rien ne me permet de les invoquer.

Le malade, depuis le soir de son opération jusqu'au début de la complication, s'exerçait à respirer très profondément et à aucun moment n'avait éprouvé la moindre gêne pulmonaire. Il ne présentait non plus aucun signe de catarrhe des voies aériennes. Il ne toussait pas, n'expectorait pas et c'est tout au plus si après la crise qui a brusquement terminé sa maladie il a eu quelques petites

quintes de toux et a expectoré quelques crachats muqueux.

Aussi dans ce cas particulier, l'hypothèse d'une ventilation pulmonaire insuffisante ou d'une obstruction mécanique des bronches par des mucosités ne me paraît pas soutenable.

De même, je ne crois pas qu'il ait pu s'agir d'une perturbation vaso-motrice, d'une congestion active du poumon droit. Cette congestion aurait certainement déterminé une exsudation alvéolaire; or, la toux et l'expectoration ont été des plus minimes.

Bien plus séduisante me paraît l'hypothèse d'un trouble nerveux réflexe qui aurait déclanché la fermeture spasmodique des canaux aériens.

La réalité de l'occlusion des bronches par un spasme des muscles de Reissessen n'a jamais été prouvée, il est vrai, et il paraît même à première vue peu probable que la contraction des muscles de Reissessen puisse occlure entièrement les bronches.

Par contre, ce spasme occlusif peut très bien se produire beaucoup plus bas, non plus sur les bronchioles mais au niveau du canal alvéolaire en ce point où, récemment, de nombreux histologistes (Dubreuil, Baltisberger, Vandendorpe) ont mis en évidence une sorte de véritable sphincter lisse qui, Dubreuil l'a montré, peut par sa contraction fermer entièrement le canal alvéolaire.

Il est pour moi des plus probables que c'est là et non au niveau des muscles de Reissessen que, dans l'atélectasie pulmonaire, se produit le spasme occlusif à la suite duquel l'air intraalvéolaire se trouve résorbé. Il ne faudrait donc pas parler de spasme bronchique mais bien de spasme du canal alvéolaire.

Resterait à déterminer la cause de ce spasme. Nos connaissances sur l'innervation pulmonaire sont encore trop imprécises pour nous permettre une opinion ferme sur ce point.

Mais il est très plausible qu'une excitation abdominale dans le territoire du pneumogastrique puisse se réfléchir au niveau du poumon, soit par le sympathique, soit même par le pneumogastrique.

Peut-être la vive irritation intestinale déterminée par la purgation de mon malade a-t-elle été le point de départ du réflexe bronchique.

C'est là une pure hypothèse, mais elle me paraît la seule qui, actuellement, puisse nous donner une idée du mécanisme de l'atélectasie réalisée ici.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1929)

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Vialleton (de Montpellier) correspondant national.

Les assurances sociales. — Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. HAYEM, PINARD, STRAUSS, CHAUFFARD et BALTHAZARD, l'Académie adopte le vœu suivant de M. Balthazard.

« L'Académie, impressionnée par les critiques qui ont été apportées à sa tribune et forte des enseignements tirés de l'application de la loi sur les assurances sociales en Allemagne, en Alsace et en Lorraine, émet le vœu :

Que le gouvernement et le parlement, avis pris des médecins, apportent à la loi les rectificatifs indispensables pour :

1° Empêcher les abus;

2° Maintenir l'exercice de la médecine dans le cadre traditionnel français;

3° Assurer le respect des intérêts de la recherche scientifique et les droits de l'enseignement universitaire et hospitalier. »

Présence du spirille de la fièvre récurrente (Sp. duttoni) dans le cerveau des animaux immuns. — MM. LEVADITI, ANDERSON, SELBIE et SCHOEN montrent que le névraxe des animaux ayant acquis l'immunité à la suite d'une infection expérimentale par le *Sp. duttoni*, continue à être virulent, alors que ni le sang ni les autres organes ne sont capables de transmettre la maladie à des sujets neufs. Sous quelle forme le virus se trouve-t-il dans l'encéphale de ces animaux? Les auteurs ont réussi à mettre en évidence dans le cerveau des rats, de formes spirillaires typiques; les parasites étaient répandus dans le parenchyme cérébral, de préférence dans la corticalité. Le fait que ce phénomène n'est pas constant, laisse penser que le virus récurrentiel, habituellement à l'état ultramicroscopique, peut, dans certaines conditions, achever son cycle évolutif et aboutir à la forme spirillaire. Il est donc possible que dans la paralysie générale, la forme spirillaire ne soit, en réalité, qu'une des phases du cycle évolutif du *Treponema pallidum*, phase se développant au niveau des foyers spirochétiens que l'on constate à l'examen microscopique du cerveau.

Sur la pneumotomie dans les abcès du poumon. — M. BAUMGARTNER. La pneumotomie apparaît comme le meilleur traitement de l'abcès du poumon, non guéri par le traitement médical. Les accidents signalés au moment de la pneumotomie pourront à l'avenir être rendus moins fréquents par une meilleure technique chirurgicale et par une indication opératoire plus précocement posée.

La progression de l'épidémie cancéreuse dans la population parisienne. — MM. MOINSON et STEPHANOPOLI apportent une étude d'où il résulte que le cancer serait fonction de l'état cérébral de la population. Dans les périodes troublées, à la suite des grandes catastrophes, il y aurait une recrudescence de cancer. Il y aurait au contraire une diminution dans les périodes d'euphorie.

Quelques remarques à propos des essais biologiques des médicaments. — M. BILLON, à propos des essais biologiques de médicaments, fait ressortir leur importance. Il signale en même temps qu'un décret du 13 juillet 1926, imposant aux fabricants un dosage pondéral, devrait être revisé. En effet, pour certains produits comme l'ergostérol irradié, seul le titrage en unités physiologiques convient.

L'inspection départementale d'hygiène base de la protection de la santé publique. Ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. — M. BARBARY.

Complications et arséno-résistance relative de la récurrente constantinopolitaine de 1920-1921. — M. DELAMARE.

Note sur la composition de la sueur et le rôle thérapeutique de la sudation. — M. BOIGEY.

— *La séance du mardi 31 décembre n'aura pas lieu.*

NOTES DE PRATIQUE

ANTISEPSIE PULMONAIRE

L'activité du camphre, menthol, eucalyptol, thymol, éther, n'est plus à démontrer. L'association judicieuse de ces différents corps réalise dans les maladies infectieuses — et tout particulièrement dans la grippe — une synergie médicamenteuse du plus heureux effet.

Si l'on se souvient des travaux récents sur les relations étroites existant entre l'intestin et le poumon, d'une part, et du rôle de l'intestin dans les infections générales de l'autre, on cherchera à prévenir les complications pulmonaires souvent si graves par une action conjuguée sur l'intestin et sur le poumon.

Le Cétémol employé par voie buccale ou par voie sous-cutanée permet d'exercer cette action conjuguée.

TABLE DES MATIÈRES

1929

A

B

C

D

**

G

H

I

J

K

L

M

N

O

S

T

U

V

W

Y

Z

TABLE DES AUTEURS

1929

C

D

E

F

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose

DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16.. Seine.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des VITAMINES ALIMENTAIRES et des DIASTASES INTRACELLULAIRES

Retour très rapide de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES { Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; Enfants : 1/2 dose } par jour

Indications : Asthénies diverses, Cachexies, Convalescences, Maladies consomptives, Anémie, Lymphatisme, Tuberculose, Neurasthénie, Asthme, Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux civils et militaires

Dans la SYPHILIS est l'ARSÉNOBENZÈNE

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénos.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes,

Dans l'infection puerpérale du post-partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 centigr., ou dans les cas plus graves 18 centigr. (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigr.), guérison en quelques jours (sans récidive).

Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la cavité buccale).

0 gr 30 par Capsule — CÈDRE DU MAROC — CED-ROC — HUILE ESSENTIELLE DE CEDRUS ATLANTICA

Le CED-ROC remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'estomac ni de congestion des reins.

DOSE : 10 à 12 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✱, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - R. C. Seine 109 239

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET

Communications aux Sociétés Savantes et notamment à l'Académie de Médecine (Séances des 5 Juin et 10 Juillet 1928)

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPER-MINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

DOSE DE 2 A 4 COMPRIMÉS CHAQUE MATIN DANS UN DEMI-VERRE D'EAU

DÉPÔT : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE 8, RUE VIVIENNE, 8 PARIS

— TRAITEMENT —

DES TROUBLES DIGESTIFS ET DE TOUTES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, DES TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES ET DE L'ASTHÉNIE NERVEUSE DES TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE, DES PRURITS ET DERMATOSES DES LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX

PROPHYLAXIE DU CANCER

ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE — CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

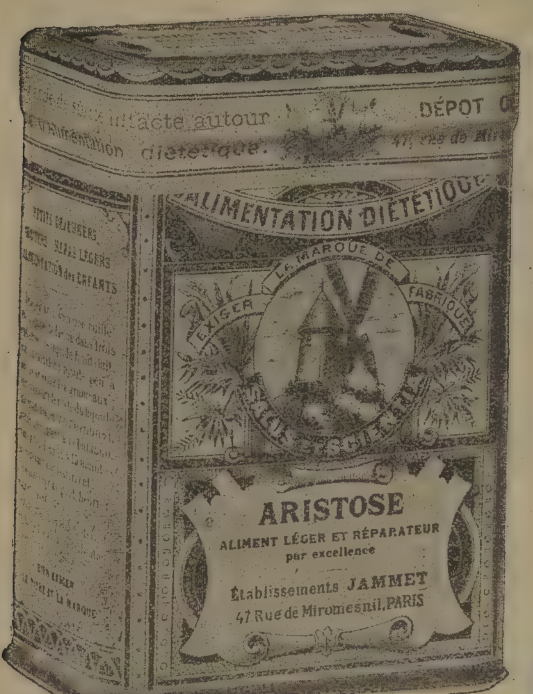
DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

Etude élémentaire des arythmies. Lecture des électrogrammes. Phono et cinématographie, par R. LUTEMBACHER. Un volume de 120 pages avec 87 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS et l'ALIMENTATION DES ENFANTS



FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE a base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil 47, Paris

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS